Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

68-1-27

Digitized by Google

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

A37

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Donativo de D. Calleja

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME IX — 1862

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXII

Digitized by Google

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 4 JANVIER 1862. N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** M. Louis et M. Chomel sur la question de l'essentialité des fièvres. — Bruits de souffle carotidien chez les enfants. — Hygiène hospitalière : M. Piorry. — II. **Travaux originaux.** Documents statistiques chirurgicaux extraits des rapports officiels de l'empire russe. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — IV. **Revue des journaux.** De l'aortite terminée par suppuration; de son influence sur la production de l'infection purulente. — Examen laryngoscopique d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte. — V. **Bibliographie.** Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle française.

I

Paris, 3 janvier 1862.

M. LOUIS ET M. CHOMEL SUR LA QUESTION DE L'ESSENTIALITÉ DES FIÈVRES. — BRUITS DE SOUFFLE CAROTIDIEN CHEZ LES ENFANTS. — *HYGIÈNE HOSPITALIÈRE* : M. PIORRY.

En nous bornant par nécessité à quelques mots d'appréciation générale sur le discours de M. Dubois (d'Amiens), nous avons surtout regretté de manquer d'espace pour pouvoir nous expliquer sur le passage de cette notice où il paraitrait le plus naturel de prendre la mesure de Chomel comme pathologiste et de chercher le caractère scientifique de l'époque où il a conquis sa réputation. M. Louis aurait été, suivant l'honorable secrétaire perpétuel, comme l'auxiliaire de Broussais, contre M. Chomel, sur la question de l'essentialité des fièvres, et serait venu, par son traité de la fièvre typhoïde, battre son maître dans sa propre maison, dans son service d'hôpital, avec des faits recueillis, si nous osions le dire, à sa barbe. « M. Chomel niait sur ce point le mouvement; M. Louis alla marcher devant lui et chez lui. M. Chomel soutenait qu'il n'y avait pas de fusion possible pour toutes les fièvres; M. Louis alla opérer cette fusion sous les yeux de M. Chomel et dans son propre creuset. »

Cette vue est exacte dans son sens général. M. Chomel, vaincu par une évidence dont il est vrai qu'il n'avouait pas aisément la source, à cause sans doute des dangereuses erreurs qui s'y mêlaient à la vérité, avait à peu près déserté la doctrine des fièvres *sine materiâ;* mais il n'en continuait pas moins à les distinguer en *inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, etc. Ce fut M. Louis qui vint établir l'identité fondamentale de toutes les fièvres de Pinel, à l'exception de la peste; et son plus grand triomphe fut de rallier à son opinion M. Chomel lui-même, comme l'honneur de celui-ci fut de fournir des armes pour le combattre et de payer sa défaite par un redoublement d'estime pour son adversaire. Dans ces termes, M. Fréd. Dubois ne s'écarte pas de la vérité histo-

FEUILLETON.

Revue professionnelle française.

SOMMAIRE. — M. Pamard est-il membre correspondant de l'Académie de médecine? — Un trait de M. Chomel.

Nous nous sommes abstenu jusqu'ici d'ouvrir la GAZETTE au bruit qui s'est fait autour d'un chirurgien avignonnais récemment élu député au corps législatif. Il ne s'agissait pas, comme dans une circonstance récente, d'une question scientifique à éclaircir, c'est-à-dire d'un de ces intérêts devant lesquels doivent s'effacer les considérations individuelles et qui ne mettent en cause que le savant et non la personne. On pouvait donc ne pas se hâter; mais aujourd'hui que l'affaire a été *divulguée* et *revélée* (comme on dirait ailleurs) par une bonne partie de la presse politique et de la presse médicale de Paris, notre discrétion n'a plus d'objet, et elle s'exercerait sans profit pour personne, au détriment de nos lecteurs, qui ont le droit de s'enquérir, comme l'Athénien, de tout ce qui concerne la chose publique. Ajoutons seulement que nous ne prenons en aucune façon parti dans un débat dont nous ne pouvons contrôler tous les éléments, et que nous ne voulons y voir pour le moment qu'un texte à la défense d'un principe général.

M. le docteur Pamard (d'Avignon) est-il ou non membre correspondant de l'Académie de médecine? Notre confrère dit *oui*, l'INDÉPENDANCE BELGE dit *non*; elle le dit avec une persistance invincible depuis 1858, bien que son adversaire ait produit à cette époque la lettre suivante, émanée du *président de l'Académie de médecine* :

Paris, le 9 février 1858.

« Monsieur, je me suis empressé de mettre sous les yeux du conseil d'administration de l'Académie la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire à la date du 5 février 1858, et les pièces que vous avez fournies à l'appui.

Digitized by Google

rique, mais d'une vérité en quelque sorte partielle, exposée à perdre, dans son isolement, la signification qu'elle a eue dans le passé et que l'avenir lui conservera.

Broussais localisait les fièvres continues. M. Louis les localisait plus encore; car, si le premier les rattachait à une phlegmasie du tube digestif, le second les faisait dériver d'une lésion de l'intestin grêle, et d'une partie seulement de cet intestin. Il établissait que l'altération des plaques de Peyer est le *caractère anatomique* de la fièvre typhoïde, alors même que *l'intensité du mouvement fébrile n'est pas proportionné à la lésion*, insistant avec force sur ce que l'altération des plaques commence, dans la majorité des cas, *avec la maladie elle-même;* mais en même temps, et voici la différence capitale, M. Louis refusait d'absorber dans la grande classe des maladies inflammatoires la fièvre unique qu'il venait de constituer et de dénommer. A côté des nombreux traits de ressemblance qu'il reconnaissait entre cette fièvre et les fièvres éruptives ou les phlegmasies ordinaires, il s'appliquait sans relâche, dans l'étude des causes, des symptômes, de la marche, des altérations anatomiques, à faire saillir d'aussi nombreuses dissemblances, à établir en un mot la *spécialité* de l'affection typhoïde. De sorte que, à tout prendre, cette affection, absorbant toutes les fièvres continues, ne perdait son essentialité au sens usuel que pour en retrouver une d'un autre genre. Elle devenait bien un produit de lésions anatomiques, mais des lésions *spéciales* donnant lieu à des symptômes spéciaux. Voilà pourquoi Broussais, dans son EXAMEN DES DOCTRINES, couvre de sa colère ou de son dédain les *anatomistes purs*, et M. Louis en particulier. Voilà pourquoi aussi il ne le compte pas plus parmi les siens que M. Chomel lui-même, et n'attache pas beaucoup plus d'importance aux plaques gaufrées qu'à la vieille essentialité. Certainement l'ouvrage de M. Louis a moins rapproché les esprits des idées broussaisiennes en ce qui concerne les fièvres continues, que de l'idée de ceux qui voient dans la fièvre typhoïde une affection primitivement générale et caractérisée anatomiquement par des lésions spéciales, à l'instar de la variole ou de la peste.

A. D.

La fréquence des souffles carotidiens chez les enfants avait conduit à cette conclusion qu'un grand nombre d'entre eux sont affectés de chloro-anémie. Déjà, il y a quelques années, M. Chauveau (de Lyon) avait émis des doutes sur le caractère *pathologique* de ces bruits de souffle; et, s'appuyant sur les résultats de son observation personnelle, il en était venu à penser que ces bruits vasculaires se rencontrent souvent chez des individus en parfaite santé. M. Marchand vient de soumettre cette question à une nouvelle étude, et il a fait insérer dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1861, n°s 102 et 105) un travail extrêmement intéressant dans lequel il se propose de démontrer que les bruits carotidiens, chez les enfants, appartiennent à l'état normal. L'auteur a fait ses recherches sur 45 enfants (18 filles, 27 garçons) qui composaient une école de village. La plus jeune des filles avait quatre ans; la plus âgée avait treize ans, mais n'était pas encore réglée. La plupart d'entre elles étaient de forte constitution; la fraîcheur de leur teint témoignait de leur excellente santé; 3 seulement sur les 18 étaient malades : l'une souffrait d'un rhumatisme; la seconde avait une contracture de la jambe; la troisième portait une fistule lacrymale. Or, 17 de ces petites filles ont présenté le souffle carotidien; chez 14, c'était un souffle continu, fort, parfois rude. Dans trois cas, il y eut un bruit de souffle double; chez une petite fille de dix ans, très vigoureuse, le bruit avait un timbre musical. Le pouls variait chez ces enfants entre 76 et 110. Quant aux garçons, le plus jeune avait quatre ans, le plus âgé douze ans; tous étaient en bonne santé, et tous ont offert le bruit carotidien; chez quatre d'entre eux, il était musical; chez 6, c'était un souffle intermittent; chez 17, on observait un souffle continu; le pouls variait entre 88 et 120.

M. Marchand a déduit de ses observations les conclusions suivantes :

Il existe à l'état normal un bruit vasculaire dans la carotide droite des enfants. Ce bruit, ordinairement intense, présente le plus souvent les caractères d'un souffle continu; plus rarement c'est un souffle intermittent; parfois c'est un souffle intermittent musical. Il n'y a entre la présence de ces bruits et l'état de santé de l'enfant d'autre corrélation qu'un rapport direct entre l'intensité du bruit et la force de l'individu. Le sexe n'a aucune influence sur l'existence du bruit vasculaire. Ce bruit n'est pas accompagné de souffle cardiaque; il disparaît à l'époque de la puberté. Jusqu'à l'âge de deux ans et demi, il est également perceptible au niveau de la fontanelle antérieure. Quant aux bruits carotidiens qu'on observe après la puberté, ils coexistent avec d'autres signes qui révèlent l'hypoglobulie du sang.

A peine le travail de M. Marchand était-il paru, qu'il a été reproduit en Allemagne et en Italie par un certain nombre de journaux qui ont accepté sans restriction les conclusions

---

« Le conseil, monsieur, après avoir examiné scrupuleusement toutes les pièces, et *après avoir vérifié les faits dans les registres de la compagnie*, déclare que, depuis l'élection du 5 juillet 1825, l'Académie vous a toujours compris au nombre de ses correspondants.

Signé LAUGIER, président, DUBOIS (d'Amiens), GIMELLE, DEVERGIE, BOUSQUET, LOUIS et DANYAU.

L'INDÉPENDANCE BELGE ayant renouvelé, à l'occasion de l'élection de M. Pamard au corps législatif, ses premières allégations, et celles-ci ayant été reproduites par plusieurs feuilles politiques, M. Pamard a porté contre tous ces journaux une plainte en diffamation, qui est présentement en instance devant la 6e chambre. De son côté, l'Académie n'a pas cru pouvoir rester étrangère à une affaire où son nom se trouvait mêlé. Réunie par son bureau en comité secret le 3 décembre dernier, elle a entendu, sur l'objet de ses préoccupations, une communication de son secrétaire perpétuel, et des explications de plusieurs membres, principalement de M. Velpeau et de M. Londe. Depuis ce jour même, une tentative a été faite, mais inutilement, par M. Gaultier de Claubry, pour amener la formation d'un second comité secret, où il offrait d'exhiber de nouveaux documents.

Des renseignements produits à l'Académie, de ceux qu'on peut emprunter à la notoriété publique, que résulte-t-il? Le voici en peu de mots.

L'Académie a nommé membre correspondant, le 5 juillet 1825, M. Pamard (d'Avignon). Aucune pièce, aucun registre, aucun titre enfin, ne renferment de mention qui permette de décider, comme eût fait, par exemple, l'indication des prénoms, auquel des deux Pamard, père ou fils, s'appliquait la nomination. Conséquemment, il serait sage de n'accorder qu'une portée restreinte à la déclaration ci-dessus rappelée du bureau. Le bureau « a vérifié les faits dans les registres de la Compagnie »; nous le croyons volontiers; mais ces registres n'ont pu rien lui apprendre sur le point en litige. Quant aux publications médicales du temps, que nous avons pris la peine de

Digitized by Google

de l'auteur. Que ces conclusions soient irréprochables pour les faits qu'a observés M. Marchand, c'est ce que nous reconnaissons de grand cœur, et nous ajoutons même qu'elles sont d'une extrême importance au point de vue de la physiologie aussi bien qu'au point de vue pratique. Mais est-il déjà temps de formuler une loi générale? C'est une tout autre question. On a parlé de faits confirmatifs observés par M. Bouchut et consignés par lui dans un intéressant ouvrage sur l'*État nerveux;* mais ces faits ne sont pas comparables, car les enfants dont il est question dans ce livre étaient assurément bien loin de présenter les caractères d'une santé parfaite. Qu'on en juge : « Sur vingt-huit *teigneuses* en bonne santé dont j'ai ausculté les jugulaires, j'ai constaté vingt-deux fois un bruit de souffle simple, quatre fois le bruit continu avec redoublement, et deux fois un souffle musical très prononcé. Sur vingt-trois *scrofuleuses* valides, il existait dix-huit fois le bruit de souffle simple et cinq fois le souffle continu ou musical. » (Bouchut, *De l'état nerveux*, etc., p. 209.) Le rapprochement, comme on le voit, est passablement forcé.

Nous tenons à le redire avant de terminer, les propositions de M. Marchand sont inattaquables pour les faits qu'il a vus: dans cette limite, elles échappent à toute objection, et l'auteur a rendu un véritable service en appelant l'attention sur ce sujet. Mais la question est assez importante pour qu'on ne se hâte pas de conclure ; aussi notre seul but, en écrivant ces lignes, était-il de montrer la nécessité d'une prudente réserve, et de mettre en garde contre les dangers d'une généralisation prématurée.

Dr Jaccoud.

A l'Académie de médecine, M. Piorry a lu, sur la question de l'hygiène hospitalière, une dissertation où la vérité sur les conditions hygiéniques de plusieurs hôpitaux de Paris, plus particulièrement sur l'hôpital de la Charité, a été dite avec courage. M. Piorry a surtout insisté sur l'encombrement des malades et l'insuffisance de la ventilation. Nous croyons qu'il y aurait aussi quelque chose à dire de l'alimentation et généralement de ce qui concerne le service.

En attendant que l'occasion s'en présente, nous donnons ci-après connaissance d'un résumé statistique qui pourra n'être pas sans utilité pour la discussion actuelle (Voir aux travaux originaux).

Nous signalons aussi avec plaisir une innovation de M. Robinet, qui, au moment de quitter le fauteuil de la présidence, a fait, en termes heureux, un historique abrégé de la session annuelle. C'est un exemple qui enchaîne, et enchaîne heureusement, ses successeurs.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Documents statistiques chirurgicaux extraits des rapports officiels de l'empire russe (1), par le docteur Ar. Verneuil.

Au moment où la statistique est à l'ordre du jour, et intervient dans l'importante question de la salubrité des grands hôpitaux, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les résultats constatés à l'étranger. Un mot d'abord sur la source à laquelle nous puisons aujourd'hui : un grand nombre d'hôpitaux russes sont sous la direction immédiate du ministre de l'intérieur; ils doivent chaque année adresser un rapport officiel au directeur du département médical du ministère, lequel les collige, les analyse, les résume, et en présente au ministre un résumé général. C'est de ces derniers travaux que nous extrayons ce qui a trait à la pratique des opérations. Pour donner une idée de la valeur des matériaux, disons que, d'après M. le docteur Otsolig, directeur du département médical, 494 hôpitaux civils ont concouru à la composition du rapport officiel de 1857. Après avoir parcouru les trois volumes que nous avons à notre disposition, nous restons convaincu que ces documents sont sérieusement composés et méritent toute confiance. Notons surtout que les statistiques qu'ils renferment sont *intégrales*.

Les opérations chirurgicales forment, dans chaque volume, un chapitre particulier, de plus un certain nombre des cas les plus importants sont rapportés avec détail à la suite des tableaux numériques, ce qui fournit ainsi quelques éclaircissements et une sorte de contrôle.

Voici d'abord le nombre total des opérations pratiquées, chaque année, sans distinction :

Années.	Nombre de cas.				
1856	914	Avec succès :	833	Sans succès :	81
1857	833	—	749	—	84
1858	933	—	838	—	95
	2680		2420		260

(1) *Bericht über den Volksgesundheitszustand und Wirksamkeit der Civilhospitäler im Russischen Kaiserreiche, auf Befehl des Herrn Ministers des Innern zusammengestellt vom Medicinaldepartement nach den bei demselben eingegangenen officiellen Berichten*, Saint-Pétersbourg, 1857, 1859, 1860. Nous devons ces trois volumes à l'obligeance de notre ami A. Jourdier, agronome distingué qui a longtemps séjourné en Russie.

---

consulter, elles se bornent à enregistrer le fait de l'élection d'une fournée de correspondants. M. Pamard père avait alors soixante-deux ans ; son fils, vingt-trois ; le premier jouissait d'une certaine célébrité, le second n'en avait encore que le reflet, sans aucune illustration personnelle. D'où quelques personnes ont induit que c'est le père qui avait été l'objet des faveurs de la Compagnie. On ajoute même que certaines expressions du rapport fait à cette occasion par M. Moreau attestent l'intention de récompenser, chez les nouveaux élus, d'anciens services. Il faut remarquer que cette élection, d'après les journaux, portait exclusivement sur des chirurgiens (1). Or, M. Pamard père était *maître en chirurgie;* M. Pamard fils était chirurgien aussi *de jure*, car il avait été reçu, le 19 mai 1823, *docteur en chirurgie*. Seulement, il est clair que les services du père étaient plus anciens que les services du fils.

A ces présomptions jusque-là bien vagues, M. Velpeau oppose un témoignage inattendu. Il aurait assisté de sa personne à la nomination de M. Pamard fils, laquelle aurait été arrêtée, avec le consentement du père, dans la commission, puis présentée avec le reste de la liste à la sanction de l'Académie ; le tout sur l'insistance de M. Bougon, chirurgien de cour, et dans un but de famille fort intéressant. Quoi qu'il en soit, en 1829, l'Académie, éprouvant le besoin de *consolider*, si on peut le dire, sa liste de correspondants, écrit à chacun d'eux pour leur demander leurs noms, prénoms, âge, etc. M. Pamard père était mort depuis deux ans (16 mars 1827) ; c'est le fils qui répond à l'Académie en lui envoyant en son nom personnel les indications réclamées. A partir de cette date, il est, comme le dit le bureau, « compris parmi les membres correspondants de l'Académie ».

On insiste pourtant, et l'on fait remarquer :

(1) Rencontre assez singulière ! C'est dans cette même séance du 5 juillet 1825 que le titre de membre *adjoint* a été donné à M. Londe, qui est en ce moment un des plus zélés adversaires de M. Pamard.

Nous ne nous arrêterons pas à ces chiffres, qui sont beaucoup trop généraux, et à cause de cela sans utilité pratique. Lorsqu'on jette, en effet, les yeux sur les tableaux, on reconnaît sur-le-champ la nécessité d'y établir des divisions.

D'abord les termes *avec succès*, *sans succès* ont évidemment des acceptions différentes dans un cadre, qui réunit, d'une part, les amputations, la taille, la kélotomie; de l'autre, la cataracte, la pupille artificielle, etc. Pour les premières, insuccès veut dire mort; il en est autrement pour les secondes. Puis il ne faut pas davantage confondre dans un même total les grandes mutilations et les opérations d'urgence avec la ténotomie, l'hydrocèle, le phimosis, et une foule de petites opérations sur les yeux sans désignation. (Ces dernières atteignent le chiffre de 117, sur lequel un seul insuccès.)

On ne peut tirer parti de ces matériaux, assez importants du reste par le nombre, qu'en établissant des catégories; ainsi vais-je faire.

Première catégorie. — Grandes amputations des membres; désarticulations; résections.

	TOTAL.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.	RAPPORT DE LA MORTALITÉ.
A. Amputations (cuisse, jambe, bras, avant-bras)	587	477	110	18,7 p. 100, ou 1 sur 5,25.
B. Désarticulations (épaule, main, pied) . . .	71	61	10	14 pour 100, ou 1 sur 7,1.
C. Résections dans la continuité et la contiguïté	24	17	7	29 pour 100, ou 1 sur 3,4.

Nous pouvons réunir en un seul tableau le résultat de toutes les grandes opérations sur les membres et le squelette; car si les désarticulations dégrèvent le bilan des insuccès, les résections le chargent en sens inverse. En additionnant, pour les trois années, les totaux partiels, nous résumons ainsi la première catégorie :

OPÉRATIONS.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
682	555	127	18 pour 100, ou 1 sur 5,37.

Il est certainement à regretter que les amputations, désarticulations et résections n'aient pas été distinguées en traumatiques et pathologiques, et qu'en même temps on n'ait pas pris soin de noter la région opérée. La dernière de ces divisions a été faite pour une année seulement, 1856. J'ignore pourquoi elle n'a pas été continuée. Les nombres sont minimes, et par conséquent peu significatifs; cependant ils s'accordent avec les notions générales que nous possédons sur la gravité des grandes mutilations, suivant les régions. C'est pourquoi nous donnons le tableau partiel de l'année 1856 :

		SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
Amputations de cuisse. . . .	18	13	5	28 pour 100, ou 1 sur 3,6.
— jambe	76	57	19	25 pour 100, ou 1 sur 4.
— bras.	35	27	8	23 pour 100, ou 1 sur 4,3.
— avant-bras . .	41	36	5	12 pour 100, ou 1 sur 8.
Désarticulations de bras . . .	1	»	1	Ici les rapports se déduisent d'eux-mêmes.
— de la main . .	11	11	»	
— du pied. . . .	16	16	»	
Résections du tibia	1	»	1	
— de la mâchoire inférieure .	1	1	»	

En revanche, dans chaque tableau annuel, on a pris grand soin de séparer des grandes opérations sur les membres, les petites amputations ou désarticulations portant sur les doigts et les orteils, pratiquées pour des écrasements, des congélations, des panaris graves, elles atteignent le chiffre presque fabuleux de 520.

On sait que, dans nos hôpitaux, ces petites opérations sont loin d'être bénignes, et que leur gravité n'est en rapport ni avec l'éloignement du centre, ni avec la petite proportion des parties sacrifiées; aussi notre chirurgie est-elle devenue singulièrement timorée, prudente et conservatrice, surtout quand il s'agit d'écrasements des doigts et des orteils. Nous avons appris combien il était dangereux de régulariser ces plaies contuses, et nous employons ou l'irrigation continue ou les pansements émollients, ou l'occlusion, etc., enfin la temporisation sous toutes ses formes. Cette pratique, qui sauvegarde la vie des blessés, n'est pas dépourvue d'inconvénients, et nous ne l'adoptons que faute de mieux.

La statistique russe est tout à fait favorable à l'intervention chirurgicale active; en voici la preuve :

		SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
Amputations et désarticulations des doigts et des orteils	520	507	13	2,5 pour 100, ou 1 sur 40.

Il est évident, d'après ces chiffres, qu'on a bien fait de ne pas confondre cette série avec celle des grandes amputations, désarticulations ou résections. La proportion des morts aux guérisons eût été, pour ces derniers, modifiée d'une façon beaucoup trop avantageuse.

Deuxième catégorie. — J'y place de grandes opérations qui, tout en se rapprochant des précédentes par leur gravité, en diffèrent toutefois sensiblement par les complications viscérales plus ou moins latentes qui les accompagnent et en décident si souvent l'issue. Ajoutons qu'il y a souvent urgence, et que, par conséquent, le chirurgien n'est pas maître d'agir en temps opportun (1).

(1) Les statistiques que j'examine n'ont pas seulement de l'intérêt au point de vue numérique, elles nous donnent une idée de l'état actuel de la chirurgie russe et des méthodes opératoires les plus fréquemment employées dans ce vaste empire. Ainsi,

---

1° Que M. Pamard fils, passant sa thèse de docteur en médecine le 4 août 1825, un mois après l'élection, n'y prend pas le titre de membre correspondant de l'Académie (1); et le MESSAGER DU MIDI réplique que la lettre d'avis de la nomination n'a été envoyée à Avignon que le 29 août.

2° Que l'acte mortuaire de M. Pamard père lui attribue ce titre négligé par le fils; et le même journal exonère celui-ci des renseignements fournis pour la rédaction de l'acte mortuaire de son père.

3° Que sur l'*Annuaire de médecine* pour 1835, M. Pamard *père* figure parmi les membres correspondants décédés.

Tel est l'exposé simple et impartial des faits. M. Pamard ne nous est connu *neque beneficio*, *neque injuria*. Nous souhaitons de tout notre cœur qu'il parvienne à établir le bien-fondé de sa prétention. Il comprendra de son côté que la question soulevée en ce qui le concerne, si on l'élève au-dessus des personnes, n'est pas de celles qu'il puisse être interdit d'examiner. Nous ne nous faisons pas juge des motifs de la poursuite qu'il exerce actuellement contre plusieurs journaux. La loi punit toute allégation de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération des citoyens, et l'on sait que la preuve légale n'est pas admise en pareil cas. Nous souhaiterions, quant à nous, une modification à la législation existante pour ce qui regarde l'allégation d'usurpation de titre, quand ce titre reçoit un caractère public de l'institution à laquelle il est emprunté. L'ancien article 259 du Code pénal était ainsi conçu : « Toute personne qui aura publiquement porté un costume, » un uniforme, ou une décoration qui ne lui appartient pas, ou » *qui se sera attribué des titres royaux* qui ne lui auraient pas été » légalement conférés, sera punie, etc.... » Modifié par la loi du 28 avril 1832, cet article ne s'est plus appliqué qu'au port

(1) Dans un travail publié pendant le premier semestre de 1831 (relevé de clinique chirurgicale de l'hôpital d'Avignon), M. Pamard fils ne prend d'autre titre que celui de *docteur en médecine et en chirurgie*; mais il prend celui de *membre correspondant de l'Académie* dans un mémoire *sur les maladies des yeux* publié en 1834 dans la REVUE MÉDICALE.

Digitized by Google

	NOMBRE DE CAS.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
A. Lithotomie (1). . .	207	175	32	15 p. 100, ou 1 sur 6,4.
B. Kélotomie	20	12	8	40 p. 100, ou 1 sur 2,5.
C. Trachéotomie. . . .	5	2	3	60 p. 100, ou 1 sur 1,7.
D. Paracentèses de l'abdomen, du thorax et du péricarde	91	74	17	18 p. 100, ou 1 sur 5,3.

A propos de ce dernier paragraphe, il est à regretter qu'on n'ait pas distingué entre elles les ponctions abdominales des ponctions thoraciques. La gravité étant très dissemblable, nous trouvons cette division partiellement faite pour 1856 ; elle représente probablement les proportions réelles des succès aux insuccès pour les trois années.

Voici le petit tableau :

	NOMBRE DE CAS.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.	
Paracentèse du bas-ventre . .	24	23	1	22 pour 100 de mortalité.
— de la poitrine. . .	6	1	5	
— du péricarde . . .	1	»	1	

Troisième catégorie. — Nombreuse et bien définie, elle comprend les extirpations de tumeurs cancéreuses et autres. J'y joins, pour grossir les chiffres, des opérations qui s'en rapprochent beaucoup, quoiqu'elles soient mentionnées à part dans les tableaux, telles que l'amputation de la verge, la castration, l'ablation du globe de l'œil, l'arrachement et la ligature des polypes.

Toutes ces opérations réunies nous donnent un total considérable et des résultats très satisfaisants :

OPÉRATIONS.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
727	702	25	3,4 pour 100, ou 1 sur 29.

Nous pouvons faire encore une distinction utile entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, au point de vue de la gravité immédiate de l'opération, et abstraction faite, bien entendu, des récidives qui, du reste, ne sont pas mentionnées dans nos documents.

Si nous réunissons, en effet, d'une part les extirpations de cancer, l'amputation du pénis, la castration et l'ablation de l'œil, ces dernières mutilations étant presque toujours nécessitées par des productions de mauvaise nature.

D'une autre part, si nous adjoignons les polypes aux tumeurs bénignes, nous avons pour ce dernier groupe un total supérieur et une proportion d'insuccès bien moindre, ce qui confirme cette opinion que, toutes choses égales d'ailleurs, l'extirpation est plus grave chez un cancéreux que chez un malade exempt de cette terrible diathèse. La mortalité est presque triple chez les premiers ; voici les chiffres :

		SUCCÈS.	INSUCCÈS.	MORTALITÉ.
Première section. . .	349	331	18	5 pour 100, ou 1 sur 19.
Deuxième section . .	378	371	7	1,8 p. 100, ou 1 sur 54.

Quatrième catégorie. — Celle-ci est évidemment hétérogène et arbitrairement composée ; elle comprend des opérations disparates partout assez bénignes, mais qui, trop souvent néanmoins, sont suivies d'accidents funestes difficiles à prévoir, et pour cela d'autant plus fâcheux ; telles : les opérations plastiques, la rhinoplastie partielle, le bec-de-lièvre, la chute du rectum, les fistules anales, les rétrécissements de l'anus et du vagin, etc.

Total : 61. Succès, 59 ; insuccès, 2 ; mortalité : 3 pour 100, 1 sur 30.

La mort survint une fois pour une fistule, l'autre fois pour un rétrécissement du vagin.

Une remarque commune s'applique aux deux dernières catégories ; les relevés russes sont extrêmement favorables et démontrent la rareté extrême des complications funestes dont les opérés de nos hôpitaux sont menacés ; les opérations de peu d'étendue, qui portent sur des régions circonscrites et superficielles, et qui n'intéressent pas d'organes essentiels, doivent, dans la règle, être bénignes. Si l'économie reste étrangère à l'ébranlement opératoire, et s'il n'apparaît pas d'affection générale de nature septique, comme l'érysipèle, la phlébite, etc., on doit nécessairement guérir en prenant soin de prévenir ou

par exemple, quand nous comptons seulement cinq trachéotomies dans l'espace de deux années, nous pouvons en conclure que cette opération n'est pas encore passée dans la pratique générale de nos confrères du Nord (quoique le croup soit loin d'être rare en Russie). De même pour la lithotritie : en regard des 207 lithotomies, nous voyons que, dans la seule année 1856, on broya cinq fois la pierre, et avec succès. Il n'en est plus question dans les deux années suivantes. Il est donc probable qu'il s'agit là d'une pratique tout à fait isolée et individuelle. D'un autre côté, les opérations anaplastiques nombreuses, les résections variées, la paracentèse thoracique dans les épanchements pleuraux, la ponction du péricarde, prouvent que les progrès les plus récents de la médecine opératoire sont connus et adoptés. Le dépouillement complet des trois volumes que nous avons entre les mains fournirait matière à d'amples et curieux commentaires.

(1) Dans l'année 1857, on tailla 40 sujets dans le seul hôpital de Pensa. La taille latérale fut exclusivement employée, et le chloroforme toujours administré, sans distinction d'âge. A l'exception de 2 malades, âgés l'un de 28, l'autre de 22 ans, tous les autres étaient compris entre 14 ans au maximum, 3 ans au minimum ; 6 moururent. La cause de la mort est indiquée de la manière suivante :

Garçon de 11 ans, mort le 3e jour : Cystite et péritonite.
— 10 ans, — 15e jour : Abcès du périnée ; épuisement.
— 6 ans, — 3e jour : Cystite.
— 5 ans, — 13e jour : Rougeole et pneumonie.
— 4 ans, — 3e jour : Apoplexie nocturne, l'état général paraissant très bon.
— 3 ans, — 37e jour : Variole spontanée.

En 1856, même hôpital de Pensa, sur 27 malades, 4 morts.

Un malade mort pendant la convalescence, de rougeole et pneumonie.
Garçon de 8 ans : Cystite.
— 17 ans : Dysenterie.
— 17 ans : Maladie du rein, trois mois et demi après l'issue heureuse de l'opération.

---

illégal d'un costume, d'un uniforme ou d'une décoration ; et la loi du 28 mai 1858, relative à l'usurpation des *titres honorifiques*, ne nous paraît s'appliquer qu'aux titres de noblesse. Peut-être l'ancienne disposition eût-elle pu atteindre l'usurpation du titre de membre *titulaire* d'une académie impériale ou royale (la nomination des titulaires est en effet soumise, comme on sait, à l'approbation du chef de l'État) ; mais nous voudrions encore que, en la restituant, on l'étendît à l'usurpation de tout titre émané d'une société officielle. Dès lors la dénonciation d'une usurpation de ce genre, *si l'usurpation était réelle*, pourrait avoir lieu sans courir les risques d'une action judiciaire. Mais, même en l'état actuel de la législation, l'atteinte à l'honneur et à la considération ne peut résulter du simple examen d'une question de fait, à savoir si tel ou tel est ou non membre d'une académie ; sans quoi l'Académie de médecine tout entière se serait rendue coupable de diffamation dans son comité secret, qui n'a été secret que pour le dehors, mais qui a été en réalité public. La seule interdiction qui puisse être imposée à la presse, et que nous nous imposons nous-même, c'est l'imputation de fraude ; c'est l'accusation d'avoir usé *sciemment* d'un titre usurpé. Dans l'espèce, par exemple, il se pourrait qu'il y eût eu désaccord entre les intentions de cette commission dont a parlé M. Velpeau, procédant fort à l'aise sous le manteau de la cheminée, combinant de petits arrangements de famille, proposant des noms propres sans indication d'âge ou de prénoms, et l'Académie elle-même votant en masse une liste de présentation. Ainsi s'expliquerait la contradiction si remarquée entre la scène du cabinet de M. Bougon et la mention de l'Annuaire de l'Académie. L'Académie aurait pu croire voter pour le père, quand c'était le fils qu'on lui présentait. Ceci est une simple théorie de la Gazette, pour laquelle elle ne prend pas de brevet d'invention.

— M. Dubois (d'Amiens) a fait, sur un point, vraiment l'*éloge* de Chomel ; c'est le point qui touche à la générosité et au désintéressement du regrettable professeur. A ce sujet et

Digitized by Google

de combattre les accidents purement locaux. En pareil cas, si la mort survient, elle nous surprend toujours comme un fait anormal, et, sauf à recevoir un démenti cruel, nous promettons toujours la guérison à nos opérés ; malheureusement, dans la pratique nosocomiale, nous avons souvent de ces mécomptes, et, pour en revenir à notre sujet, je ne crois pas qu'un chirurgien de Paris puisse, à l'hôpital, enlever 54 tumeurs, même bénignes, sans perdre plus d'un malade.

Aux catégories précédentes, j'ajoute, en appendice, une statistique obstétricale malheureusement bien resteinte, ce qui s'explique par le très petit nombre des accouchements qui, paraît-il, se font dans les hôpitaux russes. C'est dans l'année 1856 que je le trouve.

	NOMBRE DE CAS.	SUCCÈS.
Opération césarienne *post mortem* . . . . . . (La mère venait de succomber à une méningite. Opération immédiate ; l'enfant vécut trois mois.)	1	Succès pour l'enfant.
Embryotomie	2	2
Version	9	8
Application de forceps	8	8
Délivrance artificielle.	3	3

En outre, 483 femmes accouchèrent à l'hôpital, soit : 230 à Kolomna, 52 à Tobolsk, 41 à Wilna, 19 à Kamsk, 141 dans différents hôpitaux épars.

Sur ce total, une femme mourut. (*Hilfe bei der Entbindung wurde 483 Gebährenden geleistet. Davon lief ein Fall tödtlich ab.*)

En lisant attentivement les trois volumes, on retrouve une foule de détails intéressants qu'il serait certainement utile de faire connaître. Je vois, par exemple, qu'en 1858 le nombre des blessures de toutes espèces reçues dans les hôpitaux s'éleva à 4610, et que la mortalité ne dépassa pas 125, c'est-à-dire une mort sur 36, proportion certainement favorable. Je vois que la même année, dans l'hôpital de Jekaterinoslaw, on reçut 14 malades atteints de gangrène par seigle ergoté, 11 hommes et 3 femmes. Trois hommes moururent sans opération, parce que le sphacèle avait gagné l'épaule ou la hanche. Les 11 autres furent amputés dans le vif aussitôt la ligne de démarcation formée. On fit six amputations de jambe simples, une double au tiers supérieur, une amputation de cuisse, une désarticulation du pied, deux désarticulations de doigt. Trois malades succombèrent, huit guérirent.

Les grands tableaux qui terminent chaque volume, et dans lesquels les diverses affections médicales et chirurgicales sont réparties en 85 classes, sont également très intéressants. Ils portent sur des chiffres énormes : aussi en 1858 279,463 malades furent traités, 22,021 moururent, ce qui porte la mortalité à environ 8 centièmes. Chacune des 85 espèces morbides est comptée à part dans 60 paragraphes répondant à autant de gouvernements. De sorte qu'on trouverait là les éléments sérieux d'une géographie médicale de l'empire russe, et que de plus on peut apprécier le rapport de la mortalité dans telle ou telle province où la population est plus ou moins concentrée, et les admissions à l'hôpital plus ou moins nombreuses.

Je ne puis ni ne veux m'étendre davantage, mais je me plais à reconnaître que ces documents sont bien coordonnés, clairement exposés, en un mot très remarquables sous plusieurs rapports. Il y aurait cependant quelques perfectionnements à leur faire subir ; mais tels qu'ils sont, ils apprennent beaucoup, et je souhaiterais qu'il en existât de pareils dans notre pays. Malheureusement nous n'avons rien qui en approche, même de loin, et nous devons avouer notre déplorable infériorité.

Je ne veux plus toucher qu'un point auquel la discussion actuelle donne un très grand intérêt ; je veux parler de la comparaison entre les grands et les petits hôpitaux, au point de vue des suites plus ou moins heureuses des opérations chirurgicales. Cette vue particulière n'a pas fixé l'attention des statisticiens russes, qui possèdent cependant les éléments principaux de la solution. Je ne trouve qu'en 1858 quelques renseignements qui y soient relatifs, et j'en veux profiter.

En effet, nous avons un premier tableau résumant la totalité des opérations chirurgicales pratiquées dans tous les hôpitaux réunis ; puis un tableau particulier pour l'Arbeiter hospital de Saint-Pétersbourg, sorte d'établissement modèle qu'on pourrait comparer à notre Val-de-Grâce, et qui est réputé hôpital de perfectionnement. Le mouvement y est assez considérable, puisqu'en 1858 on y traita 6864 malades. Rien n'est épargné pou r en faire un modèle, et les médecins et chirurgiens sont choisis parmi les plus distingués. Si donc la mortalité y est considérable, il faut l'attribuer au milieu dans lequel il se trouve, et à son siége dans une grande ville.

Or, cette mortalité est réellement énorme ; elle atteint 160/1000, c'est-à-dire qu'elle est supérieure à celle que donne celui des 60 gouvernements le moins favorisé. Dans cette même année, la mortalité pour le gouvernement de Saint-Pétersbourg occupait déjà le sommet de l'échelle, soit 146/1000. L'hôpital modèle dépasse encore ce chiffre. Pour revenir à la chirurgie, nous voyons, d'après le rapport de M. le professeur Heyfelder, qu'on pratiqua 56 opérations qui donnèrent 35 guérisons, 21 morts, soit 37/100, 1 sur 2,6.

Si nous reprenons, dans le tableau général des autres hôpitaux, toutes les opérations comparables à celles qui sont indiquées dans le rapport de M. Heyfelder, nous obtenons un total de 682 opérations, n'ayant fourni que 78 morts, soit 11/100, 1 sur 8.

La mortalité, dans l'établissement modèle, est à celle des autres hôpitaux russes comme 37 est à 11, ce qui dispense de tout commentaire. Le chiffre des opérations isolées est trop faible pour pouvoir être comparé dans les deux tableaux ; pourtant nous retrouvons dans la statistique de l'Arbeiter hospital ces séries mauvaises, que, pour notre part, nous sommes

---

à l'occasion d'un passage du Moniteur des hôpitaux, M. Barthez, médecin de l'hôpital *Sainte-Eugénie*, a adressé à ce journal une lettre où respirent avec tant de simplicité les sentiments d'une belle âme, que nous ne pouvons résister au plaisir de la reproduire.

» ... Le récit que vous allez lire vous montrera que M. Chomel, lorsqu'il répandait ses bienfaits, suivait le précepte chrétien, qui veut que la main gauche ignore le bien répandu par la main droite. Cette charité modeste, et qui s'ignore elle-même, aura peut-être à vos yeux autant de mérite que celle qui s'annonce par des dons fastueux publiés par les cent bouches de la renommée.

» Voici cette simple histoire.

» En 1847, une chaire de clinique médicale était vacante à l'École de Montpellier ; M. Orfila me fit l'honneur de m'appeler dans son cabinet pour me conseiller de concourir, me promettant l'appui de toute son influence. Je lui répondis que la pensée m'en était venue ; mais que je devais renoncer à courir la chance d'une aussi belle carrière, vu l'impossibilité où j'étais de faire les frais d'un pareil concours. A quelques jours de là, M. Orfila m'appela de nouveau auprès de lui, m'énuméra toutes les chances de succès que je pouvais avoir, m'engagea à réunir toutes mes ressources pour partir, et, finalement, il me dit d'aller trouver M. Chomel, qui était instruit de toute l'affaire.

» Celui-ci, dont j'avais été le chef de clinique ; qui déjà, sachant les difficultés de ma vie, avait spontanément et sans me prévenir demandé et obtenu pour moi une petite place, m'accueillit avec sa bonté et sa simplicité habituelles. Après m'avoir beaucoup encouragé à tenter les chances du concours, il ajouta : « Je sais ce qui vous retient, et (me tendant la main) voyez en » moi non-seulement un ami, mais un père ; acceptez que je » fasse les frais de ce voyage. — Mon bon maître, lui répon- » dis-je, il ne s'agit pas seulement pour moi des frais du » voyage, mais il faut vivre pendant le temps du concours.

» — C'est bien ainsi que je l'entends, reprit M. Chomel ;

Digitized by Google

trop exposés à observer dans nos mauvais jours : ainsi 4 amputations de la jambe donnent 3 morts; 2 désarticulations de Chopart se terminent fatalement; 4 paracentèses de l'abdomen sont pratiquées, 3 avec issue funeste, etc. Une petite opération surtout montre bien cette terrible influence des grandes cités. Sur 14 désarticulations des doigts et des phalanges, 3 opérés succombent, soit 21/100. Dans tous les hôpitaux réunis, la même opération, pratiquée la même année 115 fois, ne donna que 6 morts, soit 4/100. M. Heyfelder prend soin, dans son rapport, d'indiquer les causes de mort, et nous voyons que les 3 opérés ont précisément succombé à ces affections générales de nature septique, si rares dans les hôpitaux de province. Tous furent atteints, en effet, de pyohémie.

Comme contre-partie, citons le petit hôpital de Pawlograd; on y pratiqua en tout 10 opérations : 3 amputations, cuisse, jambe et bras; 5 extirpations de cancers plus ou moins étendus des lèvres ou de la face; 3 fois l'autoplastie immédiate fut employée; enfin deux opérations de cataractes doubles par extraction et abaissement; le tout couronné du succès le plus satisfaisant.

Les extraits que je viens de mettre sous les yeux du lecteur sont de nature à démontrer, au moins d'une manière sommaire, que nous n'avons pas à nous enorgueillir des résultats que nous obtenons dans nos grands centres quand nous les comparons à ceux qui se produisent chez les nations étrangeres qui nous envient notre civilisation, et entre les mains de praticiens auxquels nous ne sommes certainement pas inférieurs.

Nous n'avons pas à coup sûr l'outrecuidance de vouloir donner des conseils à M. Otsolig, qui dirige avec tant de zèle et de succès la publication des rapports statistiques généraux; mais nous nous permettrons toutefois d'appeler son attention sur quelques points restés dans l'ombre, et dont la solution se trouve sans doute dans les rapports partiels dont il dispose.

Nous dirons d'abord que nous avons été surpris de trouver la *statistique chirurgicale* de 1856 plus complète, plus parfaite que celle des années suivantes. Pour citer un exemple : la première indiquait les opérations obstétricales qui ne sont plus mentionnées dans les dernières. En 1856, les amputations et les désarticulations étaient distinguées par région, et l'on n'était point exposé à confondre dans un même total les amputations de la cuisse et celles de l'avant-bras. En 1857 et 1858 ces séparations importantes ont disparu.

Ne pourrait-on pas les réhabiliter, et même adopter pour les grands tableaux le plan suivi par M. Heyfelder pour l'hôpital de perfectionnement. Ne pourrait-on pas s'attacher à indiquer avec autant de soin que possible les causes de mort.

Il paraît évident que les opérations réussissent d'autant mieux que les hôpitaux sont plus petits, que les salles renferment moins de lits, que les villes elles-mêmes sont moins grandes; mais, en pareille matière, il n'y a évidence que quand il y a chiffre, et encore une foule de circonstances accessoires modifient les nombres. Ne pourrait-on pas établir diverses catégories d'hôpitaux, d'abord ceux des villes grandes, moyennes et petites, puis distinguer ensuite les hôpitaux eux-mêmes, en grands, moyens et petits? Sans multiplier à l'infini les divisions, et sans rapporter isolément les résultats obtenus dans les 4 ou 500 hôpitaux russes, on pourrait, sans doute, établir quelques groupes généraux qu'on analyserait plus tard si la nécessité paraissait l'exiger.

Nous soumettons ces *desiderata* à notre confrère russe, et nous sommes persuadés d'avance qu'il comprendra leur importance. S'il jugeait à propos de les remplir, il donnerait beaucoup de valeur à ses rapports, car ils serviraient à tous les pays du monde.

Nous en sommes réduits à demander de tels renseignements à l'étranger; car, dans l'organisation actuelle de nos hôpitaux français (je parle de toute la France), il serait impossible d'arriver à rien de ce que nous désirons savoir. On reçoit tous les jours par douzaines des rapports sur la vaccination, sur les épidémies, sur les eaux minérales; ces rapports sont l'œuvre d'une foule de simples praticiens mus par le désir de se faire connaître et d'obtenir une modeste récompense ou une mention officielle. Il me semble qu'avec quelques médailles de bronze et d'argent on obtiendrait de même des renseignements précieux sur la statistique des hôpitaux de province.

A défaut de l'initiative du ministre de l'intérieur, l'Académie n'aurait qu'un mot à dire, un prix à proposer, et les mémoires afflueraient. Ainsi serait comblée une des lacunes les plus fâcheuses de notre organisation médicale.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1861.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE (fondation Montyon). — (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Longet, Rayer, Claude Bernard *rapporteur*.) — La commission décerne le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1861 à M. *Hyrtl* (de Vienne), pour l'ensemble de ses recherches d'anatomie comparée, et à M. *Kühne* (de Berlin), pour ses expériences sur les muscles et les nerfs.

La commission signale encore deux physiologistes, M. *Chauveau* et M. *Colin*, qui se livrent à des expériences longues et difficiles, mais qui

---

» vous me direz ce qu'il vous faut pour le temps de votre séjour à Montpellier, et je vous le donnerai. — Hélas! repris-je, » je ne suis pas seul. Moi parti, il restera à Paris quatre personnes qui attendent pour manger le mince revenu de la » clientèle que je vais quitter. — Qu'à cela ne tienne, répon» dit M. Chomel; je ferai vivre votre famille. Que votre femme » vienne me trouver chaque fois qu'elle aura besoin d'argent, » je lui en remettrai, et elle me donnera de vos nouvelles. » Ainsi fut fait, mon absence dura *huit mois*, pendant lesquels M. Chomel pourvut à tous mes besoins et à tous ceux de ma famille.

» Mon concours ne réussit pas; je dus revenir à Paris et reprendre mon travail habituel.

» M. Chomel ne fit jamais devant moi la plus petite allusion à la somme qu'il avait dépensée. Il continua à m'aider au point de me faire agréer comme médecin par une partie de sa famille, en exigeant que je reçusse le prix largement payé des soins que je donnais, comme s'il ne s'agissait pas des petites filles de mon vénéré maître, de mon bienfaiteur.

» Sept années se passèrent, au bout desquelles j'eus le bonheur de pouvoir porter chez lui la somme qu'il avait déboursée.

» — Je la reprends, me dit-il, parce que je vois le plaisir » que vous avez à me la remettre; mais n'oubliez pas qu'elle » vous appartient, et, si le moindre besoin s'en fait sentir, venez » la reprendre. »

» Recevez, etc.

ALIQUIS.

En raison de la fête du premier jour de l'an, la publication du présent numéro a été retardée de vingt-quatre heures.

Digitized by Google

ont besoin d'être continuées, et méritent à leurs auteurs les encouragements de l'Académie.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (fondation Montyon). — (*Comm. :* MM. Velpeau, Claude Bernard, Jules Cloquet, Andral, Jobert (de Lamballe), Serres, Flourens, Longet, Rayer *rapporteur.*) — La commission des prix de médecine et de chirurgie a eu à juger soixante-six ouvrages qui ont été renvoyés à son examen par l'Académie. La commission a distingué un assez grand nombre d'ouvrages offrant un intérêt réel et d'une utilité incontestable, soit pour l'enseignement, soit pour la pratique; mais elle a pensé que les récompenses de l'Académie devaient être réservées aux travaux qui ont conduit leurs auteurs à des découvertes qui étendent nos connaissances ou qui modifient plus ou moins profondément des méthodes ou des doctrines généralement acceptées. Dans cette opinion, la commission a cru devoir proposer à l'Académie de ne décerner qu'*un seul Prix* cette année.

La commission propose, en outre, à l'Académie d'accorder *cinq Mentions honorables* pour des travaux dont les auteurs ont été jugés dignes de cette distinction.

Prix : A MM. *Ludger Lallemand, Maurice Perrin* et *Duroy*, pour leur travail intitulé : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.*

Mentions honorables : 1° A M. *Haspel* et à M. *Rouis*, une Mention honorable pour leurs travaux sur les maladies du foie en Algérie. (Haspel, *Maladies du foie*, dans son *Traité des maladies de l'Algérie*; Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*);

2° A M. *Dutroulau*, pour son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (régions tropicales);

3° A M. *Henri Roger*, pour ses *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête;*

4° A M. *Huguier*, pour son *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus;*

5° A M. *Laboulbène*, pour ses *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.*

La commission a réservé plusieurs ouvrages pour un jugement ultérieur. Parmi ces ouvrages, se trouvent comprises des recherches de MM. *Landouzy, Billod, Costallat* sur la *pellagre*, maladie dont l'histoire a été mise au concours pour l'année 1864. Elle a également réservé un travail de M. *Larcher* sur l'*hypertrophie normale du cœur* pendant la grossesse; une monographie de la *thrombose et de l'embolie* par M. *Cohn*; enfin des recherches sur la *trichina spiralis* et le développement du *pentastome* par M. *Leuckaert.*

La commission ne croit pas devoir terminer son rapport sans signaler quelques autres travaux très intéressants, qui seront probablement complétés par de nouvelles études. Telles sont les recherches de M. Voisin et de M. Gallard sur les *hematocèles peri-utérines spontanées;* celles de M. Robin, continuées par M. Eugène Nélaton, sur les *tumeurs à myéloplaxes.* Ces travaux renferment des faits très intéressants, mais ils soulèvent encore des questions importantes qui ne peuvent être résolues que par de nouvelles recherches. Un fort bon travail de M. Demarquay sur les *tumeurs de l'orbite*, les observations de M. Magne en faveur de l'*oblitération du sac lacrymal* dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, les recherches de M. Auburtin sur le *rhumatisme cérébral*, le traité de M. Nonat sur les *maladies de l'utérus*, ont paru également à la commission très dignes d'attention.

Enfin la commission a pensé que le jugement d'un travail de M. de Castelnau intitulé : *De l'interdiction des aliénés*, et dans lequel l'auteur propose la réforme d'une loi qu'il considère comme contraire aux principes de la science et aux droits de l'humanité, appartenait surtout à l'Académie des sciences morales et politiques. Toutefois, cet ouvrage ayant pour base des considérations physiologiques d'un ordre très élevé, la commission a cru devoir le signaler à l'attention des moralistes, des jurisconsultes et des médecins.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1862, 1863, 1864 ET 1866.

SCIENCES PHYSIQUES. — GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — (*Comm. :* MM. Brongniart, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Flourens, Duméril, Milne Edwards *rapporteur.*) — « Anatomie comparée du système nerveux des » poissons. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1862, *terme de rigueur.*

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Flourens, Brongniart, de Quatrefages, Coste *rapporteur.*) — « De la pro- » duction des animaux hybrides au moyen de la fécondation artificielle. »

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, avant le 31 décembre 1862, *terme de rigueur.*

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE (fondation Montyon). — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.*

DIVERS PRIX DU LEGS MONTYON. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugées les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur*. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1864. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner, en 1864, la question suivante : « Faire l'histoire de la pellagre. »

Les concurrents devront :

1° Faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique, et celles où la pellagre sporadique a été observée, en France et à l'étranger;

2° Poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France; en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie ont précédé les symptômes extérieurs de la pellagre, des cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarées après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses;

3° Étudier, avec le plus grand soin, l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (Verdet);

4° En un mot, faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connaît présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages seront écrits en français.

Ils devront être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1864.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866, la question suivante : « De l'application de l'électricité à la » thérapeutique. »

Les concurrents devront :

1° Indiquer les appareils électriques employés; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages seront écrits en français.

Ils devront être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866.

GRAND PRIX DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1866. — (*Comm. :* MM. Velpeau, Claude Bernard, Jobert (de Lamballe), Serres, Andral, Jules Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens *rapporteur.*) — L'Académie met au concours la question « de la conservation des membres par la conserva- » tion du périoste. »

Les concurrents ne sauraient oublier qu'il s'agit ici d'un travail pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que, par conséquent, on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence.

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de *dix mille francs.*

Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de

Digitized by Google

conçoit un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix.

Le prix sera donc de *vingt mille francs.*

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866.

Elles devront être écrites en français.

Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles. — (*Comm. :* MM. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Brongniart, Milne Edwards, Serres, Flourens *rapporteur*. — La commission propose le sujet suivant :

« Essayer par des expériences bien faites de jeter un jour nouveau sur » la question des générations dites spontanées. »

Le prix pourra être décerné à tout travail, manuscrit ou imprimé, qui aura paru avant le 1er octobre 1862, *terme de rigueur*, et qui aura rempli les conditions requises.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Les travaux devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles. — (*Comm. :* MM. Coste, de Quatrefages, Serres, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards *rapporteur*.) — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « La détermination des phénomènes relatifs à la reproduction des Polypes et des » Acalèphes. » Aucune pièce n'étant parvenue, l'Académie retire cette question, et la remplace par le sujet suivant :

« Étude expérimentale des modifications qui peuvent être déterminées » dans le développement de l'embryon d'un animal vertébré par l'action » des agents extérieurs. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1862, *terme de rigueur.*

Legs Bréant. — Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas ; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, » de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser » l'épidémie ; »

Ou enfin

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par » exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de *quatre mille francs*, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans les cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de *quatre mille francs* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, qui aura éclairé leur étiologie.

Rapport sur le concours de l'année 1861 pour le prix Bréant. — (*Comm. :* MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Cloquet, Serres *rapporteur*.) — La section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le legs Bréant, vient encore déclarer à l'Académie que parmi les pièces qui ont été envoyées à son examen, soit pour la guérison du choléra, soit pour éclairer la nature et le traitement des affections dartreuses, nulle d'elles n'a rempli les conditions indiquées dans les volontés du testateur.

Prix Barbier. — (*Comm. :* MM. Rayer, Jules Cloquet, Andral, Claude Bernard, Velpeau *rapporteur*.) — Feu M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de *deux mille francs* destinée à la fondation d'un prix annuel, « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique, ayant rapport à » l'art de guérir. »

En conséquence, l'Académie annonce que le *Prix Barbier* sera décerné en 1862 au meilleur travail qu'elle aura reçu, soit sur la chimie, soit sur la botanique médicale.

Les mémoires devront être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1852 : *ce terme est de rigueur*. Les noms des auteurs devront être contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Conditions communes a tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours ; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Lectures.

M. *Flourens*, secrétaire perpétuel pour les sciences naturelles, a lu l'éloge historique de M. *F. Tiedemann*, un des huit associés étrangers de l'Académie.

Académie de Médecine.

Séance du 31 décembre 1861. — Présidence de M. Robinet.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Desponts* (de Fleurance) sur le traitement de l'héméralopie. — *b*. Un nouveau procédé de préparation des alcaloïdes végétaux, par M. le docteur *Delagrée* (de Grandfougeray). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Les documents officiels relatifs aux améliorations et aux réformes à opérer dans le service des aliénés de la Seine, documents déposés par M. *Girard de Cailleux* au nom de M. le préfet de la Seine. — *b*. Des lettres de MM. les docteurs *Béclard* et *Sappey*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Madin* (de Verdun), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *d*. Une note de M. le docteur *Netter*, médecin à l'hôpital militaire de Strasbourg, sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires simples. (*Comm :* M. Ricord.)

3° M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne) adresse à l'Académie l'extrait suivant d'un mémoire intitulé : *Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro physiologique des différentes expressions qu'elle peut produire.*

« L'âme est la source de l'expression ; c'est elle alors qui met en jeu les muscles. Les lois qui régissent l'expression de la physionomie humaine peuvent donc être recherchées par l'étude de l'action musculaire.

» C'est un problème que je m'efforce de résoudre depuis bien des années, provoquant, à l'aide de courants électriques, la contraction des muscles de la face pour leur faire *parler* le langage des passions et des sentiments. « L'expérience, dit Bacon, est une sorte de question appliquée à la nature pour la » faire parler. » Cette étude attentive de l'action musculaire partielle m'a révélé la raison d'être des lignes, des rides et des plis de la face en mouvement. Or, ces lignes, ces rides et ces plis sont justement les signes qui, par leurs combinaisons variées, servent à l'expression de la physionomie. Il m'a donc été possible, en remontant du muscle expressif à l'âme qui le met en action, d'étudier et de découvrir le mécanisme, les lois de la physionomie humaine.

» Je ne me bornerai pas à formuler ces lois; je représenterai par la photographie les lignes expressives de la face pendant la contraction électrique de ses muscles.

» En résumé, je ferai connaître par l'analyse électro-physiologique, et à l'aide de la photographie, l'art de peindre correctement les lignes expressives de la face humaine, et que l'on pourrait appeler : *orthographe du langage de la physionomie.* »

M. *Vernois* fait hommage, au nom de M. *Prosper de Pietra Santa*, d'un volume sur l'hygiène des chemins de fer.

M. *le Président* prend la parole :

« Permettez-moi, messieurs, dit-il, avant de quitter cette place, que j'ai due à votre bienveillance, et dans laquelle je me suis toujours senti soutenu par votre cordial concours, de retracer brièvement les événements qui vous ont touchés ou qui se sont passés dans cette enceinte pendant le cours de l'année qui va finir.

» Je réclame, chers collègues, pour ce récit imparfait votre plus grande indulgence.

» Mais si l'exemple que je donne en ce moment est suivi, comme il faut l'espérer, par mes honorables successeurs, le même sujet sera traité avec une supériorité de vues, une dis-

Digitized by Google

tinction de langage qui dédommageront l'Académie de l'insuffisance de cette tentative. »

M. le président rappelle successivement les pertes éprouvées par l'Académie dans ses membres titulaires et dans ses membres correspondants; les rapports qui lui ont été présentés; les discussions qui les ont suivis; les travaux qui lui ont été soumis, tant par les académiciens eux-mêmes que par les médecins étrangers à la Compagnie; les élections qui ont eu lieu dans le cours de l'année; et enfin les dons offerts, soit pour la bibliothèque par MM. les éditeurs d'ouvrages de médecine et par M. Jules Cloquet, soit pour les collections par MM. les fabricants d'instruments de chirurgie.

« M. Victor Masson, dit M. le président, s'est distingué entre tous par l'envoi d'un exemplaire de tous les ouvrages qui ont paru dans son estimable librairie.

» Il n'est pas un de vous probablement, messieurs, ajoute en terminant M. Robinet, qui n'ait entendu des gens du monde parler avec légèreté des dissidences qu'on voit éclater entre les médecins et qui donnent lieu quelquefois à des discussions prolongées.

» Ces graves aristarques n'auraient peut-être rien à répondre si on leur rappelait une certaine parabole dans laquelle une paille et une poutre jouent les principaux rôles.

» Quels sont, en effet, les sujets sur lesquels on est d'accord et à l'occasion desquels il ne s'élève aucune discussion? Serait-ce la religion, la philosophie, la politique? ou bien encore les affaires de l'État, du canton ou de la commune? Voit-on les savants dans les sciences naturelles ou physiques tomber d'accord sur tous les points? Les sciences mathématiques elles-mêmes, ces sciences qui se posent avec orgueil comme des sciences positives et infaillibles, sont-elles donc à l'abri de la controverse et même de la dispute? Hélas! non. Tout est sujet au doute, à l'interprétation, à la discussion; et quelle science, quel art est plus exposé que la médecine à cette imperfection des choses humaines? De plus que la plupart des autres sciences, elle offre cette immense difficulté qui résulte de la variété infinie des sujets; en sorte que ce serait assurément la chose la plus merveilleuse du monde que de trouver deux malades absolument semblables.

» Laissons donc passer sans nous y arrêter ces vaines clameurs de gens qui sont incapables de nous juger. Profitons seulement des enseignements qui surgissent au milieu de nous. Travaillons à élucider les questions avec calme et persévérance, alors même que les discussions devront être longues; seulement, n'oublions pas devant qui nous parlons. Autre chose est un amphithéâtre, autre chose est une académie. Tâchons de ne pas mériter la répétition de ce mot spirituel : *Après la leçon si complète que l'Académie vient d'entendre, il ne me reste rien à dire.*

» Vous excuserez, j'espère, cette réflexion, messieurs, chez un homme qui assiste à des discussions de tout genre depuis quarante ans. Il ne craint pas d'avouer qu'elles ne l'ont pas découragé. Qui sait si le moment d'un parfait accord n'est pas prochain! Mais alors il ne faudra plus ni académie, ni secrétaire, ni président surtout. Combien je me félicite d'être arrivé avant ce funeste moment! Je n'aurais pas été honoré de vos suffrages, et je n'aurais pas à vous en remercier aujourd'hui.

» Merci, messieurs et très honorés collègues, pour les constantes preuves de bienveillance et d'indulgence que vous m'avez données pendant une année entière. Leur souvenir sera un des plus chers de ma vie, comme l'honneur d'avoir présidé cette Académie sera le plus grand dont j'aurai jamais été revêtu. » (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. *Gibert*, l'Académie décide que des remercîments pour cette heureuse innovation seront adressés à M. Robinet et insérés au *Bulletin de l'Académie.*

Élections.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des membres des commissions permanentes pour l'année 1862.

Sont élus :

1° Pour les épidémies : MM. *Jolly* et *Devergie.*

2° Pour les eaux minérales : MM. *Wurtz* et *Gobley.*

3° Pour les remèdes secrets et nouveaux : MM. *Robinet* et *Vernois.*

4° Pour la vaccine : MM. *Depaul* et *Beau.*

5° Pour le comité de publication : MM. *Grisolle, Cloquet, Paul Dubois, Moquin-Tandon* et *Boullay.*

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Piorry* lit un discours dans lequel il « veut tracer le plan d'un hôpital tel que le comportent la science moderne et le progrès de l'industrie. »

Après avoir constaté que l'accumulation des hommes dans un étroit espace altère les qualités de l'atmosphère, il désigne du nom de *septiose* « le miasme, le virus », qui paraît être la cause principale des affections que les anciens appelaient putrides.

L'orateur rappelle ensuite ses travaux sur l'hygiène des grandes villes, travaux qui ont pour conséquence théorique « qu'un air pur, renouvelé, plutôt sec qu'humide, médiocrement échauffé, est indispensable pour la salubrité des hommes qui habitent un hôpital, une caserne, un lieu public quelconque. »

C'est surtout l'air intérieur des dortoirs qu'il faut étudier en vue de l'hygiène des hôpitaux. C'est de l'air, en effet, que dépendent les succès relatifs des praticiens de campagne.

M. Piorry examine aussi les conditions de lumière et d'insolation que doit réunir un hôpital. Il le veut, toutefois, à proximité des habitants. Il désirerait qu'on y adjoignît un bâtiment pour les sœurs, une maison de bienfaisance, une salle de bains, etc.

L'orateur critique l'état des anciens hôpitaux et blâme les dépenses de luxe qui ont été faites dans les nouveaux. Il examine enfin d'une manière spéciale l'état des services de clinique, et il en énumère les graves défauts. Il propose, en terminant, un plan complet applicable à l'hôpital de la Charité.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine de Paris.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1861.

OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem.*

M. *Bauchet* lit un rapport sur un mémoire de M. Collineau, intitulé : *Des tumeurs phlegmoneuses qui se développent dans la fosse iliaque.* L'impression de ce rapport est renvoyée au comité de publication.

M. *Bauchet* lit également un rapport sur un mémoire de M. E. Géry, traitant de quelques points de la pneumonie. (Nous publions ce rapport.)

La Société admet comme membres titulaires de la Société MM. les docteurs Collineau et E. Géry.

La Société procède au renouvellement des membres de son bureau; M. Devilliers est nommé vice-président, M. Cavasse secrétaire particulier; par suite de ces nominations, le bureau pour l'année 1862 est composé ainsi qu'il suit :

Président, M. Debout; *vice-président*, M. Devilliers; *secrétaire général*, M. Boys de Loury; *secrétaires particuliers*, MM. Lagneau et Cavasse.

M. *Duparcque* lit le rapport suivant sur le mémoire de M. le docteur Marquez (de Colmar) sur l'opération césarienne *post mortem.*

Bien que la brochure dont vous m'avez chargé de vous rendre compte ne soit que l'extrait d'un rapport sur un cas d'opération césarienne *post mortem*, il nous a paru mériter de fixer

Digitized by Google

notre attention, d'abord à cause de l'intérêt et de l'opportunité du sujet, et pour les nouveaux faits qu'il rappelle ou rapporte en témoignage de ce que l'on peut espérer de l'opération césarienne pratiquée *post mortem* dans des conditions favorables, et pour les inductions pratiquées que présente M. le docteur Marquez sur ce très important sujet.

Le fait qui sert de base au rapport de notre honorable correspondant avait été observé et communiqué à la Société de médecine de Poitiers par M. Bonnet, professeur d'accouchements en cette ville. En voici l'analyse :

Femme de vingt-quatre ans, primipare à sept mois révolus de grossesse, frappée d'apoplexie qu'il ne fut pas possible de combattre efficacement. Dès que le dernier bruit du cœur eut battu, M. Bonnet, ayant constaté par l'auscultation que le fœtus vivait encore alors, se hâta d'opérer. L'enfant ne donna pas tout d'abord signe de vie, mais bientôt la respiration s'établit; son existence était assurée.

M. Marquez rapporte un cas analogue à celui de M. Bonnet. C'était en 1847. Une femme multipare (l'âge n'est pas indiqué) était au huitième mois présumé de sa grossesse, et arrivée à la période ultime d'une pneumonie entée sur une bronchite chronique. Au moment de l'agonie, les battements du cœur fœtal se faisaient encore sentir. On attendit huit à dix minutes après la cessation complète des bruits du cœur de la femme pour pratiquer l'opération césarienne. L'enfant était petit, d'apparence chétive, et n'indiquant guère qu'un produit encore au-dessous de sept mois. Il vécut trois ou quatre heures après sa naissance artificielle.

Ce résultat, bien qu'incomplet, observe M. Marquez, n'est cependant pas sans importance au point de vue des exigences du christianisme et de la législation civile.

Abordant la question générale, l'auteur s'inscrit contre les propositions que MM. de Kergaradec et Laforgue ont vainement tenté de faire prévaloir à l'Académie impériale de médecine; il se rattache à celles qu'avait préconisées M. Coste en 1827, tout en leur reprochant d'avoir une portée trop générale, des tendances trop absolues. L'opinion qu'elles expriment est du reste celle à laquelle on peut généralement se rattacher, et que, pour notre part, nous avons adoptée.

Ainsi, M. Marquez pose les règles que nous allons résumer : 1° cas où une femme enceinte meurt avant que le fœtus ait quelque aptitude à la vie extra-utérine, et dont il fixe les limites, mais approximativement, au cent quatre-vingt-quatrième jour de la grossesse. Dans ces cas, il est complétement inutile de pratiquer l'opération césarienne. Et alors, pour satisfaire aux prescriptions religieuses, on peut administrer le baptême intra-utérin.

2° Après six mois révolus, la femme est frappée d'un accident qui la foudroie de mort subite; alors il faut se hâter d'opérer, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie, et après avoir acquis la certitude du décès de la femme.

3° Dans la période d'agonie et de mort imminente, inévitable, M. Marquez, adoptant les propositions que nous avons établies dans un récent mémoire sur l'accouchement forcé par les voies naturelles, conseille d'essayer d'abord ce mode de délivrance, soit immédiatement après la mort, soit tandis que la femme vit encore, et avant par conséquent que soit arrivé pour la mère le terme fatal, alors que tout espoir de la conserver étant perdu, l'enfant qu'elle porte dans son sein a encore des chances plus sérieuses de survie.

M. Marquez rappelle que, si l'article 317 du Code pénal punit les provocations à l'accouchement et l'avortement, ces opérations, scientifiquement instituées et employées comme agents thérapeutiques dans le but de sauver dans quelques cas la mère, dans d'autres la vie de la mère et de l'enfant, ou l'existence de celui-ci, ne peuvent être considérées comme un crime.

Ainsi, dit en terminant M. Marquez, l'accouchement, provoqué et forcé *sub mortem imminentem*, substitué à l'opération césarienne dans certains cas, ne me paraît pas devoir inspirer de répugnance invincible. Il aurait sur cette opération au moins un avantage, celui de ménager à l'enfant qu'il s'agit de sauver une plus grande somme de chances de viabilité, outre qu'il n'aggrave guère la position désespérée de la moribonde, qu'il ne la tue pas nécessairement, et qu'il n'expose pas l'opérateur à convertir en mort réelle une mort qui ne serait qu'apparente.

Ces considérations sont en parfait accord avec celles que nous avons produites dans un récent mémoire sur l'accouchement par dilatation forcée du col de l'utérus.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'aortite terminée par suppuration, de son influence sur la production de l'infection purulente, par E. Leudet.

« On conçoit, dit M. Follin dans son *Traité de pathologie externe*, qu'une aortite et une endocardite puissent amener l'infection purulente en versant du pus dans le sang ; mais les observations manquent à l'appui de cette variété de pyohémie. »

L'intéressant travail de M. Leudet vient faire disparaître ce *desideratum*, et démontrer l'influence de cette nouvelle cause d'infection purulente. Voici, dans ses détails essentiels, le fait qu'a observé le savant professeur de Rouen.

Obs. — Un homme de quarante-neuf ans, maréchal-ferrant de son état, entrait, le 10 juillet 1861, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service de M. Leudet. Cet homme avait été atteint, au mois de mai précédent, d'une maladie caractérisée par de la toux, des douleurs dans un des côtés de la poitrine, et du délire. La convalescence n'avait pas été franche ; il était resté un amaigrissement marqué, des frissons fréquents ; mais il n'y avait jamais eu d'œdème. C'est la persistance de ces accidents qui décida le malade à entrer à l'hôpital.

Le jour de son admission, M. Leudet constate l'état suivant : stature élevée, amaigrissement; face pâle, révélant un état de souffrance antérieur prolongé; toux, crachats un peu nummulaires, sans mélange de sang; matité légère dans la hauteur de deux travers de doigt au dessus du bord inférieur du foie, respiration un peu soufflante profondément dans ce point; dilatation légère du côté droit du thorax en arrière, avec peu de mobilité des côtes ; respiration faible dans le tiers inférieur, sans souffle, ni égophonie ; respiration normale à gauche, dans toute la hauteur. Aucun caractère morbide dans l'étendue de la matité précordiale ou dans les bruits du cœur. Pouls de 92 à 96, peu développé, régulier ; anorexies, pas de vomissement, ni de diarrhée. Rien d'anormal dans l'abdomen ; céphalalgie gravative générale, persistant depuis le début de la maladie ; aucun trouble des organes des sens ; pas d'otorrhée.

Du 11 au 20 juillet, l'état du malade demeure constamment le même; un peu d'abattement, *frissons erratiques*, face pâle, douleurs de tête généralisées, insomnie. Dans la nuit du 20 au 21 un peu de délire calme. Du 21 au 24 juillet, aggravation marquée ; le pouls s'élève au-dessus de 100. Sensation de dyspnée et d'oppression épigastrique ; pas de douleur précordiale, aucune altération des bruits du cœur. *Délire persistant la nuit et même un peu le jour; frissons intenses.* Dans l'après-midi du 25, affaiblissement de plus en plus marqué. Mort le 26, à huit heures du matin.

Autopsie vingt-trois heures après la mort. — Le cerveau et ses enveloppes, le bulbe et la partie supérieure de la moelle sont parfaitement sains.

Adhérences généralisées des deux feuillets de la plèvre droite dans toute leur étendue ; pseudo-membranes épaisses avec une cuillerée à peine de liquide dans la partie la plus déclive de la cavité pleurale droite, au niveau de l'angle des côtes. Pas d'altération du parenchyme pulmonaire ; aucune lésion appréciable dans les organes du bas-ventre ; pas d'abcès métastatiques.

Aucune altération du péricarde ; cœur de volume ordinaire, un peu flasque et mou ; pas de dilatation ni d'hypertrophie ; valvule mitrale saine ; l'une des valvules sigmoïdes de l'aorte présentait un détachement complet du bord tendineux à son extrémité. Le repli valvulaire lui-même, dans sa partie moyenne au niveau du tubercule d'Arantius, était sain ; l'endocarde situé au-dessous sans aucune lésion. Au-dessus de cette valvule, la membrane interne de l'aorte était normale, mais la membrane élastique moyenne était amincie, et présentait quelques petits vaisseaux

Digitized by Google

qui rampaient entre ses diverses couches, sans atteindre jusqu'à la membrane interne. Immédiatement au-dessus de cette valvule, et la dépassant un peu en largeur, sur une hauteur de 2 centimètres, on constatait, sans aucune lésion de la membrane interne, sans aucune coagulation sanguine ou pseudo-membraneuse à sa surface, une teinte jaunâtre, avec petits amas de pus situés dans l'épaisseur de la tunique moyenne dissociée et amincie. Entre cette plaque d'infiltration purulente et la partie inférieure du sinus de Valsalva, existait un orifice du diamètre d'un petit pois, à bords parfaitement lisses, amincis, et donnant issue, par la pression, à un liquide d'un blanc jaunâtre, complétement identique avec le pus. Ce liquide provenait d'une cavité du volume d'une grosse aveline, siégeant dans la tunique celluleuse, et qui avait infiltré une partie de la tunique élastique. En arrière, la surface externe de cette tumeur était en rapport avec l'oreillette droite nullement altérée: sa surface interne était irrégulière, aréolaire et formée de quelques plaques de pus concret. Dans le voisinage de l'abcès, la tunique externe de l'aorte offrait des réseaux vasculaires. Le liquide contenu dans la cavité morbide présentait, à l'examen microscopique, un grand nombre de globules de pus, à surface chagrinée, et contenant plusieurs nucléoles réfractant fortement la lumière. Dans le voisinage de l'abcès, et un peu au-dessus, la tunique moyenne présentait quelques petits dépôts granuleux, amorphes, de graisse granuleuse, sans cristaux de cholestérine. Nulle part on ne trouvait de dépôts athéromateux étendus, ou transformés en matière crétacée. Aucune altération des tissus émergents de l'aorte, des artères coronaires, brachio-céphalique, carotide gauche.

Tel est ce fait remarquable qui, en raison de la netteté des détails anatomiques et des résultats de l'examen microscopique, nous paraît justifier pleinement l'interprétation de l'auteur. Mais M. Leudet ne s'en est pas tenu là, et il a pris soin de rassembler et de rapprocher de son observation tous les faits analogues qui sont postérieurs à la publication du mémoire de Virchow (*Ueber die akute Entzundung der Arterien, Archiv von Virchow und Reinhardt*, I, 1847, p. 272). Ce rapprochement est d'autant plus intéressant que les faits de cet ordre sont très rares, et surtout fort peu connus. M. Andral, il est vrai, avait signalé, il y a bien des années déjà (*Anat. path.*, 1829), l'existence de petits abcès dans l'épaisseur des tuniques de l'aorte, sans *aucune rougeur* de la membrane interne; mais l'effusion du pus dans la cavité des vaisseaux, et l'infection purulente consécutive, voilà le fait nouveau qui n'a été jusqu'ici que bien rarement constaté. Or, de l'examen comparatif des observations qu'a réunies M. Leudet ressort cette conclusion intéressante que les lésions et les symptômes ont constamment présenté les plus grandes analogies. Cette similitude se retrouve, pour trois faits du moins, jusque dans le siége de l'abcès. Ainsi dans l'observation de Spengler (*Virchow's Archiv*, 1852, et *Arch. gén. de méd.*, 1852), dans celle de Schutzenberger (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856, et *Gaz. hebdomadaire*, 1857), comme dans celle de l'auteur, l'abcès siégeait toujours à l'origine de l'aorte et coïncidait avec des lésions plus ou moins graves des sigmoïdes aortiques ou de la substance du cœur. En un mot, il y avait toujours simultanément aortite et endocardite. Mais ce siége n'est pas exclusif, car les faits de M. Andral et de Virchow, les observations plus récentes de Rokitansky (*Uber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien*, *Denks der k. Acad. de W.*, IV, 1852), de Lebert (*Handbuch der praktischen Medicin*, I, 1859), démontrent que les collections purulentes peuvent siéger plus haut entre les tuniques de l'aorte. Notons que dans le fait de Rokitansky la rate présentait un abcès métastatique. Cette ressemblance frappante entre des observations qui proviennent de sources si éloignées et si diverses, est une nouvelle garantie, ce nous semble, de la justesse des conclusions qu'a formulées M. Leudet à la suite de son remarquable travail. Nous les reproduisons textuellement :

1° L'inflammation des tuniques de l'aorte donne lieu, dans quelques cas rares, à la formation d'un abcès ;

2° Cette collection purulente est placée dans la tunique celluleuse externe et la moyenne ;

3° Elle ne détermine pas l'altération de la membrane interne, de coagulation sanguine, ou de dépôt pseudo-membraneux à sa surface ;

4° L'abcès de l'aorte s'ouvre quelquefois à l'intérieur du vaisseau ;

5° L'inflammation suppurative des tuniques artérielles est, en général, consécutive à une phlegmasie interne de l'endocarde ou de l'artère, et coïncide avec des désorganisations étendues de la substance du cœur ou des tuniques des vaisseaux.

6° L'abcès de l'aorte, communiquant avec l'intérieur du vaisseau, donne lieu aux lésions et aux symptômes de l'infection purulente. (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1861.)

Nous ne pouvons quitter ce sujet sans faire remarquer que le travail de M. Leudet confirme de tous points la doctrine de Virchow sur l'artérite; malgré les lésions graves que présentaient la tunique moyenne et l'externe, la membrane interne était intacte; elle n'était pas même colorée en rouge, et, sauf la perforation qui faisait communiquer la cavité du vaisseau avec celle de l'abcès, elle était exempte de toute altération. Il en était encore ainsi dans les autres observations citées par l'auteur. Ces faits viennent donc démontrer une fois de plus que la membrane interne des artères n'a aucune aptitude à l'inflammation primitive. Nous tenions d'autant plus à appeler l'attention sur ce point, que le travail de Luschka a pu faire naître quelques doutes sur l'exactitude absolue de l'opinion de Virchow. Luschka, en effet, a signalé la présence de petits vaisseaux sanguins dans l'intérieur des cordes tendineuses de la valvule mitrale (*Das Endokardium und die Endokarditis in Virchow's Archiv*, 1852). On s'est aussitôt emparé de ce fait, et, par une généralisation que rien ne justifie, on a soulevé de nouveau la question de l'artérite interne primitive, que nous croyons, pour nous, définitivement jugée. Or, les vaisseaux sanguins de l'endocarde et de la valvule mitrale ne prouvent absolument rien pour la vascularité de la membrane interne des artères. Kœlliker, qui a vérifié l'existence des vaisseaux décrits par Luschka dans la valvule auriculo-ventriculaire gauche, n'en a trouvé aucun vestige dans les sigmoïdes de l'aorte; il y donc à ce point de vue une séparation bien nette et bien tranchée entre l'endocarde et la membrane interne du système artériel. J.

Examen laryngoscopique d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte, par M. le professeur Traube (de Berlin).

M. Traube a déjà fait connaître, l'année dernière, l'histoire d'un malade chez lequel il avait soupçonné l'existence d'un anévrysme de l'arc aortique d'après les résultats de l'examen laryngoscopique, lesquels se rapportaient à une paralysie du nerf récurrent gauche.

Un fait analogue s'est de nouveau présenté à la clinique de M. Traube au mois de juin dernier. En voici le résumé :

Obs. — M..., âgé de trente-trois ans, se trouva affecté assez brusquement, il y a cinq ans, de dyspnée et de battements dans la poitrine et dans la tête. Ces accidents s'amendèrent un peu au bout de deux ans, après qu'un grand nombre de traitements eurent été employés sans succès. Il y a un an, le malade remarqua en se réveillant qu'il était devenu complétement aphone. Sa voix n'avait d'ailleurs présenté, jusqu'à ce jour, aucune altération. Les moyens les plus variés échouèrent complétement contre cette aphonie.

Le 18 juin, elle était encore complète. Le malade se plaignait d'éprouver des douleurs dans le dos, sur le côté droit de la colonne vertébrale. La première pièce du sternum et la région sous-claviculaire gauche étaient soulevées par des battements systoliques, et l'extrémité interne de la clavicule gauche était un peu déplacée en avant. Matité dans la même zone, pouls plus faible dans les artères radiale et carotide gauches qu'à droite, etc.

A l'examen laryngoscopique, on constata une hypérémie modérée de la muqueuse de l'épiglotte, des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales supérieures.

La glotte était plus large qu'à l'état normal. Lorsqu'on faisait prononcer au malade la voyelle *é*, la corde vocale gauche restait complétement immobile, et celle du côté droit se rapprochait plus lentement de la ligne médiane qu'à l'état normal. Même modification des mouvements pour les cartilages aryténoïdes. En outre, la glotte ne s'élargissait pas sensiblement pendant les respirations profondes. (*Deutsche Klinik*, 1861, n° 27.)

Digitized by Google

V

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie, par J. Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, 1 vol. avec atlas de 20 fig. Paris et Lyon, J.-B. Baillière et Savy, 1861.

« Nous vivons à une époque où les doctrines médicales » n'attirent guère les regards si elles ne sont en mesure d'aboutir » à des réformes sérieuses. » Cette première phrase du livre que nous allons analyser en fait pressentir l'esprit et les tendances; elle nous indique qu'il n'y est pas question seulement de pures spéculations doctrinales et que la science n'y obtient une large part qu'en raison de la fécondité de ses applications. Il y est cependant beaucoup traité de questions théoriques; nous pourrions même dire que l'édification d'une doctrine nouvelle en est le but le plus saillant; mais ce qui risquerait de paraître, au premier abord, un objet de curiosité scientifique, devient, entre les mains de M. Rollet, la source des plus grands et des plus féconds problèmes de thérapeutique et d'hygiène. Il suffit, du reste, de réfléchir un instant sur l'influence nécessaire de toute doctrine générale en matière de syphilis pour comprendre l'intérêt scientifique et pratique d'une tentative de ce genre; et sans remonter bien loin dans le passé, on peut juger des désastreux effets que peuvent produire dans le monde l'adoption et la vulgarisation d'une doctrine erronée, par les résultats de la proscription des spécifiques sous l'influence de Broussais.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur M. Ricord et son école, on ne peut lui refuser une large part dans les progrès qui se sont accomplis depuis trente ans. Certainement, nous sommes loin de sa doctrine telle qu'il l'exposait il y a quelques années encore, telle que l'ont applaudie de nombreuses générations attirées sous les tilleuls du Midi autant par la verve du professeur que par l'attrait tout spécial du sujet; mais s'il n'a pas fait la vérité, il l'a préparée, et à ce titre il a rendu de grands services à la science. Il est vrai qu'il a quelquefois contribué à l'avénement d'une nouvelle doctrine par une voie trop indirecte pour que sa participation soit évidente aux yeux de tous. Mais il ne faut pas oublier qu'en matière scientifique toute doctrine précise, claire et bien formulée, doit rendre les plus grands services tout en contenant des dogmes erronés. Rien n'est aussi préjudiciable à la science que la confusion. Si une théorie fausse et incomplète est un point de départ instable et souvent dangereux, la confusion ou l'absence de précision dans les doctrines indique un chaos d'où rien ne peut sortir. Aussi sommes-nous redevables indirectement à M. Ricord de beaucoup de vérités que ses successeurs ont trouvées en combattant ses doctrines. Il en est ainsi de toutes les écoles et surtout de tous les chefs d'école qui, dans leurs systématisations, ont fourni à la science, sinon une voie définitive, du moins un point de ralliement dans ses moments de déroute et de confusion.

Depuis M. Ricord ou plutôt entre M. Ricord et M. Rollet, deux faits capitaux sont venus ébranler jusque dans ses fondements la vieille doctrine huntérienne, que la lancette de M. Ricord avait sinon transformée, du moins brillamment rajeunie. Ces deux faits sont : l'existence de deux virus chancreux et la non-inoculabilité du virus du chancre infectant à l'individu qui porte déjà une ulcération de cette nature. Ces deux faits sont dus, le premier à M. Bassereau, le second à M. Clerc. Le premier avait pour lui l'interprétation plus exacte des documents historiques : il a été mis hors de doute par les confrontations opérées entre le sujet infectant et le sujet infecté, toutes les fois qu'on a pu saisir la filiation des accidents transmis. Le second, qu'on s'étonne aujourd'hui d'avoir ignoré si longtemps, est venu faire entrer la syphilis dans les lois communes à toutes les maladies virulentes. Quoi de plus admissible, en effet, que la non-communication d'une affection contagieuse à l'individu qui est déjà sous son influence? L'analogie pouvait le faire prévoir, et l'application des données de la pathologie générale aurait fécondé l'inoculation si stérile et trompeuse entre les mains de Hunter et de ceux qui ont agi d'après la même inspiration. Ce fait, découvert par M. Clerc, venait à l'appui de celui que l'on devait à M. Bassereau. Il le confirmait, le rendait même nécessaire et montrait tout le vide de la doctrine huntérienne, dont la rigueur apparente avait séduit tant d'esprits positifs. Et cependant, pendant que ces faits poursuivaient leur chemin dans la science, d'autres, non moins importants, venaient donner raison aux adversaires des premières doctrines de M. Ricord. Les partisans de la contagion des accidents secondaires gagnaient chaque jour du terrain, et ils trouvaient un nouvel appui dans l'œuvre d'un des disciples les plus brillants de M. Ricord, dans le *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, où M. Diday élargissait de plus en plus les sources de la contagion syphilitique.

C'est alors que parurent les premiers travaux de M. Rollet. Mais, sans chercher à les suivre dans leur origine et leur développement, nous allons immédiatement exposer les faits principaux qui nous paraissent être la base de sa doctrine. Tous les adversaires de M. Ricord soutenaient la contagion des accidents secondaires; quelques-uns ne mettaient pas de limite à cette contagiosité et la voyaient jusque dans les restes obscurs d'une diathèse depuis longtemps éteinte. Mais à toutes ces opinions il ne manquait que des preuves; aussi, dans ses polémiques comme dans ses leçons, le satirique et spirituel orateur du Midi avait-il toujours les rieurs de son côté. M. Rollet, reprenant ce sujet avec l'esprit juste et droit qui le caractérise à un si haut degré, vit immédiatement le côté acceptable de la doctrine de M. Ricord, mais il reconnut aussi les arguments irréfutables de ses adversaires. Il observa que toute vérole commence par le chancre induré, mais il vit qu'un autre accident que le chancre induré pouvait donner la vérole. Des faits nombreux, dans lesquels il put saisir en flagrant délit l'agent infectant et le comparer au produit de l'infection, lui firent voir que des accidents secondaires, des plaques muqueuses par exemple, étaient susceptibles de transmettre la vérole, non pas une vérole commençant au degré où se trouve la source qui l'a fournie, mais une vérole complète commençant par le commencement, c'est-à-dire par le chancre induré. De ce fait capital, basé sur des observations nombreuses et soigneusement vérifiées, M. Rollet tira une foule de déductions du plus haut intérêt : interprétation des faits laissés jusqu'ici en dehors des explications rationnelles; applications nouvelles à l'hygiène et à la médecine légale; distinctions plus précises entre les espèces de chancre; détermination du temps de l'incubation; voilà tout autant de points sur lesquels M. Rollet répand une vive et féconde lumière.

Ainsi toute vérole commence par le chancre induré, c'est ce qu'avait dit depuis longtemps M. Ricord; mais tout chancre induré ne vient pas d'un chancre semblable; un accident secondaire peut le produire. C'est là le point fondamental de la nouvelle doctrine qui, en admettant que la vérole débute nécessairement par un chancre, reconnait en même temps la contagiosité des accidents secondaires. Cette doctrine fait concorder l'observation de M. Ricord avec les dogmes anciens que la tradition avait toujours conservés dans certaines écoles. Elle explique la première et confirme les seconds, et devient ainsi un trait d'union entre des théories réputées jusqu'alors inconciliables. Elle permet en même temps de réunir dans un ensemble harmonique beaucoup de faits qu'on ne savait où classer et pour lesquels on était réduit aux hypothèses les plus invraisemblables : le chancre céphalique, par exemple, cette exception si embarrassante pour les anciennes théories. On sait qu'à la tête le chancre vénérien est presque toujours induré et infectant; la plupart des syphilographes n'y ont vu que cette variété. A quoi tient cette malheureuse exception? Avec les doctrines de M. Rollet, tout s'explique et s'enchaîne. Le chancre de la bouche et des lèvres n'est le plus souvent, dit-il, que le ré-

Digitized by Google

sultat de la contagion d'un accident secondaire. Il est transmis généralement en dehors du coït ; dans les relations habituelles qui s'établissent entre des individus peu délicats sur le choix des objets mis en contact avec la langue ou les lèvres : pipe, cuiller, verre, etc., ou bien encore dans certaines pratiques industrielles.

M. Rollet l'a observé très fréquemment chez les souffleurs de verre. En confrontant les individus, il a pu reconnaître l'origine secondaire de l'accident primitif. S'il n'y avait que les rapports anormaux pour expliquer l'origine du chancre de la bouche, on devrait y trouver bon nombre de chancres simples, puisque ces derniers sont les plus fréquents aux parties génitales. A cela on pourrait répondre, avec M. Ricord, que le virus, par un caprice inexplicable, n'est pas susceptible de se développer dans ces régions. Mais, sur cette réponse, M. Rollet renvoie les partisans de M. Ricord à M. Ricord lui-même, qui, en 1838, avait inoculé dix chancres de la bouche ou de l'arrière-bouche. Or, des chancres qui s'inoculent au porteur que sont-ils, sinon des chancrelles ou chancres simples?

Mais, au sujet de cette inoculation au porteur, restait, après les travaux de M. Clerc et des plus récents élèves de M. Ricord, une exception qu'il s'agissait d'expliquer : six fois sur cent le chancre infectant est inoculable au sujet qui le porte. Pourquoi ? ont dû se demander les esprits rigoureux, ceux surtout qui, au lieu de trouver que l'exception confirme la loi, prétendent qu'elle la détruit. La recherche d'une explication a conduit M. Rollet à une théorie on ne peut plus acceptable, et à laquelle nous ne trouvons, pour notre part, aucune objection à adresser.

Voici son explication :

Ces six chancres sur cent, qui sont inoculables au porteur, ne cessent pas d'être des chancres infectants, mais ce sont aussi des chancres simples. Ils tiennent de l'un et de l'autre, et sont produits par le mélange des deux virus; aussi les appelle-t-il chancres mixtes. Et pour faire passer son hypothèse à l'état de vérité confirmée, M. Rollet a appelé à son aide l'expérimentation sur des chancres infectants, il a déposé du pus de chancre simple (*chancrelle* Diday), et le chancre infectant est alors devenu inoculable au porteur et a revêtu les caractères anatomiques que l'observation avait fait assigner au chancre mixte. Ce chancre mixte infectant, inoculable au porteur, ne s'inocule pas comme chancre syphilitique, il s'inocule comme chancre simple, et cette seconde inoculation est comme un moyen de séparer les deux virus que la lancette avait mêlés sur la surface du premier chancre. Mais, dans ce mélange, chaque virus n'en avait pas moins subi une évolution indépendante, distincte, et cette indépendance des virus malgré leur mélange artificiel, est encore plus nettement indiquée par le chancre vaccino-syphilitique, auquel M. Rollet consacre un chapitre spécial.

Dans un remarquable mémoire (*Arch. gén. de méd.*, 1859), un des élèves les plus distingués de M. Rollet, M. Viennois, avait recherché les faits de transmission de la syphilis par la vaccination, et il était arrivé à conclure que le vaccin pris sur des enfants syphilitiques donnait tantôt la vaccine seulement, et tantôt la vaccine suivie de syphilis, et que la cause de cette différence résidait seulement dans l'absence ou la présence du sang dans le liquide vaccinal. Or, dans les cas où l'inoculation de la syphilis se fait de cette manière, on peut suivre l'évolution distincte de ces deux maladies. La vaccine commence, et quand elle arrive à sa terminaison le chancre syphilitique qui a une incubation plus longue paraît à son tour.

Les faits sur lesquels repose cette théorie, et que M. Viennois a mis en relief dans son mémoire, impliquent nécessairement la propriété contagieuse du sang syphilitique. M. Rollet n'a pas essayé de le prouver expérimentalement, mais il a cru en trouver la preuve dans les observations de Wallace et de M. Gibert. Ces observations ne nous paraissent pas tout à fait aussi probantes, car on ne sait pas si l'on a inoculé seulement du sang, la matière à inoculer ayant été prise dans le voisinage des lésions syphilitiques. Du reste, ici M. Rollet a recours à une explication que nous ne saurions accepter. Il croit (p. 349) que le virus syphilitique est disséminé dans le sang, que le sang n'est pas contagieux dans toute sa masse, et que le virus habite de préférence certains globules ou d'autres éléments partiels de ce liquide.

Ce sont là des hypothèses, et, hâtons-nous d'ajouter, des hypothèses peu probables; si le sang est contagieux, et nous n'avons pas de raison pour le nier, bien que nous ne puissions pas invoquer des expériences rigoureuses pour l'admettre, il doit l'être partout; car partout il y a des globules et du sérum ; dans chaque gouttelette de sang on en rencontre tous les éléments. Que le virus fût détruit après le passage du sang dans certains appareils glandulaires, nous le comprendrions sans peine, mais dans les capillaires de la peau, là où l'ont puisé les expérimentateurs, nous ne pouvons pas nous rendre compte de cet isolement d'un virus au milieu d'un liquide constamment en mouvement, et dont l'unité de composition est chose presque nécessaire.

Indépendamment de ces questions fondamentales, M. Rollet en a traité un certain nombre d'autres dans lesquelles nous aurions plaisir et profit à le suivre si notre plume avait devant elle un champ illimité. Il y a d'abord celle de l'ancienneté de la vérole ; mais nous laissons à notre rédacteur en chef le soin de l'éclaircir. Plusieurs lames ont été rompues sur ce sujet dans nos colonnes, et nous n'avons pas de raison valable pour nous mêler personnellement à ce débat. Quant aux mémoires sur le rhumatisme blennorrhagique et le testicule syphilitique, ils ont été autrefois analysés dans ce journal, et celui qui a pour objet l'étude des rétrécissements commençants de l'urèthre y a paru en entier. Une question neuve et dont il n'a pas été parlé ici est celle de la relation de la vérole avec cette foule de maladies contagieuses décrites dans chaque pays sous un nom différent, telles que le sibbens, le mal de Sainte-Euphémie, le pian, le radezyge et le bouton d'Amboine, etc. M. Rollet, avec cet esprit judicieux qui le guide dans toutes ses recherches, a trouvé là matière à une remarquable étude. L'importance et la netteté de ses conclusions nous engagent à en reproduire quelques-unes, d'autant plus qu'elles nous permettront de rappeler les idées de l'auteur sur la pluralité des maladies vénériennes. Nous comblerons ainsi une lacune de notre analyse, et nous donnerons un résumé exact d'un des plus intéressants chapitres de l'ouvrage.

Les maladies décrites sous les noms de mal de Sainte-Euphémie, pian de Nérac, maladie de Chavanne-Lure, mal de Brunn, scherliero, facaldina, sibbens, radezyge, mal de la baie de Saint-Paul, boutons d'Amboine, pian, yaws ou frambœsia, ne sont pas autre chose que la syphilis.

Ces maladies, qui ont été ou sont encore endémo-épidémiques à Nérac, à Sainte-Euphémie, à Chavanne-Lure, à Brunn, dans les provinces illyriennes et sur les côtes de l'Adriatique, sur les côtes et dans les régions occidentales de l'Écosse, dans les pays scandinaves (Suède, Norvége, Jutland, Esthonie, etc.), dans le Canada, sur la côte occidentale de l'Afrique, dans les Antilles et l'Amérique du Sud, etc., ne sont pas autre chose que la syphilis, c'est vrai ; mais il faut l'entendre de la syphilis seule, sans coexistence avec la blennorrhagie ou le chancre simple et son dérivé, le bubon chancreux.

Comme la syphilis est une maladie beaucoup moins vénérienne que la blennorrhagie et le chancre simple, en ce sens qu'elle constitue une maladie générale non moins contagieuse à la période secondaire qu'à la période primitive, et qu'elle se transmet en dehors de tout rapport sexuel aussi bien que par le coït, il est bien naturel qu'on l'observe seule dans des localités peuplées d'habitants encore plus misérables que débauchés, et que quelques auteurs l'aient appelée dans ces pays la syphilis insontium.

D'un autre côté, dans des conditions spéciales tout opposées à celles où se trouve notre syphilis, c'est-à-dire dans un milieu bien différent de nos grands centres de population, où la sy-

Digitized by Google

philis coudoie la blennorrhagie et le chancre, et ne forme même au milieu de ces maladies qu'une faible minorité, il n'est pas étonnant que des médecins habitués à confondre sous un même nom toutes les maladies vénériennes aient décrit ces endémo-épidémies comme des maladies distinctes et sous des noms divers, le plus souvent empruntés au vulgaire. »

Voilà donc une foule de maladies jusqu'ici en dehors de nos cadres nosologiques, sans affinités naturelles bien reconnues ou du moins bien évidentes, ramenées à une espèce unique, à la faveur d'une connaissance plus approfondie des faits et d'une idée générale plus nette sur le mode de transmission des diverses affections contagieuses.

Nous terminerons ici le compte rendu de l'ouvrage de M. Rollet. Nous avons essayé d'en exposer les points fondamentaux, qui suffiront sans doute à démontrer à nos lecteurs que nous n'exagérons rien en leur faisant pressentir l'importance des questions que la nouvelle doctrine nous paraît avoir résolues ou est appelée à résoudre. Nous n'ajouterons qu'un mot sur la forme et le style de l'ouvrage. Bien que M. Rollet ait consacré des chapitres importants à certains accidents des maladies vénériennes et à la thérapeutique de ces affections, son livre n'est pas un traité descriptif et complet selon le langage classique: on pourrait, à ce point de vue, lui reprocher des omissions nombreuses et lui exprimer plus d'un regret; mais nous qui reconnaissons à tout auteur le droit de donner à son sujet les limites et la forme qu'il lui plaît, nous n'avons pas la pensée de lui en faire un reproche. La critique n'a qu'à accepter la discussion sur le terrain que l'auteur a choisi. Nous dirons plus, et nous féliciterons M. Rollet d'avoir passé sous silence des points sur lesquels il n'aurait eu rien de nouveau à nous apprendre. Son originalité y eût perdu, sinon en réalité, du moins en apparence, et le nombre de pages eût dû être démesurément augmenté.

Quant au style, l'auteur se tient toujours à la hauteur des questions scientifiques qu'il aborde; il a laissé de côté cette forme par trop leste et piquante dont on a un peu abusé en *syphilographie et qui n'est plus* dans nos mœurs médicales. Nous sommes loin de penser que la roideur et le pédantisme soient le cachet du bon style scientifique, et nous ririons volontiers avec Voltaire de ceux qui veulent mettre de l'éloquence dans l'anatomie; mais une forme à la fois élégante et sérieuse, claire et sans vulgarité, est ce qui convient le mieux aux sujets scientifiques, et le livre de M. Rollet est un modèle sous ce rapport.

OLLIER.

VI

VARIÉTÉS.

— On lit au Bulletin du *Moniteur* du 1er janvier : On se rappelle qu'au mois d'août dernier des cas de fièvre jaune se manifestèrent à Saint-Nazaire, et qu'un inspecteur général du service de santé, M. Mélier, fut envoyé sur les lieux par le département de l'agriculture et du commerce. Le département de la marine, sur les ordres de l'Empereur, fit diriger sur Saint-Nazaire trois bâtiments de l'État, qui prirent leur mouillage au large, et dont deux furent disposés en lazaret et en hôpital, pendant que le troisième était chargé de la police de la rade.

Cette tâche laborieuse a duré trois mois, pendant lesquels le service médical et hospitalier installé à bord de ces navires a été privé de toute communication avec la terre. Tous, officiers de santé de la marine, sœurs hospitalières, infirmiers maritimes, se sont voués avec un zèle admirable au service périlleux qui leur était confié, et leurs soins se sont étendus sur les malades de quinze navires suspects dont le déchargement a dû être effectué en rade.

C'est pour donner une marque de sa haute satisfaction à ceux qui se sont le plus particulièrement distingués dans un service où chacun a fait son devoir, que l'Empereur a daigné accorder les récompenses mentionnées aujourd'hui dans la partie officielle du *Moniteur*.

En outre, il a été décerné par le ministre de la marine et des colonies des témoignages de satisfaction à MM. Gestin et Guillemart, chirurgiens de 2e classe de la marine; une médaille d'honneur en or à la sœur Esther, et des médailles d'honneur en argent aux sœurs Saint-Benoît-Joseph et Berthulphe, qui appartiennent à l'hôpital maritime de Brest.

— Par décret du 11 décembre 1861, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, l'Empereur a bien voulu accorder, en récompense de leur dévouement pendant l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Saint-Nazaire :

1° La croix d'officier de la Légion d'honneur à M. Cestin (Robert-Héristel), chirurgien de 1re classe de la marine;

2° La croix de chevalier à M. Le Dantec, pharmacien de 2e classe;

3° La médaille militaire aux infirmiers maritimes Thuall et Lann.

— Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé mardi dernier. Le nombre des candidats inscrits était de 333. — 60 n'ont subi aucune épreuve ou se sont retirés devant l'épreuve orale ou l'épreuve écrite; les autres ont échoué dans leur concours. Parmi ces derniers, se trouvent quatre candidats auxquels le jury a cru devoir appliquer l'article du règlement qui exclut ceux qui modifient leur copie à la lecture.

Ont été nommés : MM. Bouchard, Louvet-Lamarre, Ledentu, Lannelongue, Faure, Henrot, Boullet, Magnan, Causit, Clémenceau, Perruchot, Lefebvre, Partenay, Paquet, Terrier, Bordier, Douenel, Guiraud, Lefeuvre, Materre, Hallepeau, Margerin, Blache, Bourdy, Posada, Ruck, Dusart, Vigier, Lesourd-Dussiples, Barbier, Meilhac, Penière, Perrin, Ragot, Morély, Villebrun, Augustin Dubois, Jolivet, Lecourtois, Alexis Martin, Padieu, Bouchereau, Savreux-Lachapelle, Boudard, Pujos, Larché, Bretheau, Jolly (Jacques), Lebreton, Lorda, Malhéné, Pauvert, Portella, Cougouroux, Baggio, Bec, Bonnet, Clipet, Boulland, Guillaume, Lotte, Tinarrage, Reynaud (Léon), Lamouroux, Périgault, Boucher, Kalendero, Richard, Tonnellier, Vaullegard, Vignard, Jaubert (Henry), Lescardé, Mauduit, Tholzon, Woelker, Épidammios, Fontaine, Moussier, Vasarhelyi, Brun, Leboucq, Pastré (Anatole), Besson, Bettromieux, Farjeaud, Farjou, Gerlier, Delpeat, Amabric, Meric, Georges, Mosiman, Taberlet, Calvani, Audhoui, Crauck, Lelavaysse, Monod, Tardit, Verdier, Zaepffel, Bessay, Ciuré, Geffroy, Gimbert, Goubert, Lambert, Lamy, Meuriot, Patay, Roques, Sanchez, Bourgeois, Champagnat, Cosseret, de Monchy, Garnier, Lacroix (Jean), Louvet, Magnié, Moreau (Joseph), Nottin, Peulevé, Hunin, Méplein, Morot (Pierre), Pastré Beloni, Regnard, Choyau, Delamare, Duplan, Jobert Léger, Lelong, Loubet, Moreau (Jules), Sorel, Verret, Villiers, Herluison, Cahierre, Calvo, Cassius, Deprez Crassier, Dupré (Eugène), Joly (Charles), Lavagne, Meuvret, Oziecki, Taillard, Stouls, Billoux, Chauvel (Henri), Chevaillier, Colas, Cros, Crouzet, Fourchet, Gondoin, Janvier, Macescu, Pilon, Zabloski, Andrieu, Bourneville, Dollez, Gouin, Lecouin, Lefrançois, Leguelinel de Lignerolles, Sockel, Bouchery, Douault, Houzé, Lévesque, Massy, Michellot, Neuville, de Mayjonnissas, Poissac, Groussin, Hue, Lordereau, Mollien, Berthelot, Coubard, Mongie, Planquette, Bouyer, Bachelot (Villeneuve), Dourlen, Duché, Grignon, Gautier, Destival, Gruzon, Martin (Jules), Petel, Goin (Mario), Raynaud (Alfred.)

— Les prix des internes ont été décernés comme suit :

Première division des internes. — Prix, médaille d'or, M. Delaunay; accessit, médaille d'argent, M. Fritz; mentions honorables, 1re *ex æquo*, MM. Fischer, Tillaux, Guenior; 2e mention honorable, *ex æquo*, MM. Lancereaux, Ferrand, Dujardin Beaumetz. — *Deuxième division des internes.* — Prix, médaille d'argent, M. Brouardel; accessit, des livres, M. Martineau; 1re mention honorable, MM. Cornil, Lallement; 2e mention honorable, MM. Gouraud, Dubuc.

— Le conseil général de la Seine a terminé sa session il y a quelques jours. Dans sa dernière séance, prenant en sérieuse considération les propositions de M. le préfet, relatives à la réforme et aux améliorations à opérer dans le service des aliénés du département de la Seine, il a prié ce magistrat de poursuivre les études auxquelles il s'est livré, et de lui présenter à sa prochaine session des projets et plans d'exécution en conformité avec les conclusions du remarquable rapport de M. le sénateur Ferdinand Barrot.

— Le conseil de salubrité de la ville de Paris vient de renouveler son bureau, M. Bouchardat a été nommé président, et M. Trébuchet a été maintenu dans les fonctions de secrétaire.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours au Collége de France le mercredi 8 janvier à midi et demi, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

— Par suite du dernier mouvement qui a eu lieu dans les services chirurgicaux, les fonctions de chirurgien de l'hôpital de Lourcine étaient vacantes; elles vont être remplies par M. Verneuil, chirurgien du Bureau central.

— La doctrine et la jurisprudence sont divisées sur la question de savoir si l'emploi du magnétisme peut être réputé manœuvre frauduleuse, persuadant une œuvre chimérique, et par conséquent constituant le délit d'escroquerie; la plupart des arrêts se prononcent pour la néga-

Digitized by Google

tive. Par un arrêt du 12 décembre 1861, la chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé qu'il y avait escroquerie lorsqu'il était établi que le sommeil magnétique était simulé.

La condamnation aux peines de l'escroquerie ne dispense pas le juge de prononcer pour le même fait les peines spéciales édictées contre la contravention d'exercice illégal. (Même arrêt.)

— Par arrêté du 12 décembre, M. Bouland, élève du service de santé militaire, a été nommé aide de chimie, physique et pharmacie près la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Cros, démissionnaire.

— Par arrêté du 13, M. Parisot, docteur en médecine, professeur suppléant à l'École préparatoire de Nancy, a été nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. le docteur Grandjean, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Desmarres vient de faire, à l'Association générale des médecins de France, un nouveau don de la somme de 500 francs.

— Les membres du bureau de la Société pharmaceutique de la Vienne ont adressé à monseigneur l'évêque de Poitiers une lettre dans laquelle, après avoir exposé les sacrifices que les jeunes gens sont obligés de faire pour acquérir le titre de pharmacien, la responsabilité qui pèse sur eux pendant l'exercice de la profession, etc., etc., ils le prient de faire cesser l'exercice de la pharmacie par les religieuses de son diocèse. Monseigneur l'évêque a immédiatement adressé à MM. les directeurs des congrégations religieuses et à MM. les curés de son diocèse une circulaire par laquelle il leur recommande de veiller à ce que les religieuses n'exercent ni la pharmacie, ni la médecine, ni la chirurgie.

(*Union pharmaceutique.*)

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Journaux.

Gazzetta medica italiana (provincie sardi). — N° 35. Histoire des maladies des os et des articulations, par *Larghi*. — 36. Maladies des os (suite). — 37. Tumeur veineuse guérie par la cautérisation, par *Larghi*. — 38. Kélotomie, par *Guazzaroni*. — 39. Sur les piqûres d'abeilles, par *F. C.* — 40. Adhésion spontanée, par *Guarazzoni*. — 41. Opérations sous-périostées, par *Gallo*. — 42. Opérations sous-périostées (suite). — 43. Opérations sous-périostées (suite).

Giornale delle Scienze Mediche della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino. — N° 16. Anévrysme de l'aorte, par *Montanari*. — Vaccination, par *Demarchi*. — 17. Cas de morve communiquée à l'homme, par *Demarchi*. — Anévrysme de l'aorte (suite). — 18. Deux cas de psychologie, par *Timermans*.

Il Filiatre Sebezio. — N° 369. Sur les maladies endémiques de Villamaina, par *Macchia*. — Traitement du tic douloureux, par *La Cava*.

Lo Sperimentale. — Tome VIII. Trachéotomie pour affection chronique du larynx, par *Marcacci*. — Pourquoi les fièvres intermittentes sont si communes à Jérusalem, par *Galli*. — De l'importance de l'expérimentation dans l'étude des luxations, par *Fabri*.

L'Imparziale. — N° 5. Fractures du crâne, par *Marcacci*. — 6. Fractures du crâne. — Fœtus mort quelques mois avant l'accouchement, par *Castallani*. — 7. Chronique scientifique sur le taxis et son importance, par *P. Lepri*. — 8. Plaie d'arme à feu; projectile retenu dans la poitrine, par *Paelli*. — Injection sous-épidermique de curare dans l'hydrophobie, par *Gualla*.

El Genio quirurgico. — N° 306. Tumeur squirrheuse du sein, par *Sans*. — Histoire de la découverte de la circulation. — 307. Apoplexie nerveuse. — 308. Réflexion sur le diagnostic d'un kyste sarcomateux, par *Gonzales Blanco*.

El Siglo medico. — N° 400. Action des cantharides dans la leuco-phlegmasie, par *Fernandez*. — 401. Formation de l'amygdaline. — 402. Action des eaux de Busot dans le traitement des affections traumatiques. — 403. Sur le parasitisme végétal, par *Garofalo*. — 404. Action morbifique de quelques cryptogames, par *Desmartis*. — Kyste hydatique développé dans l'épaisseur du bras. — 405. En quoi consiste l'ontologisme médical. — Luxation de la mâchoire supérieure. — 406. De l'acclimatation des Espagnols à Cuba. — 407. Eaux minérales d'Espagne.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 17. Méningite aiguë et fièvre intermittente. — Études sur le croup. — 18. Lettre à M. Marchal (de Calvi) sur le diabète. — 19. Études sur le croup (suite). — 20. Études sur le croup (suite).

Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa. — N° 9. De l'embolie. — Du diabète. — Considérations sur les maladies qui peuvent donner lieu mécaniquement à l'étranglement interne. — De la trachéotomie dans le croup. — 10. Considérations cliniques sur quelques affections de la moelle et du cerveau. — Théorie du professeur *Roser* sur la formation des hernies.

Annales de l'électricité médicale. — Nos 10 et 11.

Art dentaire. — N° 12. — 1861. — Nos 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7.

Annales médico-psychologiques. — 1861. — Janvier. La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale, par *Berthier*. — Étude médico-légale sur l'épilepsie, par *Legrand du Saulle*. — Observations de paralytiques condamnés pour vol, par *Sauze*. — Avril. De l'hydropisie ventriculaire chronique, par *Brunet*. — Responsabilité des aliénés, par *Belloc*.

Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses. — 1861. — Janvier. Épilepsie, par *Lélut* et *Berthier*. — Folie à double forme, par *Verron*. — Paralysie générale, par *Foville* et *Laffitte*. — Manie intermittente, par *Dagonet*. — Monomanie, par *Dagron*. — Manie avec délire des grandeurs, par *Baillarger*.

Archives générales de médecine. — 1861. — Février. Sur l'opération et la temporisation dans l'étranglement herniaire, par *Gosselin*. — Maladies de la peau, etc. (suite). — Contraction musculaire (suite). — Fractures du radius (fin). — Mars. Contraction musculaire (fin). — Maladies de la peau, etc. (fin). — Paralysies (fin). — Avril. Du double souffle intermittent crural comme signe de l'insuffisance aortique, par *Duroziez*. — Rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche, par *Gellé*. — État mental des épileptiques (suite). — De l'albuminurie scarlatineuse, par *Hamburger*. — Mai. De la congestion non inflammatoire du foie, par *Monneret*. — De la cataracte diabétique, par *Lécorché*. — Souffle crural (fin). — Déchirure capsulaire (fin). — Juin. Recherches sur l'emphysème pulmonaire infantile, par *Hervieux*. — Deux observations d'ataxie locomotrice progressive, par *Lecoq*. — Remarques sur le diagnostic des affections cérébrales, par *Griesinger*. — Cataracte diabétique (fin). — Juillet. Expérimentations physiologiques sur quelques préparations de digitale, par *Homolle*. — Considérations physiologiques sur l'éclairage, et applications à l'examen ophthalmoscopique, par *Janssen* et *Follin*. — Mémoire sur le colchique d'automne, par *Toulmouche*. — Emphysème pulmonaire (fin). — Cataracte diabétique (fin). — Août. Intoxication saturnine par la poussière de cristal chez des ouvrières travaillant à la contre-oxydation du fer, par *Archambault*. — Études statistiques sur l'opération césarienne, par *Pihan-Dufeillay*. — De la coxalgie chez le fœtus, par *Morel-Lavallée*. — De la chromhidrose, par *Béhier*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 mai. De la néphrite calculeuse dans les cas de rein unique (fin). — Du traitement de la phthisie pulmonaire (fin). — Amaurose dans l'albuminurie et dans le diabète, par *Deval*. — Hernies inguinales (suite). — 15 juin. De la diète sèche, par *Fonssagrives*. — Traitement du bubon, par *Guérin*.

Journal de médecine mentale. — Juin. De la sensibilité, par *Delasiauve*. — Formes mentales (suite). — Isolement des aliénés (suite). — Juillet. De l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux dans l'épilepsie, par *Duchesne* et *Bourneville*. — Sensibilité (suite). — Formes mentales (suite). — Isolement des aliénés (suite).

Livres.

De la dépense des aliénés assistés en France, et de la colonisation considérée comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie, par le docteur *Billod*. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

Recherches théoriques et expérimentales sur l'électricité, considérée au point de vue mécanique, par le docteur *Marié-Davy*. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

Zeitschrift fuer analytische Chemie (Journal de chimie analytique), publié par le docteur *C.-R. Fresenius*. Prix de l'abonnement. 12 fr.
Par la poste. 13 fr.

Ce journal paraîtra en quatre cahiers trimestriels. Le premier numéro (janvier 1862) a paru et sera envoyé aux personnes qui désireront en prendre connaissance.

On souscrit, pour la France, chez MM. Victor Masson et fils, à Paris.

Sur le chauffage au gaz dans les laboratoires de chimie, par *G. Chancel* et *E. Diacon*. In-8, avec une planche. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Traitement préventif du croup par le tannage, par *S.-F. Loiseau* (de Montmartre). In-8 de 16 pages. Paris, F. Savy. 75 c.

La médecine nouvelle, basée sur des principes de physique et de chimie transcendantales, et sur des expériences capitales qui font voir mécaniquement l'origine du principe de la vie, par *Louis Lucas*. Tome 1er. In-18 de 500 pages. Paris, F. Savy. 4 fr.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par le docteur *P.-F. da Costa Alvarenga*, traduit du portugais par le docteur *P. Garnier*. In-8. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Documents chirurgicaux du docteur Pierre Floret, rédigés par les docteurs *G.* et *Théodore Floret*. In-8 de 208 pages et 4 planches. Paris, F. Savy. 4 fr.

Agenda médical pour 1862, contenant : 1° *Memento-formulaire du praticien*, par le docteur *Alphée Cazenave*; 2° *Mémorial thérapeutique des maladies de la première enfance*, par le professeur *Trousseau*; 3° *Pratique obstétricale usuelle*, par le docteur *Pajot*; 4° *Résumé de pathologie et de thérapeutique syphilographiques*, par le docteur *P. Diday* (de Lyon); 5° *Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie*, par le docteur *O. Réveil*; 6° *Résumé pratique des eaux minérales*, par le docteur *Constantin James*; 7° la *liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens*, etc. Paris, Asselin. 1 fr. 75
Divisé en 3 cahiers et doré sur tranche. 3 fr.
Reliures diverses de 3 à 9 fr.

Compendium de chirurgie pratique, ou traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, par les docteurs *Denonvilliers* et *Gosselin*. 15e livraison. Paris, Asselin. 3 fr. 50

MM. les docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expirait le 31 décembre 1861 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de *vingt-quatre francs*, payable le 31 *janvier* 1862.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 10 JANVIER 1862. — N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Rapport à l'Empereur. — Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine. Emploi thérapeutique de l'eau . — Nouveau pessaire. — II. **Revue clinique.** Pathologie interne : Habitudes d'ivrognerie. — Affection générale aiguë à marche rapide. — Diminution considérable de la masse du sang avec déformation des globules, et présence d'une grande quantité de granulations moléculaires dans ce liquide. — Altération graisseuse du foie et du cœur. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie.** De l'épilepsie : ses symptômes, son traitement, ses rapports avec les autres affections convulsives chroniques. — Des affections épileptiques et convulsives du système nerveux, leur pathogénie et leur traitement. — De l'épilepsie et des attaques épileptiformes. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

PARTIE OFFICIELLE.

RAPPORT A L'EMPEREUR SUR LA RÉVISION DU CODEX.

Sire,

Par une sage prescription de la loi qui règle l'exercice de la pharmacie en France, un formulaire officiel, publié avec la sanction du gouvernement et d'après ses ordres, contient toutes les préparations *médicinales et pharmaceutiques qui* doivent et peuvent être tenues par les *pharmaciens. Ce formulaire* est le code imposé aux médecins et aux pharmaciens. En garantissant la santé publique contre les dangers de l'empirisme et les séductions trompeuses du charlatanisme, il est, à la fois, pour les praticiens, un guide certain, et, pour l'administration, un moyen assuré d'ordre et de surveillance. Mais pour qu'il remplisse ces conditions, il est nécessaire qu'il soit réellement au niveau de la science, qu'il en présente toujours le résumé fidèle, qu'il en constate et enregistre tous les progrès ; il faut, en un mot, qu'il soit la dernière expression de l'enseignement de nos écoles. C'est donc un ouvrage essentiellement progressif, appelé à subir, au moins à certains intervalles déterminés, une complète révision.

Le premier *Codex medicamentarius* qui ait été rédigé conformément aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, pour remplacer celui dont l'usage avait été ordonné par l'arrêt du parlement de Paris, du 23 juillet 1748, parut en 1818. Dix-sept ans après, par suite des découvertes importantes qui avaient agrandi le domaine de la chimie et de la thérapeutique, et donné une plus grande extension à la pharmacologie, l'insuffisance de ce formulaire et l'urgence d'une nouvelle édition devinrent manifestes. Sur un rapport du ministre de l'instruction publique, en date du 10 septembre 1835, le gouvernement ordonna la rédaction d'un nouveau Codex qui fut publié en 1837.

Les motifs qui, en 1835, nécessitèrent la révision du formulaire pharmaceutique se reproduisent aujourd'hui avec une nouvelle force. Dans la période des vingt-quatre années qui se sont écoulées, et surtout grâce à la haute et féconde impulsion donnée par Votre Majesté à toutes les recherches qui peuvent améliorer les conditions sociales, les sciences ont marché d'un pas rapide; la médecine et toutes les sciences accessoires qui contribuent à ses progrès se sont enrichies d'utiles découvertes. Des médicaments nouveaux, dont les avantages thérapeutiques sont démontrés par l'expérience, ont été introduits avec succès dans l'usage médical ; de nombreuses formules ont été publiées dans les journaux de médecine et de pharmacie. Ces médicaments, ces formules, attendent une sanction légale que l'insertion au Codex peut seule leur donner.

Pour certains médicaments nouveaux, il existe plusieurs formules. Tant que le Codex n'aura pas consacré l'une de ces formules à l'exclusion des autres, le pharmacien pourra faire entre elles un choix arbitraire, et le médecin ne sera pas assuré de trouver le même médicament identique dans toutes les officines. Enfin plusieurs perfectionnements ont été proposés pour la préparation des médicaments déjà inscrits au Codex ; ces perfectionnements ne pourront être mis à profit que lorsqu'ils auront pris place dans le nouveau formulaire officiel.

Le Codex de 1837 n'est donc plus en harmonie avec l'état de la science ; il ne suffit plus aux nécessités de la pratique médicale ; il n'offre plus à l'administration un contrôle assuré pour la police de la pharmacie et pour l'exécution des prescriptions de la loi de germinal en ce qui concerne la prohibition de la vente des remèdes secrets.

Il y a déjà longtemps que les effets de cette situation regrettable se font sentir. En 1850, Votre Majesté elle-même a dû y apporter au moins un palliatif par un décret qui autorise les pharmaciens à vendre librement, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex, les médicaments nouveaux reconnus utiles par l'Académie de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son Bulletin. Par cette mesure essentiellement transitoire, Votre Majesté a consacré à la fois, et l'insuffisance du Codex actuel, et la nécessité de procéder à sa complète révision.

Nous croyons donc, Sire, nous conformer aux intentions de Votre Majesté en lui demandant, au nom des intérêts de la science médicale et de la pharmacie, et en vue d'assurer les garanties que la surveillance de l'exercice de la pharmacie doit offrir à la santé publique, d'approuver la proposition que nous avons l'honneur de lui soumettre, de nommer une commission qui s'occuperait immédiatement de la rédaction d'un nouveau Codex pharmaceutique.

L'article 38 de la loi de germinal an XI exigeant que cette rédaction soit confiée à une réunion de professeurs des Écoles de médecine et de pharmacie, nous demandons à Votre Majesté l'autorisation de choisir, comme cela a eu lieu pour l'édition de 1837, les membres de la commission parmi les membres de l'Académie impériale de médecine qui appartiennent à l'enseignement de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie de Paris. Le choix ne peut se porter ainsi que sur les savants et les praticiens les mieux autorisés, et les plus capables de remplir la mission qui leur sera confiée, en élevant à l'art de guérir un monument digne de ceux qui honorent votre règne.

La publication du nouveau Codex n'entraînerait aucune dépense imputable sur les fonds de l'État, les frais divers de rédaction et d'édition devant être mis à la charge de l'éditeur avec lequel le ministère de l'instruction publique s'entendra à cet effet.

Nous avons l'honneur d'être, avec le plus profond respect,

Sire, De Votre Majesté,

Les très humbles et très obéissants serviteurs et fidèles sujets,

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,
E. ROUHER.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
ROULAND.

Approuvé : NAPOLÉON.

Palais de Fontainebleau, le 20 juin 1861.

Digitized by Google

Le ministre de l'instruction publique et des cultes :

Vu l'article 38 de la loi du 21 germinal an IX, ainsi conçu :

Le gouvernement chargera les professeurs des Écoles de médecine, réunis aux professeurs des Écoles de pharmacie, de rédiger un *Codex* ou *Formulaire* des préparations médicinales et pharmaceutiques qui devront être tenues par les pharmaciens....

Ce Codex ne pourra être publié qu'avec la sanction du gouvernement et d'après ses ordres ;

Vu le rapport à l'Empereur du 20 juin 1861,

Arrête :

Art. 1er. Une commission spéciale est formée près le ministère de l'instruction publique, à l'effet de s'occuper immédiatement de la révision du *Codex*, ou *Pharmacopée française*, publié en 1837 par le gouvernement, et pour préparer une nouvelle édition de cet ouvrage.

Art. 2. Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

M. Dumas, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général de l'enseignement supérieur, *président ;*

M. Grisolle, professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Regnault, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Wurtz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Bussy, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

M. Chatin, professeur de botanique rurale à l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

M. Guibourt, professeur d'histoire naturelle des médicaments à l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

M. Le Canu, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

M. Petit, chef de la division de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique ;

M. Mourier, chef du 2e bureau de la division de l'enseignement supérieur, *secrétaire.*

Fait à Paris, le 11 décembre 1861.

Rouland.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 décembre, ont été adjoints, avec voix consultative, à la commission spéciale chargée de la révision du Codex, MM. Robinet, Boudet et Gobley, membres de l'Académie impériale de médecine (section de pharmacie), et MM. Mayet et Mialhe, pharmaciens à Paris.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 9 janvier 1862.

Académie de médecine : EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'EAU PULVÉRISÉE. — NOUVEAU PESSAIRE.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été bien remplie, quoiqu'elle n'ait pas eu la destination annoncée, et que M. Renault, peu désireux de monter à la tribune à quatre heures et demie, ait dû demander la remise de la discussion à huitaine.

La question de l'emploi thérapeutique des poussières liquides, qui a donné lieu récemment à tant de communications académiques, de lettres ou de mémoires, et qui avait reçu, comme on sait, des expériences instituées sur les animaux et sur l'homme, des solutions contradictoires, a été l'objet d'un long rapport de M. Poggiale. Ce rapport consciencieux, lucide, judicieux, comme tous ceux qui émanent de ce zélé et savant académicien, nos lecteurs pourront l'apprécier; nous en reproduisons ci-après (p. 19) la partie principale, celle qui résume les études expérimentales de la commission et son jugement sur chacun des points controversés (1). M. Durand-Fardel, membre correspondant, a demandé la parole; mais la discussion a été renvoyée à une séance ultérieure. Nous verrons si les conclusions scientifiques du rapport seront contestées. Nous devons dire seulement aujourd'hui qu'elles sont tout à fait conformes à celles d'un rapport que M. Réveil a présenté, sur le même sujet, dans la dernière séance de la *Société d'hydrologie*.

— M. Poggiale descendu de la tribune, un rapport sur un nouveau pessaire a eu le pouvoir — qui le croirait? — de retenir sur les bancs l'assistance à moitié levée et ayant déjà le chapeau à la main. C'est que M. Robert a su exposer avec le sens d'un clinicien consommé une question de prothèse qui peut paraître assez vulgaire aux médecins de cabinet, mais qui est en réalité l'une des plus épineuses de la pratique. Si M. Grandcollot a imaginé, comme le pense le rapporteur, un pessaire qui relève et soutienne sans douleur la matrice précipitée entre les lèvres du vagin, qui puisse se prêter sans se déranger et sans blesser les parties à tous les mouvements de la femme, il a rendu un service notable et qu'il est juste de reconnaître. Que ce soit en termes mesurés, à la bonne heure! et M. Robert ne s'y est pas opposé; mais il ne faudrait pas non plus que la crainte de voir abuser d'une approbation de la compagnie aboutît à un déni de justice.

Ce service est-il réel? Rien de ce qu'ont dit MM. Depaul, Hervez de Chégoin et Malgaigne ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi. Avec le premier de ces honorables membres, nous croyons que, pour les simples abaissements de matrice, le mieux est de s'abstenir de tout appareil intra-vaginal et de s'en tenir à la pelote périnéale. Nous accordons au second que les pessaires à cuvette contiennent quelquefois très bien le prolapsus complet; nous ajoutons même que, comme lui,

(1) L'autre partie du rapport est consacrée à l'analyse critique des travaux présentés à l'Académie ou insérés dans les journaux. Ce sont les suivants :

1° *Travaux adressés à l'Académie :*

Note sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, par M. de Pietra-Santa. (Séance du 2 avril 1861.)

De la pulvérisation à Euzet-les-Bains, et ses effets thérapeutiques, par M. Auphan, médecin-inspecteur. (Séance du 30 avril 1861.)

De la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, par M. Demarquay. (Séance du 24 septembre 1861.)

Lettre sur la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, volatils, liquides et solides, dans les voies respiratoires, par M. Fournié. (Séance du 1er octobre 1861.)

Deuxième note sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, par M. de Pietra-Santa. (Séance du 8 octobre 1861.)

Note sur la température des liquides pulvérisés, par M. Demarquay. (Séance du 8 octobre 1861.)

Moyen de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée, par M. Tampier. (Séance du 15 octobre 1861.)

Quelques observations relatives à la pulvérisation, par M. Auphan. (Séance du 15 octobre 1861.)

Nouvelles expériences pour servir à la solution de cette question : L'eau pulvérisée pénètre-t-elle dans les bronches? par M. Auphan. (Séance du 29 octobre 1861.)

Théorie physiologique de la pénétration des poussières dans les voies respiratoires, par M. Sales-Girons. (Séance du 10 décembre 1861.)

De la pénétration dans les poumons des poussières liquides tenant en dissolution des médicaments, par M. Tavernier. (Séance du 10 décembre 1861.)

2° *Mémoires non adressés à l'Académie :*

Des effets de la respiration de l'eau minérale pulvérisée, par M. Briau. (*Gazette hebdomadaire* du 5 et du 12 avril 1861.)

De la pulvérisation des eaux minérales, par M. Champouillon. (*Gazette des hôpitaux* du 6 juin 1861.)

De la pulvérisation des liquides et de l'inhalation pulmonaire au point de vue thérapeutique, par M. Delore. (*Gazette médicale de Lyon* du 1er et du 16 septembre 1861.)

Mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, liquides, solides, dans les voies respiratoires, par M. Fournié. (Lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 16 septembre 1861.)

De l'inspiration et de la pénétration des liquides pulvérisés, par M. Moura-Bourouillou. (*Gazette des hôpitaux* du 24 octobre 1861.)

De la diète respiratoire, par M. Champouillon. (*Gazette des hôpitaux* du 31 octobre 1861.)

Plusieurs *Lettres* de MM. Sales-Girons, Pietra Santa, Fournié, Tampier, François et Filhol, insérées dans les journaux de médecine.

Digitized by Google

nous avons trouvé dans plusieurs cas les lèvres vaginales comme fermées au-dessous de pessaires altérés, encroûtés, qui avaient été oubliés pendant plusieurs années dans le vagin. Comme le troisième enfin, nous regrettons que l'appareil de M. Grandcollot soit un peu compliqué et vraisemblablement un peu cher. Mais il ne faut pas perdre de vue la vraie question, qui est celle ci : Dans des cas où le prolapsus n'avait pu être contenu par aucun des pessaires en usage, le nouveau pessaire a-t-il mieux réussi? Or, les observations relatées par M. Robert, dans lesquelles on voit les accidents cesser dès qu'on applique l'appareil et se reproduire dès qu'on l'enlève, sont très affirmatives à cet égard. Dès lors, ou il faut contester la valeur de ces faits, ou toute discussion devient superflue. Si les faits sont valables, l'appareil pourra n'être pas bon pour toutes les femmes, pour tous les prolapsus; mais il aura sa sphère d'application, il réussira là où d'autres auront échoué. N'est-ce pas déjà un assez grand avantage?

A. D.

RAPPORT DE M. POGGIALE SUR LA PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES.

.... Les médecins qui ont fait des recherches sur la pulvérisation des eaux minérales ne sont d'accord ni sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, ni sur le refroidissement qu'ils éprouvent, ni sur l'altération des eaux sulfureuses soumises à la pulvérisation, ni sur les effets thérapeutiques de la nouvelle méthode de M. Sales-Girons. Nous avions donc le devoir de faire de nouvelles recherches, de répéter les expériences, et de résoudre, autant que la science le permet aujourd'hui, les questions suivantes :

1° *Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?*

2° *Éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?*

3° *Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?*

4° *Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés?*

Nous allons examiner successivement chacune de ces questions.

1° *Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?*

La pénétration des liquides pulvérisés est la première question qu'il importe d'examiner, car s'il était démontré qu'ils ne pénètrent pas dans les voies aériennes, il faudrait renoncer tout de suite à la thérapeutique respiratoire de M. Sales-Girons, et l'étude des autres questions n'offrirait plus aucun intérêt.

Les observations cliniques et les considérations physiologiques ne suffisent pas pour arriver à une solution certaine, et il faut nécessairement pour cela avoir recours aux expériences sur l'homme et sur les animaux. Je me suis rendu à cet effet à la maison municipale de santé, où M. Demarquay a fait les expériences suivantes sous mes yeux, en présence de notre honorable collègue M. Gobley et de plusieurs personnes très recommandables par leur savoir.

Première série d'expériences. — On fait respirer à un lapin de l'eau pulvérisée, à l'aide de l'appareil de MM. Tirman et Mathieu, contenant 1 gramme de perchlorure de fer pour 100 grammes d'eau distillée. L'animal est placé à environ 30 centimètres de l'appareil pulvérisateur, et la gueule est modérément ouverte, au moyen d'une pince dilatatrice spéciale. On continue l'expérience pendant cinq minutes, en ayant le soin de donner à l'animal quelques instants de repos après chaque minute, puis on le sacrifie. On constate ensuite de la manière la plus évidente avec le cyanure jaune de potassium, et le fer et l'acide acétique, la présence du perchlorure de fer dans le larynx, la trachée, les bronches et les poumons. Partout, en effet, on remarque une coloration bleue due à la production du bleu de Prusse.

Dans d'autres expériences, on a obtenu des résultats identiques, et dans deux particulièrement le parenchyme pulmonaire a pris une coloration bleue très prononcée.

Je crois devoir rappeler ici que M. Briau lui-même a trouvé du perchlorure de fer dans les organes respiratoires de deux lapins qui avaient respiré, l'un pendant vingt-six minutes et l'autre pendant vingt minutes une solution pulvérisée de perchlorure de fer; il importe d'ajouter que la gueule de ces animaux n'était pas ouverte et qu'ils respiraient, par conséquent, par les narines.

On a exécuté des expériences semblables avec l'appareil de M. Sales-Girons, et les résultats ont été à peu près les mêmes.

Je crois devoir faire remarquer que l'on est exposé à commettre de nombreuses erreurs quand on se livre à des expériences sur la pulvérisation des liquides. Ces erreurs tiennent particulièrement :

1° A l'expérimentateur lui-même, qui peut manquer des connaissances nécessaires en chimie, en physique, en anatomie ;

2° Aux aides plus ou moins intelligents qui l'assistent ;

3° Aux instruments employés ;

4° Aux conditions dans lesquelles il se met ;

5° Aux animaux sur lesquels il opère.

Dans les expériences tentées sur les animaux vivants, on n'a pas assez tenu compte des différences d'organisation et des conditions anatomiques, et l'on a voulu appliquer rigoureusement à l'homme les résultats positifs ou négatifs que l'on avait obtenus en expérimentant sur diverses espèces animales, telles que les lapins, les chevreaux, les porcs, les chiens et les chevaux.

Deuxième série d'expériences. — Les expériences sur les animaux, et spécialement celles de M. Demarquay, ont été l'objet d'attaques assez vives. Ainsi on a critiqué les conditions particulières dans lesquelles se place cet habile chirurgien, et l'on a affirmé, comme nous l'avons indiqué, qu'on ne pouvait pas appliquer à l'homme les résultats obtenus sur les animaux.

Il était donc indispensable d'opérer directement sur l'homme pour arriver à une solution définitive. A cet effet, on a fait venir à la maison municipale de santé l'infirmière de Beaujon, qui, nous l'avons déjà dit, respire à l'aide d'une canule. Là, en présence de plusieurs personnes, on appliqua sur l'ouverture trachéale une bande de papier au perchlorure de fer que l'on recouvrit de plusieurs bandes de sparadrap et de serviettes. L'appareil pulvérisateur de M. Mathieu fut placé à environ 25 centimètres, et l'on projeta ensuite dans la bouche de cette femme de l'eau pulvérisée contenant 1 gramme d'acide tannique pour 100 grammes d'eau distillée. Au bout d'une minute environ on enleva le linge, les bandes de sparadrap et le papier, puis on introduisit dans la trachée, à l'aide d'une pince, une bande de papier imprégné de perchlorure de fer. Les deux premières expériences furent douteuses; on n'observa, en effet, sur le papier que quelques points colorés en brun. La troisième, au contraire, fut concluante. Le papier réactif se colora en noir, et l'on eut ainsi la preuve que la solution tannique avait pénétré dans les voies aériennes.

Cette expérience présente chez l'homme d'assez grandes difficultés. Ainsi, pour que la pénétration puisse s'effectuer facilement, il faut que la langue soit un peu avancée hors de la bouche et surtout abaissée ; le liquide pulvérisé ne pénètre pas si cet organe est appliqué contre la voûte palatine. Il faut également que le liquide employé puisse être reconnu par des réactions caractéristiques et faciles à saisir; aussi les sels de peroxyde de fer, l'acide tannique et le cyanure jaune de po-

Digitized by Google

tassium et de fer, conviennent-ils pour ce genre de recherches.

Chez la femme de Beaujon, les difficultés ont été encore plus grandes. En effet, son larynx étant rétréci, elle ne peut pas rester longtemps sans sa canule, et il est indispensable, pour le succès de l'expérience, que l'ouverture faite à la trachée soit parfaitement bouchée. Cette ouverture, qui est considérable, est située dans la région sous-hyoïdienne; les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont saillants, de sorte que cette région est très creuse. Il en résulte qu'il n'est pas facile de boucher complétement cet orifice. Dans les deux premières tentatives, la malade respirait par la fistule trachéale, et, par conséquent, l'eau pulvérisée projetée dans la bouche ne passait pas dans le larynx et dans les bronches, mais dans la troisième. M. Demarquay, ayant reconnu que les bandes de sparadrap avaient été écartées de l'ouverture trachéale et que l'air pénétrait facilement sous l'appareil, pressa celui-ci avec ses doigts, et immédiatement la pénétration du liquide pulvérisé eut lieu.

Ces circonstances expliquent l'insuccès de l'expérience de M. Fournié et les résultats douteux de nos deux premiers essais. Mais, si l'on tient compte de la difficulté de cette expérience, de sa courte durée, du défaut d'habitude de la malade pour la respiration des liquides pulvérisés et de la maladie du larynx, on est naturellement conduit à conclure que ce fait donne une grande force aux expériences exécutées sur les animaux.

M. Fournié a établi par des expériences ingénieuses que les poussières minérales solides peuvent pénétrer dans le poumon. En présence de ces résultats, il semblait difficile déjà de ne pas admettre, à priori, que les liquides pulvérisés puissent s'introduire dans les bronches; mais aujourd'hui l'expérience a prononcé.

En résumé, les expériences sur l'homme et sur les animaux, celles de MM. Moura-Bourouillou et Tavernier, les recherches de M. Fournié sur l'introduction des poussières dans les voies respiratoires, et les essais de M. Henry sur un lapin et un cochon ne laissent aucun doute sur la pénétration de l'eau pulvérisée.

2° *Les liquides pulvérisés éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?*

La question du refroidissement de l'eau pulvérisée, simple par elle-même, a été singulièrement compliquée par les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps et par les conséquences qu'on a voulu en tirer. Tous les observateurs s'accordent à accuser un abaissement de température, mais ils attribuent ce refroidissement, les uns, à la pulvérisation elle-même, d'autres à la vaporisation qui se fait à la surface de chaque particule d'eau pulvérisée, quelques-uns au changement d'état de l'air comprimé. On a même pensé que « l'eau chaude ou froide introduite dans le pulvérisateur sort toujours de cet appareil à 3 degrés au-dessous de la température de l'air ambiant », et M. le docteur Auphan, qui vous a adressé une note intéressante sur le refroidissement des liquides pulvérisés, a cru pouvoir formuler la loi générale suivante : « Quelle que soit la température de l'eau soumise à la pulvérisation, la poussière d'eau arrive à la zone respirable (15 à 20 centimètres du point d'émergence pour les petits appareils, et 40 à 50 centimètres pour les grands appareils) avec une température propre sinon égale, du moins très voisine de celle de l'air ambiant. »

Dans l'étude de cette question, il faut tenir compte avant tout de ce que l'on nomme *équilibre mobile de température*. En effet, les physiciens admettent que, quelle que soit la température de deux corps mis en présence, ils émettent constamment du calorique dans toutes les directions. Le corps le plus chaud émet plus de rayons calorifiques que l'autre, et doit par conséquent se refroidir. Le plus froid, au contraire, doit s'échauffer jusqu'au moment où la température est la même des deux côtés. Si ces deux corps se trouvent en contact, l'équilibre peut s'établir par conductibilité, mais il peut aussi se produire à distance par le rayonnement ou par l'air. La quantité de chaleur perdue ou absorbée dans une seconde est d'autant plus grande que la différence de température est plus considérable, lorsque les différences de température ne dépassent pas 15 à 20 degrés, suivant les recherches de Dulong et Petit.

Si l'on applique ces notions élémentaires à la pulvérisation de l'eau, on voit que toutes les fois que l'on introduit dans l'appareil pulvérisateur de l'eau à une température plus élevée que celle de l'air ambiant, elle doit se refroidir en sortant de l'appareil. Si, au contraire, l'eau est plus froide, elle doit se réchauffer par la pulvérisation. C'est ce que démontre l'expérience.

L'évaporation d'une partie de l'eau pulvérisée doit abaisser sa température; mais le refroidissement sera plus ou moins considérable, suivant la pression barométrique, l'état hygrométrique et la température de l'air ambiant, l'étendue de la surface d'évaporation, le renouvellement de l'air, etc.

Le changement d'état de l'air comprimé est une nouvelle cause de refroidissement. On sait que, lorsqu'on comprime les gaz, comme dans l'expérience du *briquet à air*, le dégagement de chaleur est considérable et qu'au contraire la raréfaction d'un gaz est accompagnée d'un abaissement de température. On le prouve par les deux expériences suivantes :

1° On met un thermomètre très sensible, celui de Bréguet par exemple, sous le récipient de la machine pneumatique, et on fait le vide. A chaque coup de piston, la température s'abaisse.

2° On prend deux ballons fermés contenant de l'eau à des températures différentes et mis en communication au moyen d'un tube recourbé muni d'un robinet. Supposons que l'un des ballons contienne de l'eau à zéro et l'autre de l'eau à 100 degrés. Si le robinet est fermé, la tension dans les deux ballons correspondra à la température de chacun d'eux, si on établit, au contraire, la communication, la vapeur de l'eau chauffée à 100 degrés se précipite dans l'autre ballon, s'y condense à l'instant, et la tension dans les deux ballons ne correspond plus qu'à zéro.

Il se passe dans les appareils pulvérisateurs, et notamment dans celui de M. Mathieu, un phénomène qui a la plus grande analogie avec ceux que je viens d'indiquer. En effet, l'air est soumis dans le récipient à une pression de deux, trois ou quatre atmosphères; il s'y condense, et s'échauffe par conséquent. Mais lorsqu'on ouvre le robinet, il sort de l'appareil avec une vitesse plus ou moins considérable, se dilate, et par conséquent se refroidit. Or, ce changement d'état ne peut s'opérer qu'aux dépens de la chaleur de l'air ambiant, et surtout de l'eau pulvérisée.

Ainsi, le refroidissement de l'eau pulvérisée est dû à des causes variables et ne saurait être soumis à aucune règle fixe. Quand on veut se livrer à ces expériences, il importe donc de tenir compte des faits que je viens de mentionner et de s'entourer de toutes les précautions propres à éviter les erreurs. On arrivera alors à des résultats exacts pour des cas déterminés; mais il serait peu conforme aux principes de la science de rechercher la loi générale du refroidissement des liquides pulvérisés.

J'ai déterminé, par les expériences suivantes, le refroidissement qu'éprouve l'eau pulvérisée en sortant des appareils portatifs de MM. Sales-Girons et Mathieu :

1° On a introduit dans l'appareil de M. Mathieu de l'eau à la température de 49 degrés; on a ouvert le robinet, puis on a plongé pendant une minute, à 30 centimètres de distance, un thermomètre sensible dans l'eau pulvérisée. La température de la chambre étant de 16 degrés, celle de l'eau pulvérisée a oscillé, dans plusieurs expériences, entre 12 et 16 degrés.

2° On a répété l'expérience précédente en plaçant le thermomètre à 10 centimètres de distance, et la température de la chambre étant de 16 degrés, celle de l'eau pulvérisée s'est élevée à 18 degrés.

Digitized by Google

3° On a introduit dans l'appareil de l'eau à 3°,1, et elle en est sortie avec une température de 13 degrés à 30 centimètres de distance, et de 12 degrés à 10 centimètres.

4° On a obtenu, avec l'appareil de M. Charrière, des résultats à peu près semblables. Ainsi, la température de l'eau étant de 45 à 50 degrés, celle de la chambre de 15 à 16 degrés, on a constaté que le thermomètre marquait 16 degrés en moyenne dans l'eau pulvérisée, à 20 centimètres de distance.

Il est donc incontestable que les eaux minérales peuvent éprouver un refroidissement considérable par la pulvérisation; mais je crois devoir rappeler encore qu'il n'existe pas pour cela de loi générale, et que, dans ce genre d'expériences, il faut toujours indiquer les conditions dans lesquelles on se place. Il importe aussi d'ajouter que, lorsqu'on plonge la boule d'un thermomètre dans un mélange d'air et d'eau pulvérisée, on n'a pas exactement la température de celle-ci.

Nous regrettons de n'avoir pu faire encore aucune expérience dans les salles de respiration, mais on doit y observer des phénomènes analogues. M. de Pietra-Santa a vu d'ailleurs qu'aux Eaux-Bonnes l'eau chauffée à 45 degrés parvient au point de pulvérisation avec une température de 30 à 31 degrés. Dès qu'elle est brisée, elle n'a plus que 18 degrés à quelques centimètres de distance. « Voilà donc, dit ce médecin, un phénomène de la plus grande importance : par le seul fait de son extrême division, l'eau minérale de Bonnes éprouve une perte considérable de chaleur; de 31 degrés elle descend à 18. »

Avant de terminer cette partie de notre rapport, il convient de rappeler que M. Tampier a indiqué dans une lettre adressée à l'Académie le moyen qu'il emploie de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée. Ce moyen consiste à la faire arriver dans un espace confiné, tel que l'hydrofère, dont la température soit supérieure à celle de l'eau, et dont la saturation par de la vapeur d'eau soit complète. Une expérience faite rue Taranne, le 12 novembre dernier, a donné les résultats suivants :

Température de la boîte	32°,0 centig.
— de l'eau	31°,5
— du bain après 15 minutes	31°,5
— du bain après 30 minutes	31°,0

Il faut donc, pour éviter le refroidissement dans les salles de respiration, que l'air soit saturé de vapeur d'eau, ce qui doit avoir lieu constamment, et que sa température soit un peu plus élevée que celle de l'eau que l'on veut pulvériser.

3° Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?

Toutes les personnes qui se sont livrées à l'étude des eaux sulfureuses savent qu'elles sont très altérables, et qu'il suffit souvent de les laisser quinze ou vingt minutes au contact de l'air pour diminuer leur sulfuration d'une manière notable. Ainsi, dans une série d'expériences faites à Amélie, j'ai fait préparer des bains dans des baignoires découvertes, j'en ai pris le degré sulfhydrométrique de quart d'heure en quart d'heure, et j'ai observé qu'au bout d'une heure l'eau avait perdu plus de 50 pour 100 de ses principes sulfureux. Mais rien ne prouve mieux l'action oxydante de l'air sur les éléments sulfureux que ce que nous avons observé, il y a quelques années, à l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains.

Les eaux qui alimentent ce magnifique établissement arrivaient dans les baignoires presque entièrement désulfurées. Une commission dont faisaient partie nos savants collègues MM. Mêlier et Michel Lévy, fut chargée d'étudier les causes de l'altération de ces eaux, et sur sa demande le ministre de la guerre arrêta que M. François et moi nous nous rendrions sur les lieux, afin d'étudier les causes qui déterminaient la destruction du principe sulfureux et les moyens les plus propres à en assurer la conservation.

Je reconnus par un grand nombre d'expériences, en allant de la source vers les lieux d'emploi, qu'au griffon la quantité de sulfure de sodium était de 0gr,0147, que la sulfuration diminuait à mesure qu'on s'éloignait de la source, et qu'elle n'était plus que de 2 milligrammes de sulfure de sodium dans les piscines et dans les bains : aussi l'eau n'avait-elle plus ni l'odeur ni la saveur qu'elle possède à la source. L'air était la seule cause de la destruction du sulfure de sodium ; l'eau ne remplissait pas entièrement la conduite de bois, et arrivait à l'hôpital après un parcours de 580 mètres. Elle éprouvait ainsi un battage considérable, les surfaces se multipliaient par conséquent, et l'altération des composés sulfureux devait être profonde.

Nous proposâmes d'empêcher d'une manière absolue la pénétration de l'air dans les conduits, et de fonctionner constamment en tuyaux pleins. Ce travail fut exécuté sous l'habile direction de M. François, et l'on eut la satisfaction de constater après les travaux que la conservation des principes sulfureux était presque complète. On trouva, en effet, 0gr,0144 de sulfure de sodium au lieu de 0gr,0147.

Le fait de la désulfuration des eaux minérales au contact de l'air, de la destruction de l'acide sulfhydrique et de la conversion du sulfure de sodium en hyposulfite, sulfite et sulfate de soude, est donc connu depuis longtemps ; mais MM. Réveil et de Pietra-Santa ont particulièrement appelé l'attention des médecins sur la désulfuration des eaux minérales pulvérisées. Ce dernier ayant observé aux Eaux-Bonnes que l'acétate de plomb et l'azotate d'argent donnaient avec l'eau pulvérisée des précipités beaucoup moins colorés qu'avec l'eau prise à la source, recueillit avec soin de l'eau dans la salle de pulvérisation, puisa de l'eau à la source, et me pria d'en faire l'analyse. On trouva par un essai sulfhydrométrique 0gr,0235 dans l'eau de la source, et 0gr,0004 dans l'eau pulvérisée. Celle-ci ne contenait donc plus que des traces de sulfure de sodium.

On fit une autre expérience avec de l'eau de Bonnes pulvérisée au moyen de l'appareil de M. Sales-Girons, et l'on trouva pour un litre, dans l'eau pulvérisée, 0gr,005 de sulfure de sodium, tandis que la même eau non pulvérisée en contenait 0gr,024. L'eau pulvérisée était reçue dans un vase de verre, et l'on ne procédait à l'essai sulfhydrométrique que lorsqu'on avait recueilli une quantité suffisante d'eau.

J'ai fait depuis plusieurs essais sulfhydrométriques sur d'autres eaux minérales, et voici quels sont les résultats que j'ai obtenus, en me plaçant, comme M. Filhol et d'autres chimistes, dans les conditions que je viens d'indiquer :

Eau de Labassère.

Avant la pulvérisation	0,021
Après la pulvérisation	0,005
Perte	0,016

Eau de Baréges.

Avant la pulvérisation	0,025
Après la pulvérisation	0,027
Perte	0,018

D'autres observateurs très connus de l'Académie avaient reconnu que les eaux sulfureuses perdent une proportion considérable de sulfure de sodium par la pulvérisation. Ainsi, d'après M. Filhol, l'eau de Cauterets perd 50 pour 100 de ses principes sulfureux, et il résulte des essais sulfhydrométriques faits par MM. Bonjean (de Chambéry) et François dans la salle d'inhalation de Marlioz, que cette eau, par le seul fait de son brisement en gerbe contre un disque conique, a perdu, dans un temps très court (celui du choc et de la chute), tout son hydrogène sulfuré libre ou combiné. L'augmentation de l'hyposulfite a été très marquée. Après le choc sur le disque conique, le titre sulfhydrométrique se rapportant, soit au sulfure, soit au gaz libre, était nul.

Il résulte de ces expériences que, lorsqu'on recueille de l'eau pulvérisée dans un vase, et qu'on la soumet ensuite à l'ana-

Digitized by Google

lyse sulfhydrométrique, la diminution des principes sulfureux est considérable, mais nous avons déjà montré avec quelle rapidité les eaux sulfureuses s'altèrent au contact de l'air. Par conséquent les résultats que la science possède ne sont pas exacts, et l'on ne peut espérer de bien connaître la proportion des principes sulfureux qui restent dans l'eau pulvérisée qu'en la recevant, au moment où elle se dépose, dans un liquide titré.

On a employé pour atteindre ce but la sulfhydrométrie renversée, recommandée par M. Filhol. A cet effet, on a dosé par un essai sulfhydrométrique les principes sulfureux contenus dans l'eau minérale avant la pulvérisation, on a ajouté ensuite à un volume connu d'eau amidonnée le même volume de teinture d'iode employé dans l'essai précédent, puis on a reçu le brouillard d'eau pulvérisée dans la solution d'iodure d'amidon. Lorsque cette dissolution était décolorée, on la mesurait exactement, et l'on trouvait ainsi la qualité de sulfure de sodium ou d'acide sulfhydrique. Cette solution était placée à 30 centimètres de distance de l'appareil pulvérisateur.

Voici les essais que j'ai exécutés avec le concours actif et intelligent de M. Lambert, pharmacien aide-major de première classe au Val-de-Grâce.

Solution d'acide sulfhydrique pulvérisée avec l'appareil de M. Mathieu.

		Acide sulfhydrique pour 1 litre.
	Avant la pulvérisation	0,0135
	Après la pulvérisation	0,0084
	Perte	0,0051

EAU D'ENGHIEN (1).

Appareil de M. Mathieu.

1re *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0250
	Après la pulvérisation	0,0073
	Perte	0,0177
2e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0240
	Après la pulvérisation	0,0090
	Perte	0,0153

Appareil de M. Sales-Girons.

3e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0250
	Après la pulvérisation	0,0093
	Perte	0,0157

EAUX BONNES.

Appareil de M. Mathieu.

		Sulfure de sodium pour 1 litre.
1re *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0084
	Après la pulvérisation	0,0068
	Perte	0,0016

Appareil de M. Sales-Girons.

2e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0087
	Après la pulvérisation	0,0079
	Perte	0,0008

EAU DE BARÉGES.

Appareil de M. Mathieu.

1re *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0121
	Après la pulvérisation	0,0119
	Perte	0,0002
2e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0121
	Après la pulvérisation	0,0119
	Perte	0,0002

Appareil de M. Sales-Girons.

3e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0114
	Après la pulvérisation	0,0114
	Perte	0,0000

(1) Cette eau et les suivantes ont été fournies par M. Blondeau.

EAU DE CAUTERETS.

Appareil de M. Mathieu.

		Sulfure de sodium pour 1 litre.
1re *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0094
	Après la pulvérisation	0,0092
	Perte	0,0002

Appareil de M. Sales-Girons.

2e *exp.*	Avant la pulvérisation	0,0100
	Après la pulvérisation	0,0098
	Perte	0,0002

EAU DE LABASSÈRE.

Appareil de M. Sales-Girons.

Avant la pulvérisation	0,0189
Après la pulvérisation	0,0189
Perte	0,0000

On a recueilli l'eau pulvérisée à 60 centimètres de l'appareil pulvérisateur et les résultats ont été à peu près les mêmes.

Quelques expériences exécutées avec M. Réveil à l'hydrofère de la rue Taranne ont fourni des résultats qui ne s'éloignent pas trop des précédents. Je ferai observer cependant que la température du bain étant de 30 à 32 degrés, une certaine quantité d'iode se volatilise. Pour avoir des indications exactes, il faut opérer à la température ordinaire.

Il est utile de faire remarquer que l'eau pulvérisée se concentre par l'évaporation et que l'iodure d'amidon laisse dégager des traces d'iode pendant l'opération. Bien que ces deux circonstances ne puissent pas exercer une influence sensible sur les résultats de l'analyse, il est bon de les noter.

Il résulte des expériences précédentes :

1° Que la solution d'acide sulfhydrique perd par la pulvérisation une portion notable de ce gaz, même quand elle est peu concentrée ; mais cette perte est due en partie au dégagement de l'acide sulfhydrique dans l'air ambiant ;

2° Que l'eau d'Enghien et probablement toutes les eaux qui contiennent de l'acide sulfhydrique perdent, en moyenne, 60 pour 100 de ce principe sulfureux ;

3° Que les eaux qui renferment du sulfure de sodium, comme celles des Pyrénées, ne sont point altérées, ou n'éprouvent qu'une légère altération par la pulvérisation;

4° Que la diminution du principe sulfureux paraît être moindre avec l'appareil de M. Sales-Girons qu'avec celui de M. Mathieu.

Ces conclusions sont-elles entièrement applicables aux salles de respiration? Nous ne le pensons pas. En effet, la pulvérisation se fait là dans des conditions différentes. L'appareil est alimenté par une pompe aspirante et refoulante, qui puise l'eau dans un réservoir, au contact de l'air; la source se trouve parfois à une distance assez considérable de la salle de respiration; la température de l'eau minérale est ordinairement élevée à 45 ou 50 degrés, et l'eau pulvérisée reste longtemps exposée à l'air de la salle.

Si l'on ajoute à ces considérations que l'air des salles de respiration contient moins d'oxygène, qu'il peut pénétrer dans les tuyaux qui amènent l'eau et dans les appareils de pulvérisation, on devra admettre que dans ces salles la désulfuration est plus grande que lorsqu'on opère avec les appareils portatifs. Aussi M. de Pietra-Santa a-t-il observé qu'aux Eaux-Bonnes l'acétate de plomb et l'azotate d'argent donnent avec l'eau pulvérisée des précipités moins colorés qu'avec l'eau minérale puisée à la source.

Cependant, si l'eau de la source arrive jusqu'aux appareils en *tuyaux pleins et sans air*, la perte des principes sulfureux ne doit pas être plus considérable, à la même distance des robinets, dans les salles de respiration qu'avec les appareils portatifs. L'expérience d'Amélie-les-Bains, que nous avons rapportée, ne laisse aucun doute sur ce point.

Digitized by Google

1° *Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés?*

Les questions relatives à la pénétration, au refroidissement et à la désulfuration nous paraissent résolues d'une manière très satisfaisante. Il n'en est pas de même des effets thérapeutiques des liquides pulvérisés. Les mémoires qui vous ont été adressés, et que je vais résumer en quelques mots, contiennent à cet égard les opinions les plus contradictoires. Ainsi MM. de Pietra-Santa, Briau, Champouillon et Fournié nient d'une manière formelle l'efficacité des eaux minérales pulvérisées, tandis que MM. Sales-Girons, Auphan et Demarquay affirment que cette médication a donné les meilleurs résultats.

Suivant M. de Pietra-Santa, la pulvérisation serait, dans les salles de respiration, la cause de nombreux accidents, tels que des céphalalgies, des syncopes, des rhumes, et il n'est nullement disposé à faire remonter à cette méthode thérapeutique les bénéfices d'un traitement dû à l'eau minérale elle-même.

M. Briau a fait suivre aux Eaux-Bonnes ce traitement à 49 malades, qui l'ont supporté parfaitement; une jeune femme seulement s'est trouvée mal dans la chambre même de respiration. Sur ces 49 malades, deux lui ont paru éprouver des effets non équivoques de la respiration de l'eau minérale pulvérisée; ils étaient atteints de plaques syphilitiques à la gorge.

Dans les affections siégeant au pharynx et au larynx, M. Briau n'a observé d'autres effets que ceux produits habituellement par l'eau minérale en boisson, en gargarismes ou en bains. Chez les malades atteints de quelque lésion des voies respiratoires, il n'a remarqué absolument aucun effet qu'on pût attribuer à la respiration de l'eau pulvérisée. Aussi M. Briau a-t-il la conviction que la poussière d'eau ne pénètre ni dans les bronches, ni dans la trachée, ni même dans le larynx. Mais nous avons vu que cette affirmation n'est pas fondée.

De l'analyse des faits qu'il a observés, il résulte pour M. Briau que les observations cliniques conduisent à la négation des effets thérapeutiques des liquides minéraux pulvérisés dans les affections bronchiques et pulmonaires.

M. le professeur Champouillon a combattu énergiquement dans quelques articles les applications thérapeutiques qu'on a voulu faire des liquides pulvérisés. Il pense, comme MM. Briau et de Pietra-Santa, qu'ils ne pénètrent pas dans les voies aériennes et que l'on doit, par conséquent, proscrire cette médication d'une manière absolue.

M. Delore ne croit pas que la méthode de l'inhalation pulmonaire ait tenu ses promesses comme médication locale. Bien peu de substances, même les plus volatiles, dit-il, doivent pénétrer jusqu'aux dernières ramifications bronchiques.

MM. Sales-Girons, Auphan et Demarquay déclarent, au contraire, qu'ils ont employé avec succès les eaux minérales et les liquides médicamenteux pulvérisés dans les affections chroniques des voies respiratoires. Ainsi, M. Sales-Girons a publié un grand nombre d'observations de laryngite granuleuse, de tuberculisation avec hémoptysies, de bronchite capillaire, de catarrhe des bronches, d'aphonie, d'affection laryngée, etc., dont il aurait obtenu la guérison ou l'amélioration par l'eau sulfureuse pulvérisée.

M. Auphan a étudié pendant deux années les effets de l'eau pulvérisée sur l'organisme sain ou malade, et voici les conclusions qui découlent des faits relatés dans son mémoire :

1° Les inhalations minérales convenablement pratiquées sont d'une grande ressource dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire ;

2° La méthode qui consiste à faire respirer les eaux minérales à l'état de poussière selon le procédé de M. Sales-Girons, est appelée dans certains cas à rendre de grands services ;

3° L'eau pulvérisée est employée très utilement contre les angines et les laryngites chroniques, les hépatisations pulmonaires sans complications de tubercules, etc.

M. Demarquay et l'un des membres les plus distingués de l'Académie, M. Trousseau, emploient depuis assez longtemps les liquides médicamenteux pulvérisés dans le traitement des maladies chroniques du pharynx et du larynx, et ils déclarent avoir obtenu, à l'aide de cette médication, des résultats heureux.

Enfin notre savant collègue M. Patissier a exprimé l'espoir « que cette médication se perfectionnera, grandira et sera un jour acceptée par tous les thérapeutistes comme le remède le plus efficace contre les maladies chroniques de la poitrine. »

On voit que les salles de respiration sont considérées, par les uns, comme un moyen puissant dans le traitement des maladies de poitrine, et, par les autres, comme nuisibles dans la plupart des cas. Il y a donc une grande incertitude sur les effets thérapeutiques des eaux minérales pulvérisées. De nouvelles recherches, des faits bien observés par des médecins autorisés, sont nécessaires pour que la commission des eaux minérales et l'Académie puissent se prononcer sur cette importante question.

Enfin la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remerciments à MM. Auphan, Demarquay, Fournié, de Pietra-Santa, Sales-Girons, Tampier et Tavernier.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Habitudes d'ivrognerie. — Affection générale aiguë a marche rapide. — Diminution considérable de la masse du sang avec déformation des globules et présence d'une grande quantité de granulations moléculaires dans ce liquide. — Altération graisseuse du foie et du cœur, par le docteur L. Dumenil, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen, et Georges Pouchet, interne des hôpitaux.

Obs. — *Hospice général de Rouen, salle Saint-Joseph, n° 20, service de M. Gressent.* — Le nommé Dégremont (Paul), âgé de quarante-deux ans, fossoyeur, de bonne constitution et de bonne santé habituelle, entra le 28 mars 1860 pour des douleurs dans les membres inférieurs qu'il éprouvait depuis une quinzaine de jours seulement. La carte portait au motif de l'admission : névralgie sciatique. Il fut traité pendant les premiers jours par les bains de vapeur, et ne présenta rien qui appelât particulièrement l'attention. Nous apprîmes depuis que cet homme était buveur.

Quelques jours après son entrée, on observa un peu d'œdème aux extrémités inférieures, coïncidant avec une pâleur générale remarquable. Le pouls était à 90. Il n'existait pas de douleur dans les régions lombaires, et les urines ne contenaient pas d'albumine ; on ne trouvait non plus, du côté du cœur, rien qui pût expliquer l'œdème. Absence de vomissements et de diarrhée ; rien du côté des organes respiratoires ; intelligence très nette.

10 avril. — Depuis un jour ou deux on remarque sur la pâleur générale une légère teinte ictérique. Le malade se plaint de douleurs vers l'épigastre ; il a eu des frissons la nuit précédente. L'épigastre est sensible à la pression, et présente une rénitence qui s'étend à l'hypochondre droit, où la sensibilité est moindre que vers la ligne médiane. La percussion donne une matité qui remonte à un travers de doigt au-dessous du mamelon droit, et descend à 4 centimètres au-dessous du rebord costal. On ne peut sentir distinctement le bord du foie. Dans l'hypochondre gauche, la matité splénique est aussi un peu plus étendue qu'à l'état normal. Un peu de matité à la base des deux poumons, en arrière. La percussion de la région précordiale ne révèle rien de particulier. Souffle doux au premier bruit du cœur à la base, limité à un espace de 2 centimètres carrés à peu près. Bruits un peu sourds vers la pointe. A la base des poumons, en arrière, râles muqueux avec respiration un peu soufflante et un peu de retentissement de la voix. Pouls à 100-104, assez développé, régulier ; peau chaude. (Cataplasmes de cigue ; eau de Vichy.)

11. — Depuis la veille il existe dans l'épaule droite une douleur assez vive ; la sensibilité et la rénitence de l'épigastre et de l'hypochondre droit persistent ; la teinte ictérique est un peu plus prononcée ; les urines sont foncées, et présentent un léger reflet verdâtre ; l'acide nitrique n'en change pas la couleur, et n'y détermine aucun précipité ; les frissons se sont renouvelés ; le souffle cardiaque est le même ; pas de vomissements ou de diarrhée ; intelligence très nette ; réponses très précises ; sueurs abondantes.

Digitized by Google

12. — Persistance de la douleur à l'épaule droite; le frisson s'est renouvelé. Le malade est beaucoup plus abattu, sans que cependant l'intelligence soit troublée. L'épigastre reste sensible à la pression. Les battements du cœur sont très forts, très visibles immédiatement au-dessous et en dedans du mamelon. Les carotides présentent des pulsations très visibles; le souffle cardiaque est très fort à la base, mais il conserve son caractère doux. Le pouls est à 104, régulier; la peau est chaude. Légère matité à la base des deux poumons, avec souffle et retentissement de la voix dans une faible étendue. La teinte ictérique et l'aspect des urines restent les mêmes. Langue sèche; sueurs.

Ce qui a le plus fixé l'attention du malade, c'est une faiblesse des mains qu'il prend pour de la paralysie et qui fait qu'il ne peut tenir un objet sans le laisser tomber. En effet, si nous lui mettons un gobelet dans les mains, il lui échappe bientôt; si nous lui disons de mettre la main à la tête, il le fait, mais bientôt elle retombe malgré lui. La sensibilité est intacte. (On supprime l'eau de Vichy; extrait de quinquina, 4 grammes.)

Quatre heures du soir. — Prostration très grande; assoupissement presque continuel; les réponses sont à peine distinctes, par mots isolés; quand on lui fait montrer la langue, il la laisse quelque temps entre les dents. Battements du cœur et des carotides très forts. 120 pulsations vibrantes, très régulières. Choc de la pointe du cœur très énergique dans le quatrième espace intercostal, immédiatement en dedans et au-dessous du mamelon, s'accompagnant d'un soulèvement du thorax avec une sorte de frémissement jusqu'au sternum. Souffle très fort dans toute la région précordiale, s'étendant aux vaisseaux du cou, où il est intermittent. La pression à l'épigastre paraît moins douloureuse. La matité de l'hypochondre droit est la même. Dans le reste de l'abdomen la sonorité est normale. Langue un peu visqueuse. Pas de vomissements. Il y a eu une garderobe, et les matières étaient normales. La quantité d'urines rendues dans le vase depuis le matin peut être évaluée à un demi-litre; elles sont brunes, limpides, avec reflet verdâtre. Le malade en a perdu un peu au lit; cependant il demande le bassin en ma présence. Œdème modéré aux jambes. La pression sur les cuisses provoque des manifestations qui indiquent une sensibilité anormale.

Matité correspondant au quart inférieur du poumon gauche, avec souffle et retentissement de la voix. Un peu de matité, mais moins étendue, à droite. 29 respirations.

Les forces sont très affaiblies, mais autant d'un côté que de l'autre; les bras ne retombent pas immédiatement quand on les soulève. Les pupilles sont égales, peu sensibles à l'action de la lumière, peu dilatées; elles se meuvent par des oscillations très lentes quand on ouvre les yeux.

13. — Même état que la veille; ce qui domine c'est l'état comateux, qui se prononce de plus en plus, et permet à peine d'obtenir du malade quelques mots inintelligibles. Peau moite; température de l'aisselle, 38 et demi. 112 pulsations. Une piqûre de lancette faite sur la partie antérieure du thorax fournit à peine une gouttelette de sang très pâle, dont tous les globules sont sphériques comme les globules du sang qui ont été en contact avec de l'eau.

Quatre heures du soir. — Depuis le matin le malade est dans un coma continuel; il entr'ouvre les paupières quand on lui frappe sur le front, mais il les referme aussitôt sans dire un mot. Les membres sont en résolution, et retombent comme s'ils étaient paralysés. Il montre encore un peu la langue, qui est sèche et lisse. La pression sur l'épigastre paraît très sensible. La percussion donne les mêmes résultats que précédemment. Les battements du cœur et des carotides conservent leur énergie. 120 pulsations régulières, brèves, modérément développées. Sueur abondante par tout le corps; elle ruisselle sur le visage. 27 respirations diaphragmatiques; affaissement du thorax dans l'inspiration.

L'urine est rendue en partie avec conscience, en partie involontairement; limpide au moment où on la recueille, elle laisse déposer au bout de dix heures, dans une fiole pleine et bien bouchée, une couche épaisse de matière floconneuse d'un blanc légèrement rosé.

14. — Même état. Assoupissement complet. Le pouls est moins développé, mais les battements du cœur et des carotides sont toujours aussi forts. Pas de vomissements; pas de mouvements convulsifs. Une piqûre de lancette faite sur le dos de la main nous donne un sang très pâle et d'aspect louche. Le nombre des globules y est très faible, comparativement à l'état normal, et ils sont presque tous déformés.

A quatre heures du soir, M. Georges Pouchet et moi nous examinons du sang extrait d'une des veines radiales. Ce sang est très clair; il présente une quantité beaucoup plus grande qu'à l'état normal de globules blancs. Tous ou presque tous les globules rouges sont déformés. A côté des globules, on trouve une quantité considérable de granulations moléculaires formant çà et là des groupes. La couleur des globules rouges est très pâle.

15. — Même état. Aucun symptôme nouveau.

16. — Le coma persiste; les matières d'une selle que le malade a rendue, sont d'un rouge brun foncé, d'une consistance normale. On peut encore recueillir de l'urinoir placé dans le lit du malade, environ 300 grammes d'urine présentant les caractères signalés plus haut. Le malade est d'une pâleur cadavérique.

Mort à onze heures du matin dans un état de collapsus absolu.

Autopsie le 17, à six heures du matin; pas de rigidité cadavérique; légère infiltration des extrémités inférieures et du scrotum; les parties intérieures du cadavre sont encore chaudes.

Les muscles ne présentent rien d'anormal. Le foie déborde à peine les fausses côtes droites; son lobe gauche descend à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde; des adhérences serrées unissent dans toute son étendue la face convexe de ce lobe au diaphragme. Vu en place, le foie a sa forme et ses rapports habituels; sa surface est lisse, sa couleur d'un jaune pâle. La vésicule est distendue par une bile noire et grumeleuse; les voies biliaires ne présentent pas d'altérations. Extrait de l'abdomen, le foie est lourd, pâteux; ses vaisseaux sont complétement vides; c'est évidemment un foie gras à un degré très avancé, ce que confirme l'examen microscopique qui montre toutes les cellules hépatiques infiltrées de graisse, et quelques-unes offrant des gouttelettes huileuses égales à la moitié de leur volume.

La recherche du sucre faite dans le foie par les procédés ordinaires n'en a pas fait découvrir.

La rate est un peu volumineuse, et se réduit sous la plus faible pression en une pulpe d'un brun rouge.

Le pancréas est sain.

La muqueuse de l'estomac présente par places une injection en plaques évidemment formée pendant la vie.

Des deux reins, l'un est profondément décoloré; l'autre présente, sur un fond également pâle, une grande quantité de vaisseaux injectés.

La vessie est remplie d'urine limpide.

Les vaisseaux de la cavité abdominale sont presque complétement vides de sang; la veine splénique en contient cependant une certaine quantité.

Les poumons sont très pâles, adhérents en arrière; le lobe inférieur du poumon droit présente, dans la moitié postérieure de son épaisseur, une infiltration analogue, par sa teinte grisâtre et sa densité, à celle de la pneumonie au troisième degré; non granuleuse, on ne peut cependant s'assurer complétement, à l'œil nu, de la nature purulente de cette infiltration, et l'examen microscopique est négligé. A gauche, en arrière, engouement hypostatique d'aspect ordinaire, seulement avec une teinte peu foncée.

Le péricarde contient au moins 250 grammes d'un liquide clair, jaune, un peu verdâtre; on y rencontre quelques flocons très peu cohérents qui se sont déposés sur la séreuse, mais sans contracter la moindre adhérence. Le péricarde n'a subi aucune altération, ni dans son feuillet viscéral, ni dans son feuillet pariétal.

Le cœur est volumineux et flasque; il s'affaisse complétement; son tissu offre la couleur feuille morte; il présente une infiltration graisseuse extrêmement prononcée, et en outre une dégénérescence graisseuse, type des fibres musculaires. Celles-ci, examinées au microscope, sont pour la plupart infiltrées de matière granuleuse foncée disposée à l'intérieur du myolème, en traînées longitudinales très distinctes, les stries transversales ayant en grande partie disparu. Rien aux orifices ni aux valvules.

Rien dans les ganglions lymphatiques.

Examen du sang recueilli dans différentes parties du système circulaire au moment de l'autopsie. — Les parois veineuses sont saines.

Dans la veine splénique ligaturée, le sang s'est présenté sous l'aspect d'un caillot rouge très peu dense; examiné au microscope, ce caillot a présenté des globules tous déformés, transparents et laissant difficilement distinguer les globules blancs mêlés aux globules hématiques.

Les vaisseaux droits du cœur ayant été liés, on a pu recueillir dans le ventricule droit une certaine quantité de sang; celui-ci était complétement liquide sans apparence de caillot, même entre les colonnes charnues. Porté sous le microscope, il nous a offert des globules hématiques normaux non transparents, non déformés et mélangés à une grande quantité de globules blancs; la quantité de ces derniers peut être estimée sans exagération à un quart ou à un cinquième du nombre total des globules sanguins; le sang laissait également voir un certain nombre de granulations moléculaires, les mêmes dont nous avions constaté la présence pendant la vie, quoiqu'en nombre infiniment plus grand dans cette dernière circonstance. Le diamètre constant de ces granulations était de $0^{mm},001$, ou au moins ne variait que dans des limites inappréciables; elles étaient plus semblables aux granulations qui infiltrent la fibre musculaire au premier degré de la dégénérescence graisseuse qu'à toute autre chose. La réaction par l'éther et l'alcool n'a pas été essayée; le sang, dépouillé de ses globules rouges et blancs, restait granuleux.

La cavité arachnoïdienne du crâne contenait quelques flocons analogues à ceux du péricarde, aussi peu consistants, déposés sur la convexité des hémisphères du cerveau sans adhérences. L'arachnoïde est épaisse,

Digitized by Google

opaque, très résistante ; elle s'enlève facilement avec la pie-mère. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien contient une grande quantité de sérosité.

L'encéphale est très ferme ; la substance grise est décolorée, d'un blanc à peine grisâtre.

Réflexions. — Voici donc une maladie qui a parcouru toutes ses phases dans l'espace de trente jours environ; encore n'y eut-il, pendant une quinzaine de jours, que des symptômes peu appréciables, puisque le malade n'accusait que des douleurs dans les membres inférieurs, et que, pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, il ne présenta rien qui appelât particulièrement l'attention. Cet homme a donc succombé à une maladie aiguë à marche rapide, si, comme cela nous paraît raisonnable, nous en calculons la durée à partir du jour où les symptômes livèrent sérieusement notre attention. Mais à quelle espèce nosologique rapporter cette maladie ? Peut-être les symptômes les plus saillants, groupés et présentés dans un tableau concis, nous feront-ils mieux saisir ses caractères qu'on ne peut le faire en lisant une observation dans tous ses détails. Voici ce résumé : frissons, accidents de forme inflammatoire incontestables du côté du foie ; engorgement de la base des poumons ; augmentation graduelle de la fréquence du pouls qui monte en quelques jours de 90 à 120 et s'accompagne d'un accroissement proportionnel d'énergie de la systole cardiaque et de la diastole artérielle, au point de donner l'apparence de l'hypertrophie du cœur la plus prononcée. Léger œdème des extrémités inférieures, pâleur générale extrême, élévation de la température, qui monte à 38 degrés et demi ; sueurs abondantes. Affaissement graduel et rapide des forces physiques allant jusqu'à produire une sorte de paralysie des membres supérieurs, et finalement un état de résolution générale et une incontinence d'urine incomplète. Dépression semblable des facultés aboutissant à un coma profond sans délire ; enfin, mort dans un collapsus absolu.

Les altérations anatomiques sont : des produits de périhépatite représentés par des adhérences générales du foie au diaphragme ; un état gras très avancé de cet organe ; un engorgement pulmonaire ayant les caractères de certaines pneumonies secondaires ; une augmentation dans le volume du cœur avec transformation protéique très avancée de ses fibres musculaires, sans lésion aux orifices ; une diminution considérable dans la masse du sang, puisque l'appareil circulatoire était presque complétement vide, et, en outre, une altération profonde de ce liquide, appréciée pendant la vie et après la mort, sensible à l'œil nu par sa teinte claire et son aspect louche, plus encore au microscope, par la proportion peu considérable des globules rouges, leur faible coloration et leur déformation, la proportion relativement plus grande des globules blancs, et enfin par la présence dans le sang d'une grande quantité de granulations moléculaires dont la nature n'a malheureusement pas été déterminée.

Quand une maladie se présente avec des caractères qui semblent lui donner un aspect particulier, on doit, avant de se prononcer sur sa nature, bien chercher si elle ne touche pas par quelque point essentiel à quelque chose de connu, si, sous des formes différentes, il n'y a pas, entre le fait qu'on observe et une certaine catégorie de faits déjà observés, un fond commun. Cette critique est quelquefois difficile et l'on est souvent exposé à se tromper en cherchant à distinguer l'accessoire du principal, les phénomènes secondaires du fait primordial. Tâchons cependant de faire ce choix dans les symptômes et les lésions que nous venons d'énumérer.

A côté d'une altération profonde du sang, nous en trouvons d'autres localisées dans quelques organes des plus importants, le foie, le cœur et les poumons, représentant ainsi les trois grandes fonctions de la vie nutritive, la digestion, la circulation et la respiration.

Les altérations des organes sont de deux ordres, les unes inflammatoires (périhépatite, pneumonie), les autres consistant dans la transformation graisseuse des tissus (foie et cœur) ; personne n'admettra, pensons-nous, que ces altérations constituent une réunion d'états pathologiques sans lien commun, mais ce lien commun, quel est-il ? où est le point de départ, la lésion primordiale qui régit les autres ? Nous n'avons pas besoin d'insister sur le rôle tout secondaire qu'on doit attribuer aux états inflammatoires que nous avons constatés pendant la vie et après la mort. S'ils ont eu leur part dans l'ensemble des manifestations morbides, ce ne sont certainement pas eux qui ont amené les transformations graisseuses du foie et du cœur, et moins encore les modifications si profondes dans la masse et la composition intime du sang. La lésion pulmonaire, tout importante qu'elle puisse être, a présenté les caractères incontestables des lésions consécutives, par sa marche latente, sa forme et son peu de développement relativement à la gravité de la maladie.

Les transformations graisseuses des tissus ne sont aussi que des lésions consécutives. On ne saurait attribuer à l'état gras du foie une influence prédominante sur les troubles généraux, lorsqu'on voit que la sécrétion et l'excrétion de la bile n'ont pas subi de modifications suffisantes pour changer la coloration normale des selles. Nous rencontrons d'ailleurs tous les jours cette altération du foie à un très haut degré, sans qu'elle se traduise par des troubles généraux ; ou au moins ces troubles ne sont pas assez caractérisés pour prendre une expression propre dans l'ensemble de la maladie. Moins encore peut-être que l'altération du foie, celle du cœur peut rendre compte des symptômes généraux ; quelques-uns des troubles de la circulation peuvent seuls, peut-être, y trouver leur explication. Les altérations du sang sont celles qui nous paraissent dominer complétement et être de nature à donner au tableau pathologique une signification bien déterminée.

Ces modifications, qui portent sur la quantité et la composition intime du liquide nourricier, indiquent une perturbation profonde dans les fonctions qui concourent à la nutrition, et il nous semble qu'elles sont de la même nature que celles qu'on rencontre dans le sang des individus livrés aux excès alcooliques.

Engel signale chez certains buveurs la diminution de la masse du sang et la diminution de la quantité de fibrine, ce qui fait qu'on trouve le sang liquide dans le cœur et les gros vaisseaux (*Die Säuferdyscrasie. Zeitschrift der Krankheiten Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1845, 2e cahier, cité par Magnus Huss dans son ouvrage, *Chronische Alcoolskrankheit*). Cette altération est aussi prononcée que possible chez le sujet de notre observation.

La déformation des globules a été trouvée dans le sang des buveurs par Klencke, qui les a vus rétractés et exprimant, en quelque sorte, leur matière colorante dans le plasma, tandis que, suivant le même auteur, dans l'empoisonnement par les narcotiques, ils sont distendus, *paralysés*, et retiennent une grande proportion de matière colorante (*Untersuchungen über die Wirkung des Branntweingenusses auf den lebenden Organismus*, Brunswick, 1843, cité par Magnus Huss). M. Donné a rencontré cette déformation des globules dans des états où la nutrition était profondément troublée (*Cours de microscopie*, p. 137).

Enfin le sang des buveurs d'alcool est remarquable par la quantité de graisse qu'il contient, quelquefois assez grande pour donner à ce liquide une teinte blanchâtre et un aspect laiteux. Magnus Huss a rencontré, à l'autopsie de sujets qui avaient succombé à l'alcoolisme, des globules graisseux visibles à l'œil dans le cœur et les grosses veines. « Ce sang, ajoute-t-il, donne aux doigts la sensation d'un corps gras. » Quoique les recherches relatives à la présence d'une quantité anormale de graisse dans le sang laissent beaucoup à désirer dans notre observation, nous croyons cependant qu'on n'hésitera pas à admettre l'existence de cette altération en voyant signalé l'aspect louche de ce liquide, et surtout la grande quantité de ces granulations moléculaires, ressemblant à celles qui sont déposées dans la fibre musculaire graisseuse.

L'accumulation de la graisse dans le foie et le cœur est une

Digitized by Google

des altérations les plus constantes de l'alcoolisme, et elle doit être considérée comme un dépôt opéré directement dans ces organes par le sang surchargé de cet élément. Le résultat de cette transformation dans la structure du cœur emprunte un caractère particulier à l'hypertrophie qui la précède ordinairement, et qui est un premier effet produit sur le cœur par l'excitation que détermine dans l'appareil de la circulation l'usage habituel des boissons alcooliques. Cette succession d'effets est trop bien décrite par Magnus Huss pour que nous ne soyons pas tenté de traduire ses propres expressions : « L'hypertrophie du cœur subit des modifications graduelles, en proportion des progrès de l'alcoolisme. Au moment où la graisse commence à se déposer dans les organes comme dans le tissu cellulaire, ce dépôt s'effectue aussi dans le cœur, d'abord à la surface, puis dans le tissu musculaire, qu'il atrophie par refoulement. Au premier aspect, ces cœurs, chargés de graisse, paraissent hypertrophiés ; mais, à un examen plus attentif, on trouve que la fibre musculaire est atrophiée et remplacée par de la graisse ; c'est l'augmentation de cette dernière substance qui détermine l'augmentation de volume. La cavité ventriculaire gauche est le plus souvent dilatée, et cette dilatation est due à l'insuffisance d'énergie de la fibre musculaire pour lutter contre la tension du sang. » (*Ouvrage cité.*)

Le cas que nous avons observé est donc pour nous de l'alcoolisme, mais de l'alcoolisme sous une forme particulière, que nous serions tenté d'appeler *anémie aiguë des ivrognes*, si une seule observation pouvait autoriser à donner un nom spécial à une maladie qui s'écarte notablement des types connus.

Avant de terminer ces réflexions, nous ne pouvons nous empêcher de fixer l'attention sur un point qui suffirait à lui seul pour donner au fait que nous avons relaté une très grande importance : ce sont les phénomènes observés dans l'appareil de la circulation. Ne semble-t-il pas, en effet, y avoir un désaccord complet entre ces symptômes, qui paraissent au premier abord être ceux de l'hypertrophie du cœur, et la lésion de cet organe, qui paraît devoir diminuer considérablement sa force de contraction ?

Nous trouvons dans les auteurs des assertions opposées relativement à l'influence de l'état graisseux du cœur sur les conditions de la circulation. La plupart y voient une cause de dépression qui se traduit par la faiblesse du pouls, sa lenteur et son irrégularité (Quain, *Sur l'état graisseux du cœur*, *Archives de médecine*, 1851, 4e série, t. XXVI). Le docteur Kennedy (de Dublin) émet des opinions différentes : dans un mémoire lu à la Société médicale de Dublin, il avance que, dans la dégénérescence graisseuse du cœur, le pouls est plus plein, comme diffluent ; c'est, contrairement à toutes les idées reçues, le pouls de l'hypertrophie, moins l'énergie ; et, dans les conclusions du travail, nous trouvons la phrase suivante : « Elle (la dégénérescence graisseuse) s'accompagne souvent de pulsations visibles des artères (pouls de Corrigan), sans que les valvules soient insuffisantes. » (*Archives de médecine*, mai 1860.)

On voit que les phénomènes observés sur notre malade s'accordent avec les assertions de M. Kennedy ; seulement, nous nous demandons s'il faut les attribuer à la dégénérescence graisseuse du cœur ou à la diminution si considérable de la masse du sang, qui doit modifier profondément les conditions de la circulation quand le retrait des cavités qui contiennent ce fluide n'agit pas pour maintenir les rapports normaux du contenant et du contenu. Quand un cœur dilaté agit sur une ondée sanguine déjà très faible d'une manière absolue, qui n'a plus à lutter, pour passer dans un large vaisseau comme l'aorte, contre une colonne exerçant de toutes parts une forte pression, sa contraction produit-elle les mêmes effets que lorsqu'elle pousse le sang dans un système de canaux parfaitement plein ? Les réflexions que nous faisons ici ont déjà été mises à profit il y a longtemps pour expliquer la production des bruits vasculaires, et la thèse que M. de la Harpe soutenait contre M. Beau (*Archives de médecine*, 1838, t. III, 3e série) trouverait un solide appui dans notre observation, où l'autopsie a démontré que le souffle n'était certainement pas dû à la polyémie séreuse. Voici un passage du mémoire de M. de la Harpe, qui se rapporte parfaitement à notre sujet : « Lorsque la résistance que le cœur doit surmonter pour mettre le sang en mouvement est, au contraire, beaucoup au-dessous de la tension normale, un état de choses tout opposé au précédent se manifeste. La masse du sang ayant diminué par une raison quelconque, les parois des vaisseaux relâchés ne l'embrassent plus qu'incomplétement. Une contraction modérée du cœur suffit pour projeter au loin une ondée sanguine légère qui rencontre peu d'obstacles sur son passage. Le pouls est alors vif, dépressible. Le choc de l'ondée est brusque ; mais il semble constituer toute l'ondée : alors le cœur s'agite et palpite pour la moindre cause ; son choc est vif, violent même... Le pouls paraît alors superficiel, plein et fort, tandis qu'il n'a réellement que de la vivacité sans plénitude. »

Lorsque l'explication des bruits vasculaires fournit encore matière à de fréquentes publications, appuyées la plupart sur des expériences qui ont la prétention de reproduire exactement les conditions de la circulation dans les cas où l'on observe ces bruits sur l'homme, nous croyons utile de signaler dans notre observation ce qui touche à ce point, persuadés que les meilleures expériences sont celles que la nature exécute elle-même, et dont nous constatons les effets en rapprochant les phénomènes rigoureusement observés pendant la vie des lésions constatées après la mort.

De l'exposition des faits et des réflexions dont nous l'avons fait suivre, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les habitudes du malade et l'analogie des altérations avec celles qu'on rencontre chez les buveurs d'eau-de-vie placent ce cas dans le cadre de l'alcoolisme, où il se distingue des cas ordinaires par l'absence du délire spécial et du tremblement, par sa marche rapide, dont on trouve l'explication dans les altérations si profondes du sang.

On n'est pas autorisé à attribuer les troubles circulatoires uniquement à la dégénérescence graisseuse du cœur ; ils s'expliquent plus rationnellement par les changements de rapport de la masse du sang avec la capacité de l'appareil circulatoire ; par conséquent, ce fait ne peut servir à éclairer le diagnostic de l'état graisseux du cœur.

Il fournit une preuve favorable à la théorie qui attribue les bruits vasculaires à une diminution de la masse du sang, devenant trop faible pour remplir complétement l'appareil de la circulation.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

CHIRURGIE ET PHYSIOLOGIE. — *Des théories relatives à la régénération et à la cicatrisation des tendons*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — Après avoir exposé les expériences entreprises depuis Haller et Hunter dans le but d'éclairer le mode de réparation des tendons, et les opinions sur ce sujet de MM. Stromeyer, Hamon, Duval, Bouvier, J. Guérin, Phillips et Pétry, l'auteur ajoute :

« Au demeurant, et au milieu des différences d'opinion, un seul fait reste acquis à la science, à savoir : le rétablissement de la corde tendineuse après la division, et son rétablissement à l'aide d'un produit qu'on a diversement apprécié dans son origine, sa nature et le mécanisme de son évolution.

D'après les considérations sommaires d'anatomie et de physiologie qui forment, pour ainsi dire, le préambule de ces recherches, on peut juger que les tendons, de même que tous les tissus vivants, sont susceptibles d'éprouver un travail d'in-

Digitized by Google

flammation, et que ce travail doit souvent intervenir dans l'acte de la réparation après les solutions de continuité. On prévoit aussi que le *processus* inflammatoire doit y être généralement lent, et toujours réglé sur le degré de vitalité des tendons.

Le premier fait de la présence ou de l'absence du travail inflammatoire dans la série de phénomènes à l'aide desquels les tendons se cicatrisent et se réparent, nous fournira un moyen de classer les divers modes de cette réparation. Ainsi, de même que l'on voit le type de l'inflammation différer suivant que le tendon a été coupé avec ou sans le contact de l'air, de même nous verrons le travail réparateur présenter des différences dans ces deux cas, et suivant qu'il y aura eu ou non suppuration.

Nous allons successivement étudier les phénomènes qui se présentent dans ces différents cas, c'est-à-dire :

1° Lorsque les tendons se réunissent par un produit intermédiaire déposé entre les deux bouts divisés : régénération ou reproduction ;

2° Lorsqu'ils se réunissent par un travail adhésif et sans suppuration : réparation ;

3° Enfin lorsque la réunion se fait par bourgeonnement et après une suppuration plus ou moins prolongée : réparation. »

Pathologie. — *Morsure de céraste ou vipère cornue* (Cerastes ægyptiacus) *suivie de la paralysie du mouvement, avec exagération de la sensibilité de la moitié du corps opposée à celle de la morsure*, par M. *Guyon*. — Obs. — L'Arabe Ali-ben-Séga, de l'oasis de Laghouat, est mordu par un céraste sur le dos du pied droit, et il ressent aussitôt une vive douleur, le 8 mai 1857, à deux heures de l'après-midi : application immédiate d'une ligature au-dessus du mollet.

Dans la nuit du 8 et du 9, délire tranquille, avec hallucinations de l'ouïe.

Quarante-huit heures après l'accident, tuméfaction du pied et de la moitié inférieure de la jambe droite ; rougeur érythémateuse du pourtour de la plaie ; pouls fort, sans être fréquent ; *face colorée ; pupille* dilatée. Potion ammoniacale ; purgatif et applications résolutives.

Le 12, léger voile de stupeur sur la figure, embarras dans la parole, et une certaine difficulté dans les mouvements des membres supérieur et inférieur du côté gauche, mais avec maintien de leur sensibilité. Cette sensibilité semble même augmentée dans le membre supérieur ou thoracique.

Le 15, la paralysie avait fait des progrès : les deux membres, thoracique et abdominal, ont entièrement perdu leurs mouvements, en conservant toujours leur sensibilité.

La tuméfaction et les autres phénomènes locaux se dissipent graduellement, et le 28 du même mois la plaie est complétement cicatrisée.

Un mois après la morsure, on vit apparaître dans différentes parties du corps plusieurs pustules, dont une présente le caractère gangréneux.

Le 14 août, quatre mois après la morsure, l'état général du malade, au point de vue physique et intellectuel, était rentré dans l'ordre normal, sauf la lésion, toujours persistante, des membres du côté gauche.

— M. Guyon rapproche de ce fait les cas analogues rapportés par Fontana et par MM. Rufz, Prine, Blot, Duflin et Russel, desquels il résulte que les morsures des reptiles venimeux sont souvent suivies de phénomènes de paralysie du mouvement ou de la sensibilité.

Physiologie. — *Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de ses différents modes d'expression*, par M. *Duchenne* (de Boulogne). — (*Comm. :* MM. Bernard, Rayer.) Voy. le dernier numéro, p. 9.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

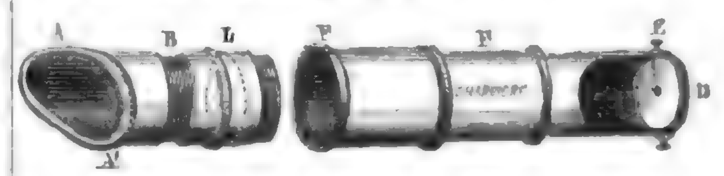
Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Balme de Garayt* (du Puy) et *Schneider* (de Kœnigsmacker). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Béraud*, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Une note sur certains cas d'aliénation mentale, d'épilepsie, de catalepsie et d'hystérie chez les femmes, par M. le docteur *Baker-Brown* (de Londres). (*Comm. :* MM. Baillarger, Trousseau et Falret.) — *c*. Une note sur un nouvel instrument, le *dynamographe*, construit, d'après les indications du docteur *Bastien*, par M. *Mathieu*.

3° M. le docteur *X. Galezowski* présente un nouveau modèle d'ophthalmoscope, avec lequel il peut examiner les malades dans toutes les positions en plein jour, attendu que l'extrémité oculaire est disposée obliquement pour entourer l'œil et former chambre noire. Cette première partie renferme une lentille biconvexe à une distance fixe qui facilite l'examen pour les personnes peu expérimentées. Le même instrument permet de varier les distances de la lentille à volonté. La deuxième partie se compose de tubes rentrants comme une lorgnette, et portant à une extrémité un miroir concave et mobile qui permet, au moyen d'une échancrure à la lumière, d'arriver sur le miroir. Cette deuxième partie s'assemble à volonté avec la première et constitue l'ophthalmoscope ressemblant à ceux de MM. Liebreich et Follin, mais que l'on tient à la main fixé sur l'orbite du malade dans son lit comme dans toutes les positions.

Cet instrument a été fabriqué par M. *J. Charrière*.



Description de la figure réduite au quart de volume de l'instrument :
ABL. Première partie de l'instrument.
FF'E. Deuxième partie de l'instrument.
AA'. Bout taillé obliquement et coussiné s'adaptant à l'œil.
L. Lentille.
B. Vis quadruple filetée pour graduer la distance de la lentille.
FF'E. Trois tubes rentrants comme une lorgnette.
D. Miroir à bascule placé auprès de l'échancrure. (*Comm. :* MM. Gavarret et Regnauld.)

M. *Bouillaud*, président pour l'année 1862, annonce qu'un deuil de famille l'oblige à céder le fauteuil à M. le vice-président et à ajourner à la prochaine séance l'installation du bureau.

M. *le Président* prévient que l'Académie tiendra, samedi prochain, une séance extraordinaire.

Lectures.

Hydrologie médicale. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un *Rapport sur diverses communications relatives à la question de la pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses.*

Chirurgie. — M. *Robert* donne lecture d'un rapport, réclamé par M. le ministre, sur un nouveau pessaire à tige articulée, de l'invention de M. *Grandcollot*.

Les conclusions de ce rapport, après quelques observations de MM. *Hervez de Chégoin*, *Depaul*, *Cloquet* et *Malgaigne*, doivent être modifiées par M. le rapporteur, qui en donnera lecture dans la prochaine séance.

Présentation.

M. *Brandus*, au nom de M. le docteur Hoffman (de Berlin), met sous les yeux de l'Académie une *brosse volta-électrique*. (M. Gavarret, *rapporteur*.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

Digitized by Google

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

ALIÉNATION MENTALE. — ATONIE LOCOMOTRICE.

M. *Lisle* lit une longue observation d'aliénation mentale à peu près méconnue pendant toute la vie du sujet. Il s'agit d'un personnage de noble famille, né en 1775, et qui, à l'âge de dix-sept ans, avait vu ses parents arrêtés et traduits devant le tribunal révolutionnaire. Le fils échappa; mais la terreur qu'il avait ressentie dérangea sa raison pour jamais. Rentré quelques années après en possession de ses biens et du domaine paternel, il passa une longue vie dans la solitude la plus absolue, se livrant, dans sa retraite, aux actes les plus insensés, sans que ni sa famille, ni la voix publique, ni l'initiative des autorités, aient jamais fait constater son état mental ou provoqué contre lui l'interdiction ou toute autre mesure de précaution. Le malade est aujourd'hui âgé de quatre-vingt-six ans. L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions sur l'état psychique du malade et sur les questions médico-légales que ce fait pouvait soulever.

— M. *Bourdon* lit, au nom de M. *Duménil* (de Rouen), une observation d'*ataxie locomotrice* avec une lésion des cordons postérieurs de la moelle, semblable à celle qui a été dernièrement décrite par M. Bourdon. M. Duménil fait remarquer que l'ensemble de symptômes, dont on a voulu faire une entité morbide nouvelle sous le nom d'ataxie locomotrice, n'est pas de découverte récente. Il a pu en retrouver dans les annales de la science 16 observations, comprises ordinairement dans les descriptions de maladies de la moelle. L'une des plus nettes est due à M. Cruveilhier, et a été rapportée par M. Longet dans son *Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux*.

L'altération des cordons postérieurs de la moelle en est la lésion constante; il faut noter comme un symptôme fréquent de cette affection une atrophie des muscles des extrémités, commençant par les pieds, et très différente de l'affection, aujourd'hui bien connue, décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*. Les troubles dans le système moteur de l'œil ont été notés plusieurs fois dans des observations déjà anciennes. Enfin quatre fois on a trouvé des tubercules pulmonaires, sans qu'il fût bien facile d'établir la liaison qui pourrait exister entre cette lésion de l'appareil respiratoire et celle du système nerveux. La phthisie ne paraît toutefois avoir été, dans ces cas, que la conséquence de la mauvaise hygiène et de l'affaiblissement des sujets atteints d'une perturbation aussi profonde des fonctions nerveuses.

D^r^ E. Isambert.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Epilepsy: its Symptoms, Treatment and Relation to Other Chronic Convulsive Diseases (*De l'épilepsie: ses symptômes, son traitement, ses rapports avec les autres affections convulsives chroniques*), par Russell Reynolds. In-8 de 360 pages. London, Churchill, 1861.

Epileptic and Other Convulsive Affections of the Nervous System; their Pathology and Treatment (*Des affections épileptiques et convulsives du système nerveux: leur pathogénie et leur traitement*), par C.-B. Radcliffe. Troisième édition. In-12 de 312 pages. London, Churchill, 1861.

On Epilepsy and Epileptiform Seizures (*De l'épilepsie et des attaques épileptiformes*), par E.-H. Sieveking. Deuxième édition. In-12 de 336 pages. London, Churchill, 1861.

L'apparition presque simultanée des trois monographies dont les titres sont inscrits en tête de cet article est, à mon sens, une preuve irrécusable de l'ardeur avec laquelle on poursuit aujourd'hui l'étude des affections du système nerveux; mais la lecture attentive de ces travaux, également remarquables à des titres divers, nous apporte un autre enseignement, car chacun de ces ouvrages vient témoigner, pour sa part, de la direction nouvelle que les progrès de la physiologie ont imprimée aux études médicales. Le mouvement scientifique actuel se distingue à la fois par l'importance considérable qu'il accorde aux recherches de pathogénie, et par les rapports de plus en plus intimes qu'il établit entre les résultats de l'observation clinique et les enseignements de la physiologie expérimentale. Née en Allemagne sous l'inspiration puissante de Henle, de Virchow, de Valentin, de Weber, de Schiff, de Frerichs et de plusieurs autres physiologistes, cette tendance fit en quelques années de rapides, de surprenants progrès; à peine éclose, elle avait franchi les limites de son domaine originel; réalisée en France par les travaux mémorables de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, elle provoquait en Angleterre les recherches de Carpenter, de Bennett et de Paget; fécondée par les acquisitions nouvelles dont elle s'enrichissait dans son évolution progressive, elle substituait aux conclusions erronées d'une physiologie hypothétique les résultats incontestables de la méthode déductive; elle étudiait, dans l'état de maladie, les déviations des lois qui régissent l'état de santé; elle recherchait l'influence de ces déviations sur la production des symptômes et des lésions, et constituait ainsi cette doctrine *médicale scientifique* dont la *pathogénie* est à la fois le but et l'expression. Sans doute, il faut se mettre en garde contre les conclusions téméraires; sans doute, il faut lutter contre les applications prématurées, et il faut bien reconnaître que là est l'écueil, et qu'il n'est pas toujours facile de l'éviter; mais il importe aussi de ne pas attribuer à la science elle-même un danger, qui est le plus souvent imputable à l'imagination trop subtile ou trop ardente de ses adeptes. En fait, les progrès accomplis depuis dix ans attestent éloquemment la vérité de la doctrine et la puissance de la méthode: qu'on tienne compte du chemin parcouru, au lieu d'arguer sans cesse de ce qui reste à faire, et l'on ne pourra s'empêcher de reconnaître que cette voie nouvelle est véritablement la bonne voie.

Me voilà bien loin des ouvrages dont j'ai mission de rendre compte; mais le retour est facile, car la pathogénie de l'accès d'épilepsie est précisément une des questions qui ont le plus vivement préoccupé les physiologistes contemporains; aussi les auteurs de ces nouveaux traités sur la matière ont-ils accordé une large part à cette étude intéressante. Je reviendrai sur ce point; mais je dois avant tout rappeler à mes lecteurs que les noms de ces écrivains sont depuis longtemps connus et justement estimés du monde médical. Voué depuis plusieurs années à l'étude des affections du système nerveux, Reynolds a publié, entre autres travaux, un *Traité de diagnostic des affections cérébrales*, etc., qui lui a conquis une réputation méritée; Sieveking nous a donné, en collaboration avec Handfield Jones, un *Manuel d'anatomie pathologique* qui renferme, sous une forme condensée, tous les travaux de micrographie, et Radcliffe a acquis des droits à la reconnaissance de tous les médecins, en partageant avec Ranking la lourde charge de la rédaction du *Half-Yearly Abstract*.

Les traités de Reynolds et de Sieveking sont conçus d'après le même plan; mais le premier est un traité dogmatique complet qui s'adresse au médecin aussi bien qu'à l'élève, tandis que l'ouvrage de Sieveking, qualifié modestement par lui d'*Essai*, est une étude presque exclusivement clinique destinée plutôt à l'étudiant.

Quoi qu'il en soit, et abstraction faite des détails plus circonstanciés, des tableaux statistiques plus nombreux que renferme le livre de Reynolds, l'esprit de ces deux ouvrages, je le répète, est le même. Les auteurs ont successivement étudié les symptômes, la marche et les formes de l'épilepsie, les effets consécutifs qu'elle exerce sur les fonctions intellectuelles; ils ont décrit les lésions anatomiques multiples qui ont été consta-

Digitized by Google

tées ; ils en ont soigneusement discuté la valeur, et c'est après cette étude approfondie qu'ils ont abordé la question du mode de production de l'accès, et des phénomènes qui le constituent. Ils sont arrivés sur ce point à des conclusions presque identiques, et ils ont consacré leurs dernières pages au pronostic et au traitement. Reynolds a pris soin, en outre, de retracer le diagnostic de l'épilepsie, question importante que j'ai été surpris de ne pas voir mentionnée dans le livre de Sieveking.

Je ne puis, on le conçoit, suivre les auteurs dans une étude aussi longue et aussi complexe ; d'ailleurs, l'histoire de l'épilepsie, en tant qu'histoire clinique, est de bien ancienne date, et elle offre, à vrai dire, peu d'inconnues. Je me bornerai donc à signaler quelques points qui me semblent plus particulièrement intéressants, et je m'attacherai surtout à faire connaître les conclusions des auteurs touchant les conditions pathogéniques de l'accès.

Au point de vue nosologique, les travaux de nos confrères de Londres réalisent un progrès incontestable. Lorsque les recherches d'anatomie pathologique eurent démontré l'existence de lésions cérébrales graves (phlegmasies, tumeurs) chez des individus que l'on avait jugés épileptiques, lorsque en même temps une observation plus attentive eut révélé la fréquence des attaques épileptiformes et la multiplicité des causes qui peuvent leur donner naissance, on en vint à scinder peu à peu une des entités morbides les plus nettement accusées ; on créa de nouvelles variétés en se fondant uniquement sur la ressemblance plus ou moins éloignée des accidents convulsifs les plus divers ; bientôt on admit autant de formes d'épilepsie qu'il y a de causes capables de produire des accès épileptiformes, et l'on vit l'épilepsie rénale, l'épilepsie utérine, l'épilepsie gastrique et bien d'autres encore prendre rang à côté de la névrose classique, dont l'essentialité est un des caractères les plus frappants ; peu s'en fallut même que *la maladie* épileptique, la seule qui mérite le nom d'*espèce morbide*, ne disparût au milieu de *ces divisions sans fin*. On commettait ici une faute qui est malheureusement trop fréquente ; on substituait à une question de nosologie une question d'étiologie pure ; on croyait trouver dans la multiplicité des causes la justification de la multiplicité des espèces, et l'on oubliait que c'est ce même procédé qui avait entraîné Sauvages à ces subdivisions innombrables, dont l'on s'étonne à bon droit aujourd'hui. Oui, cela est vrai, il n'est pas un appareil, pas un organe, pas un point de la surface cutanée qui ne puisse, *chez un individu prédisposé*, devenir l'occasion du développement de l'épilepsie ; mais il ne s'ensuit pas qu'il faille admettre dans cette maladie autant d'espèces que de causes ; quelles que soient les conditions apparentes de son origine, l'épilepsie est une ; elle est toujours identique avec elle-même ; elle ne présente d'autres formes distinctes que celles qui résultent de sa modalité symptomatique, et ces trois formes remarquables, qui constituent le *vertige*, l'*absence* et l'*attaque*, ne présentent justement aucun rapport appréciable avec les différences étiologiques. Quant aux convulsions dites épileptiformes, il n'y a que deux interprétations possibles ; ou bien la ressemblance porte non-seulement sur les phénomènes convulsifs, mais encore sur leur mode d'enchaînement, sur les symptômes consécutifs, sur la marche des accidents ; et alors, quelles qu'en soient d'ailleurs les causes, il n'y a aucune raison pour séparer ces convulsions de l'épilepsie proprement dite, il n'y a aucune raison pour en faire des espèces distinctes ; ou bien la ressemblance n'est exacte que pour la convulsion elle-même, tandis que tous les autres phénomènes diffèrent ; et alors, bien loin de voir dans ces affections convulsives autant de formes de l'épilepsie, il faut les en distinguer avec le plus grand soin, et se mettre en garde contre les illusions produites par une analogie trompeuse. Aussi, en tant qu'elles désignent une forme morbide spéciale, les expressions épilepsie rénale, épilepsie saturnine par exemple, doivent être bannies du langage médical ; qu'on désigne ces affections sous le nom de convulsions épileptiformes, rien de mieux ; mais, je le répète, et cette remarque ne s'applique pas seulement à l'étude nosologique de l'épilepsie, la multiplicité des causes n'entraîne point la multiplicité des formes.

C'est ce qu'ont très bien compris Reynolds, Sieveking et Radcliffe, et les chapitres qu'ils on consacrés à cette discussion méritent d'être lus avec la plus sérieuse attention ; tous trois d'ailleurs ont formulé sur ce sujet des conclusions parfaitement identiques ; un accord aussi rare, surtout lorsqu'il s'agit d'une question de doctrine, ne devait pas rester ignoré.

Depuis que les travaux modernes ont concentré l'attention des observateurs sur l'attaque convulsive de l'épilepsie, on a trop négligé peut-être les caractères présentés par les malades dans l'intervalle des accès ; on ne s'est pas assez préoccupé de déterminer quelles sont, chez eux, les modifications des fonctions de circulation et d'innervation ; on a un peu oublié enfin que la convulsion ne constitue en réalité que l'une des manifestations de la maladie. Mais nos auteurs ont heureusement évité cet écueil, et, tout en accordant une place légitime aux recherches de physiologie et de pathogénie pures, ils n'ont pas un instant perdu de vue l'observation clinique, et ils ont étudié avec le plus grand soin l'état général des épileptiques dans l'intervalle des paroxysmes. « L'épilepsie, dit avec raison Sieveking, est une maladie de l'homme tout entier, et non pas la maladie d'un organe ou d'un système d'organes. »

Malheureusement, je ne retrouve plus dans la solution de cette question cette harmonie remarquable que je signalais plus haut entre les trois écrivains. D'après Radcliffe, l'examen de la circulation et de l'innervation chez les épileptiques démontre, dès le début de la maladie, un abaissement considérable au-dessous du niveau normal ; les mains sont froides et moites ; les pieds se réchauffent à peine devant le feu ; le teint est pâle et blafard ; le malade se plaint de frissons passagers très fréquents ; le pouls est faible et lent ; jamais on ne constate les caractères de la pléthore sanguine. Les fonctions du système nerveux présentent la même dégradation. Il est incontestable que ces conditions se vérifient chez un certain nombre d'épileptiques ; mais je crains que l'auteur ne se soit trop hâté de généraliser, animé qu'il était du désir de faire prévaloir sa doctrine personnelle, qui est tout entière fondée sur l'hyposthénie nerveuse. Reynolds, dans son chapitre *sur les conditions organiques des épileptiques dans l'intervalle des accès*, s'est élevé contre ces conclusions, et il a montré, en s'appuyant à la fois sur les résultats de son observation personnelle et sur les assertions des auteurs les plus compétents, que l'état pléthorique n'est point rare chez les épileptiques, et qu'il peut s'écouler plusieurs années avant que les attaques convulsives aient imprimé à la constitution ce cachet de dégradation, qui révèle l'anéantissement progressif de toutes les fonctions intellectuelles et organiques. Moins exclusif que Radcliffe, Reynolds me paraît ici plus rapproché de la vérité, et Sieveking conclut également de ses recherches qu'il est impossible de formuler sur ce fait une loi générale et constante.

Ce dernier auteur a résumé dans un chapitre plein d'intérêt les résultats qu'ont donnés les autopsies touchant les lésions anatomiques de l'épilepsie, et passant successivement en revue les altérations si diverses qui ont été signalées par Wenzel, Boyd, Ferrus, Parchappe, Esquirol, Davy et Cooke, il a montré qu'elles ne présentent ni la constance ni l'identité d'une lésion spécifique. Mais à côté de ces résultats sans valeur devaient prendre place les recherches plus récentes de Schrœder van der Kolk, qui ont fait connaître des lésions très remarquables dans la moelle allongée. Pour être microscopiques, ces lésions n'en ont pas moins une grande importance, et nos trois auteurs sont ici d'accord pour leur attribuer une valeur considérable. L'intéressant travail du professeur hollandais est resté jusqu'à ce jour inconnu en France, et il ne sera pas inutile d'en consigner ici les principaux résultats.

Les lésions anatomiques propres à l'épilepsie sont localisées dans la moelle allongée. Alors même que la mort a lieu dans

Digitized by Google

l'intervalle de deux attaques, on constate à l'autopsie une hypérémie considérable du quatrième ventricule et du tissu nerveux sous-jacent. Des sections transversales, pratiquées successivement sur la moelle allongée depuis la limite inférieure du point de Varole jusqu'à l'extrémité inférieure des corps olivaires, démontrent que les parties voisines du quatrième ventricule ont une coloration rouge foncé très intense ; il est facile d'apercevoir des vaisseaux sanguins distendus qui gagnent les corps olivaires en suivant les racines de l'hypoglosse, ou qui se dirigent vers les racines du nerf vague et du spinal. Lorsque l'hypérémie n'est pas très accusée, elle est limitée à la moitié postérieure de la moelle ; mais, dans la plupart des cas, cette congestion s'étend jusqu'aux corps olivaires; il y a presque constamment des vaisseaux dilatés sur le raphé médian. Van der Kolk a mesuré le diamètre de ces capillaires, et il est arrivé à ces chiffres significatifs :

	HYPOGLOSSE.	CORPS OLIVAIRE.	RAPHÉ.	NERF VAGUE.
Chez les épileptiques . .	0mm,306	0mm,215	0mm,355	0mm,237
Chez les sujets non épileptiques.	097	0mm,052	0mm,148	0mm,064

Tant que les lésions n'ont pas dépassé ce premier degré, le malade peut guérir. Mais cette dilatation des vaisseaux sanguins devient pour les cellules ganglionnaires une cause permanente d'irritation, et comme cet accroissement de volume augmente à chaque accès, il en résulte que chaque attaque est la cause occasionnelle d'un accès ultérieur. Plus tard, des lésions persistantes se produisent; la dilatation des vaisseaux est suivie d'une exsudation albumineuse; les parois vasculaires s'épaississent et s'indurent ; les éléments nerveux eux-mêmes participent à cette induration; puis, subissant une transformation régressive, ils s'engraissent et se ramollissent; la maladie est dès lors incurable.

Malgré la netteté et la localisation remarquable de ces lésions, le professeur hollandais n'est point tombé dans l'erreur de ses devanciers, et il ne donne pas ces altérations comme la cause de l'épilepsie ; il y voit simplement l'effet du trouble fonctionnel, parfaitement inconnu d'ailleurs, dont la moelle allongée est le siége ; ce trouble fonctionnel conduit à l'hypérémie, à la sclérose et au ramollissement. Il va sans dire que ces modifications du tissu nerveux, une fois produites, amènent fatalement la persistance des accidents, et en accélèrent l'évolution. Les médecins de Londres, qui ont si bien soutenu l'influence primitive et prépondérante de la perturbation fonctionnelle du système nerveux, ne pouvaient qu'applaudir à cette manière de voir. Mais, à propos de ces lésions de la moelle allongée, une question se présente, qui n'eût peut-être pas dû être passée sous silence.

Ces altérations anatomiques consécutives présentent-elles quelque caractère qui les distingue de toute autre altération analogue, et appartiennent-elles en propre à l'épilepsie? Ce n'est assurément point par leur nature qu'elles peuvent être différenciées; car le travail morbide, si bien décrit par van der Kolk, est identique, dans ce qu'il a de fondamental, avec celui qu'ont signalé Rokitansky et Demme dans toutes les affections convulsives, dans le tétanos en particulier, et même, chose remarquable, dans les paraplégies; c'est encore une lésion du même genre que constatait Oppolzer cette année même chez un individu qui avait succombé à une *paralysis agitans* (1). Mais si la nature de la lésion ne peut être élevée au rang de *caractère anatomique*, le siége de l'altération ne fournirait-il pas la caractéristique spécifique cherchée? Dans l'état actuel de la science, la réponse ne peut être que négative; c'est dans la protubérance et la moelle allongée que siége la sclérose de la paralysie agitante (*unter dem Mikroskope*, dit Oppolzer, *fand man die Bindegewebswucherung in dem Pons Varoli und der Medulla oblongata*); c'est dans les mêmes points qu'on observe les lésions analogues du tétanos; c'est là encore, comme on l'a vu, que se montrent les altérations découvertes par Schroeder van der Kolk chez les épileptiques. Par conséquent, la lésion n'est pas plus spécifique par son siége que par sa nature. Et il n'y a là, en vérité, rien qui puisse surprendre. Qu'on applique à l'étude des manifestations symptomatiques des maladies précédentes les notions fournies par la physiologie, et l'on sera contraint de reconnaître que toutes ces névroses, si diverses en apparence, présentent pour condition commune une modalité fonctionnelle anomale de la protubérance et de la moelle allongée; il n'est donc pas étonnant que ces organes soient le siége des modifications consécutives déterminées par le trouble de la fonction. En veut-on une autre preuve? La paraplégie a évidemment pour point de départ le segment inférieur de la moelle; eh bien! chez les paraplégiques, c'est dans ce segment inférieur que Rokitansky a constaté la prolifération des éléments conjonctifs. Ainsi donc, on le voit, le siége de la lésion centrale n'est point *commandé* par la maladie en tant qu'*espèce morbide*, il est simplement déterminé par la localisation physiologique des symptômes ; c'est, du moins, la seule conclusion qu'entraînent les faits connus jusqu'à ce jour. Dans l'épilepsie, dans le tétanos, dans la paralysie agitante, la lésion occupe le même siége, parce que les manifestations extérieures de toutes ces maladies ont le même centre physiologique; cette sclérose du nerf optique et des tubercules quadrijumeaux que Rokitansky a découverte après les amauroses anciennes, est encore une démonstration sans réplique du principe que je formule ici. En résumé, la prolifération conjonctive (qu'elle succède ou non à l'hypérémie, peu importe) est le caractère anatomique commun de plusieurs maladies convulsives et paralytiques; quelle que soit la maladie, la *nature* de la lésion est la même; quelle que soit la maladie, le *siege* de la lésion est le même, lorsque c'est la même partie du système nerveux central qui préside aux phénomènes symptomatiques.

Cette question m'a semblé assez importante pour justifier cette digression ; je reviens.

C'est dans les données de la physiologie expérimentale que les médecins anglais ont cherché l'interprétation pathogénique de l'accès d'épilepsie. Tous trois ont exposé avec le plus grand soin les doctrines nouvelles de Kussmaul et Tenner, Brown-Séquard et Schroeder van der Kolk, et en présentant ainsi au lecteur tous les éléments de la question, ils l'ont mis en état de juger et d'apprécier par lui-même. Les recherches intéressantes de Kussmaul et Tenner sur l'anémie cérébrale et les convulsions épileptiformes consécutives aux grandes hémorrhagies, ont été mentionnées dans ce journal (1858, p. 352); je n'y reviendrai point, et je rappellerai seulement que les physiologistes de Heidelberg ont localisé le point de départ des convulsions de l'épilepsie dans les *parties excitables situées derrière les couches optiques*, se rapprochant beaucoup ainsi de van der Kolk, qui regarde le trouble fonctionnel de la *moelle allongée* comme la cause première de tous les phénomènes; d'ailleurs, la théorie du médecin hollandais peut être résumée en quelques mots : les convulsions épileptiques appartiennent à la classe des mouvements réflexes; la cause occasionnelle de la maladie est une irritation plus ou moins éloignée des centres nerveux, qui, transmise d'abord au cerveau, retentit ensuite sur la moelle et sur le grand sympathique. Cette irritation provient tantôt du cerveau lui-même (*irritation psychique*), tantôt de l'appareil générateur, ou des reins, ou de la peau (*blessures*). Si l'irritabilité de la moelle allongée est très développée, il suffit d'une *cause occasionnelle* peu puissante pour déterminer un accès ; c'est cette irritabilité anomale des parties supérieures de la moelle qui constitue la *cause prédisposante* de la maladie. Comme les expérimentateurs allemands, van der Kolk, on le voit, rectifie les conclusions trop exclusives de Marshall-Hall, qui professait que la moelle épinière est seule en cause dans l'épilepsie ; or, les premiers phénomènes du *grand mal*, d'une part ; d'autre part, le *vertige* et l'*absence*, démontrent assez que l'innervation cérébrale est profondément

(1) Voy. l'intéressant travail de MM. Charcot et Vulpian sur la *paralysie agitante* (*Gazette hebdomadaire*, 1861, nos 48 et 50). Ce travail est en cours de publication.

Digitized by Google

et constamment troublée. Brown-Séquard l'a parfaitement établi dans son ouvrage de 1857, et à ce point de vue il est arrivé aux mêmes conclusions que Kussmaul et Tenner; mais il a démontré, en outre, que l'anémie cérébrale ne peut rendre compte que des premiers symptômes de l'attaque, et qu'il faut faire intervenir pour les accidents de la deuxième période un tout autre élément, à savoir : les contractions toniques qui conduisent à l'asphyxie (1).

Riches de ces résultats intéressants, que nous pouvions si peu prévoir il y a quelques années, sommes-nous en mesure aujourd'hui de constituer une théorie générale de l'épilepsie? La réponse doit être négative; elle le sera probablement toujours, et je ne puis assez applaudir à la sagesse des médecins dont j'examine ici les travaux. Profondément imbus tous trois de la notion *maladie*, ils ont bien vu que si les découvertes physiologiques actuelles ont jeté une vive lumière sur *le mécanisme de l'accès* d'épilepsie, elles ont laissé dans une obscurité aussi profonde que par le passé le mécanisme de la *maladie* elle-même, avec ses intermissions surprenantes, ses retours imprévus, ses formes diverses, avec tous ces caractères, enfin, qui établissent une limite infranchissable entre l'épilepsie morbide et l'épilepsie artificielle. Malgré cette sage réserve, les auteurs se sont empressés de profiter de toutes ces données nouvelles pour rendre compte du mode de production de l'accès et des phénomènes qui le caractérisent. Reynolds surtout a fait dans ce but de louables efforts, et tout ce chapitre (chap. V) sera lu avec le plus vif intérêt. Comme Sieweking, comme Radcliffe, l'auteur s'est élevé contre l'importance exagérée que Marshall-Hall avait attribuée au laryngisme, et il a cité quelques cas très curieux dans lesquels on a vu survenir des accès *complets* d'épilepsie chez des individus trachéotomisés; un seul fait de ce genre juge la question; mais d'ailleurs, on peut ajouter aux cas rapportés par Reynolds, les observations publiées par Wynn Williams (Med. Times, 1860); dans la première, la trachéotomie, pratiquée chez un jeune homme de dix-huit ans, qui était épileptique depuis plus de dix années, est restée sans effet; pendant les six mois qui ont suivi l'opération, les attaques ont été plus rares et moins violentes; au bout de ce temps, elles ont reparu aussi fréquentes qu'auparavant. Dans le second fait, il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, dont les accès avaient lieu indistinctement le jour et la nuit; le malade fut trachéotomisé, et, quoiqu'il supportât très bien la canule à demeure, les attaques ont été simplement éloignées, mais elles n'ont pas disparu. Il résulte de là que le laryngisme n'est point la cause unique ni même la cause principale de l'état asphyxique, qui produit les convulsions cloniques de l'épilepsie. Cette asphyxie momentanée doit être attribuée avant tout, comme le veut Reynolds, à l'immobilité anomale des parois thoraciques et du diaphragme.

Mais, tandis que nos trois auteurs sont d'accord avec Brown-Séquard et van der Kolk pour admettre l'existence d'un état asphyxique au début du deuxième stade de l'accès, ils diffèrent entre eux lorsqu'il s'agit d'interpréter l'influence qu'exerce cette asphyxie sur le développement des convulsions cloniques. Sieweking et Reynolds invoquent l'action irritante spéciale du sang noir sur les centres nerveux; Radcliffe, s'appuyant sur les expériences de Kussmaul et Tenner, rapporte les convulsions, non pas à la présence du sang veineux, mais à l'absence du sang artériel; c'est cette absence de sang rouge qui est, à ses yeux, le fait fondamental. Au début de l'accès, elle est produite par la contraction des vaisseaux de l'encéphale et de la tête; pendant le second stade, vu la suspension de l'hématose, les artères contiennent du sang veineux; donc, ici encore c'est le défaut de sang artériel qui doit être mis en cause. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur cette question, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que la partie la plus difficile du problème pathogénique est encore à résoudre. Voici en effet deux points qui sont définitivement acquis, et sur lesquels tout le monde est d'accord : au début de l'attaque, anémie cérébrale par *resserrement des artères du cerveau;* au commencement du deuxième stade, congestion veineuse des centres nerveux parce que les artères ne contiennent que du sang noir. Jusque-là tout va bien; mais comment expliquer la succession de ces deux stades? Les artères du cerveau sont donc redevenues perméables? Comment et pourquoi le sont-elles devenues? Qu'on songe en outre à la durée infiniment courte de la période tonique, et l'on pourra se demander à bon droit si cet espace de temps suffit en réalité pour déterminer l'*asphyxie des centres nerveux*. Là est la vraie difficulté, et je ne sache pas qu'aucun physiologiste ait répondu à ces objections.

J'ai dit plus haut que Radcliffe professe sur l'épilepsie une opinion toute personnelle; il importe de la faire connaître en quelques mots, car elle repose sur une doctrine physiologique entièrement nouvelle, qui peut être résumée ainsi : Ce n'est pas la contraction, c'est l'*élongation* (relâchement) qui est la propriété caractéristique des muscles. Dans un muscle *allongé* (non contracté), il existe, entre les diverses molécules, un état de polarité réciproque, qui est la cause de l'allongement; la contraction est due à la suspension momentanée de cet état de polarité; le muscle est alors abandonné à l'action de la force attractive qui fait partie intégrante des molécules musculaires. L'*élongation* des muscles est déterminée par l'influence physique de certains agents (*électricité*, *influx nerveux*) qui annihilent l'effet de la contraction moléculaire. L'influence de ces agents vient-elle à être suspendue, la contraction moléculaire se manifeste, et le muscle *se raccourcit* (se contracte). Cette interprétation, ajoute l'auteur, est la seule qui permette de concevoir le phénomène de la rigidité cadavérique. Ici, toutes les influences (*électriques*, *nerveuses*), qui combattent, pendant la vie, l'attraction moléculaire, sont définitivement détruites, et le raccourcissement du muscle persiste jusqu'au moment où les tissus sont atteints par la décomposition.

Radcliffe a consacré la première partie de son ouvrage à l'exposé de cette doctrine; malgré son apparence paradoxale, elle sera prise en sérieuse considération par tous ceux qui accorderont une attention suffisante aux savantes démonstrations que l'auteur a accumulées en faveur de sa manière de voir. Je ne prétends pas dire qu'il faille dès à présent accomplir une révolution physiologique aussi profonde, mais je crois qu'il serait utile de ne pas abandonner sans discussion une doctrine qui a été entrevue par Charles Bell, que Radcliffe défend depuis plus de dix années avec l'ardeur et la persévérance de la conviction la plus absolue, et qui a pour elle enfin bon nombre de faits et d'expériences (*électricité animale*) inconciliables avec la théorie ancienne.

On prévoit aisément quelle doit être pour la pathogénie de l'accès épileptique la conséquence de ces idées nouvelles. C'est bien dans l'encéphale, et en particulier dans la moelle allongée, que Radcliffe localise le point de départ des accidents; c'est bien encore un trouble fonctionnel qu'il invoque; mais, loin de voir dans les phénomènes de l'attaque le résultat d'une excitabilité exagérée du centre réflexe, il y voit la conséquence d'une dépression considérable de l'activité normale; cette inertie est due à l'absence du sang artériel. Quant à la contraction vasculaire du début, qui peut seule expliquer le défaut de sang rouge, l'auteur l'attribue à l'affaiblissement subit de l'action des nerfs vaso-moteurs. En tant qu'appliquée à l'épilepsie, la doctrine de Radcliffe a pour elle, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà, les remarquables expériences par lesquelles Kussmaul et Tenner ont démontré l'influence des hémorrhagies artérielles sur le développement des convulsions épileptiformes.

En terminant ici un compte rendu qui, malgré sa longueur, est nécessairement fort incomplet, je renvoie le lecteur avec une pleine confiance aux ouvrages originaux, dans l'étude desquels il trouvera, j'en suis certain, le même intérêt que moi-

(1) Désireux de combler, au moins en partie, une lacune de notre littérature médicale, j'ai fait connaître avec plus de détails les conclusions de Brown-Séquard dans une note à ma traduction des *Leçons cliniques* de Graves, t. I, p. 669. J'ai également signalé dans cette note les recherches de Van der Kolk. J.

Digitized by Google

même. C'est assurément une véritable bonne fortune pour le critique que de pouvoir signaler, à côté des produits mort-nés de la littérature médicale, trois ouvrages auxquels un mérite réel assure une légitime et respectable longévité.

Dr JACCOUD.

V

VARIÉTÉS.

Aux termes de la loi du 11 mars 1803, sur l'exercice de la médecine, et l'arrêté du 8 juin 1805, nul ne peut exercer la profession de médecin ou de chirurgien dans le département de la Seine, s'il n'a préalablement fait enregistrer son diplôme aux secrétariats de la préfecture et des deux sous-préfectures de Sceaux et de Saint-Denis.

1,729 docteurs en médecine et en chirurgie ayant accompli ces formalités exerçaient à Paris dans le cours de l'année 1861.

440 étaient membres de l'ordre de la Légion d'honneur: 1 grand-officier, 15 commandeurs, 63 officiers et 361 chevaliers.

Ainsi, sur 4 médecins ou chirurgiens, 1 est décoré. La proportion des croix est beaucoup mois grande parmi les avocats inscrits au tableau de la Cour impériale.

Sur 696 avocats que nous trouvons dans l'*Almanach impérial*, 40 seulement sont décorés (1 commandeur, 4 officiers et 35 chevaliers). Il convient de remarquer à ce sujet que beaucoup de médecins rentrent dans la catégorie des fonctionnaires par les emplois qu'ils occupent, soit dans les hôpitaux, soit dans les différents services de l'assistance, de la garde nationale et de la santé publique. (*Le Temps*.)

— Par arrêté du 28 décembre, M. le docteur Bertrand, médecin du lycée impérial de Châteauroux, a été nommé officier d'académie.

— Parmi les noms des lauréats de la Société impériale et centrale d'agriculture de France, nous trouvons avec plaisir ceux de deux de nos confrères. M. le docteur Sirand, à Larnagol (Lot), a obtenu une médaille d'or pour ses expériences séricicoles, et M. le docteur Loiseau, à Paris, une médaille d'argent pour son procédé de greffe de rameaux sur racines.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1862. Ont été élus :

Président, M. Ad. Garnier (de l'Institut); vice-président, M. Delasiauve; secrétaire général, M. Archambault; secrétaire, M. Loiseau; archiviste-trésorier, M. Brochin; membre du comité de publication, MM. Cerise, Michéa, Buchez et Legrand du Saulle.

— Dans sa séance du 30 décembre dernier, la Société impériale de médecine de Lyon a élu vice-président M. le docteur Gubian père. MM. les docteurs Chavanne et Delore ont été élus secrétaires adjoints.

— M. Guyot, officier de santé à Haudelaincourt (Meuse), vient d'être lâchement assassiné. La vengeance a été, paraît-il, le seul mobile de l'assassin.

— Par arrêté du préfet de police du 30 décembre 1861, et conformément aux propositions qui lui ont été faites par le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Bouchardat a été nommé vice-président, et M. Ad. Trébuchet, secrétaire de ce conseil, pour l'année 1862.

— La Société médicale du troisième arrondissement a renouvelé la composition de son bureau pour l'année 1862, ainsi qu'il suit :

Président, M. Fleury ; vice-président, M. Patissier ; secrétaire-général, M. Géry (Émile) ; secrétaire annuel, M. Collineau ; trésorier, M. Bouley ; membres du conseil de famille, MM. Escoffier, Goide, Lambert, Perrin.

— Les journaux anglais annoncent la mort d'une jeune fille de dix-neuf ans, ouvrière dans une fabrique de fleurs artificielles. Elle était spécialement occupée, depuis seize mois, à la préparation des feuilles. L'arsénite de cuivre, substance qui sert à les colorer en vert, a été retrouvé en quantité considérable dans son foie, ses poumons et ses glandes mésentériques. Peu de temps auparavant, sa sœur était morte dans les mêmes conditions, et, comme elle, d'une gastro-entérite.

« Les fleurs dont vous vous parez, a donc pu dire le journaliste à ses élégantes compatriotes ; les fleurs dont vous vous parez, sont celles qui croissent sur la tombe de ces pauvres victimes! » — (*Gazette médicale de Lyon*.)

— Par décret du 27 décembre 1861, ont été nommés à deux emplois de médecin principal de 1re classe, MM. Durand et Goze ; à trois emplois de médecin principal de 2e classe, MM. Bouffar, Minvielle et Pasquier.

— Par divers décrets, ont été nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins ou pharmaciens militaires dont les noms suivent :

Au grade de commandeur, M. Maillot, médecine inspecteur ; au grade d'officier, MM. Majesté, André, Moras, Gestin ; au grade de chevalier, MM. Mauduit, Balansa, Lecœur, Martin, Leclerc, Bonnet, Siflet, Pancrazj, Langellier-Bellevue, Latour, Hugoulin et Le Dantec.

— M. Lemaire, chef du bureau des hôpitaux au ministère de la guerre, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

— En exécution de l'arrêté de M. le gouverneur général de l'Algérie, qui répartit en trois classes MM. les médecins de colonisation des trois provinces, ont été nommés dans le département d'Alger :

De 1re classe, MM. Sierzputowski, Payn, Verger et Gandillon; de 2e classe, MM. Barbarin, Georges, Robert, Garny, Daratz, Caron; de 3e classe, MM. Siviale, Gay, Puzin, Bidault, Durand, Desarbres, Besset, Miergues, Roche et Goret.

— La Société médicale d'Amiens, formant le comité central de vaccine du département de la Somme, a tenu sa séance annuelle le 29 décembre. M. le docteur Thuillier fils, secrétaire de la Société, a proclamé les noms des vaccinateurs qui ont mérité des récompenses.

M. le docteur Herbet a rendu compte des travaux sur la question qui avait été mise au concours en 1861, et qui est la suivante : *Traité élémentaire d'hygiène des campagnes.* (Indiquer les mesures générales qui pourraient être prises dans l'intérêt de cette hygiène par les autorités communales et départementales.)

Les lauréats sont :

1° *Prix.* — Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à M. Malapert (Alphonse), docteur en médecine, associé correspondant de la Société médicale d'Amiens, à Gamaches (Somme) ;

2° *Mentions honorables.* — M. Chabrier (Achille), docteur en médecine à Aix (Bouches-du-Rhône), et M. Palais, docteur en médecine à Montmirail (Marne).

A la fin de la séance, M. le secrétaire rappelle que la Société médicale a décidé qu'elle décernerait, dans sa séance publique annuelle de 1862, une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*Hygiène des ouvriers occupés dans les filatures.*

Dans sa séance du 27 décembre 1861, la Société a, en outre, décidé qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. serait décernée en 1863 à l'auteur du mémoire sur la question suivante : *De l'alcoolisme et de ses effets pathologiques sur l'individu et sa descendance.*

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DU TUBERCULE AU POINT DE VUE DE SON SIÈGE, DE SON ÉVOLUTION ET DE SA NATURE, par le docteur *J.-A. Villemin*, répétiteur à l'École impériale de service de santé militaire. In-8 de 95 pages, avec 4 planches lithographiées d'après nature. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

LES ALTITUDES DE L'AMÉRIQUE TROPICALE COMPARÉES AU NIVEAU DES MERS, AU POINT DE VUE DE LA CONSTITUTION MÉDICALE, par *D. Jourdanet*. In-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

DU LARYNGOSCOPE AU POINT DE VUE PRATIQUE, par le docteur *Ch. Fauvel*. Mémoire accompagné de 3 planches. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

MM. les docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expirait le 31 décembre 1861 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 15 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de *vingt-quatre francs*, payable le 31 *janvier* 1862.

Le titre et la table du tome VIII (année 1861) de la GAZETTE HEBDOMADAIRE seront adressés à MM. les abonnés à la fin du mois de janvier courant.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 17 JANVIER 1862. — N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine. Hygiène hospitalière. — Incident relatif au dernier rapport de M. Robert. — Encore un mot sur la vaccine de Rivalta. — **II. Travaux originaux.** Sur les abcès de fosse iliaque. — **III. Revue clinique.** Clinique de l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler : Observation de tumeurs cancéreuses de la base du crâne comprimant la protubérance et le bulbe, avec paralysie de la sixième paire, du lingual, du glosso-pharyngien et du facial gauches, faiblesse paralytique des membres, etc.; mort, autopsie. — **IV. Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — **V. Revue des journaux.** Fistule stercorale, suite de tuberculisation de l'intestin. — Sur un cas rare d'helminthiasis. — Sur l'emploi des courants électriques dans la pratique médicale. — Un cas de rhumatisme cérébral. — Renseignements statistiques sur l'accouchement prématuré artificiel. — **VI. Bibliographie.** Traité de chirurgie navale, suivi de Leçons sur le service chirurgical de la flotte. — **VII. Variétés.** — **VIII. Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — **IX. Feuilleton.** Pratique médicale : Du somnambulisme ; question de jurisprudence.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 14 janvier courant, le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé membres de la commission chargée de réviser le *Codex ou pharmacopée française* et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage, M. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la même Faculté.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 16 janvier 1862.

Académie de médecine : HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — INCIDENT RELATIF AU DERNIER RAPPORT DE M. ROBERT. — ENCORE UN MOT SUR LES VACCINATIONS DE RIVALTA.

Le discours prononcé mardi dernier à l'Académie de médecine doit compter parmi les principaux documents du débat engagé sur l'hygiène hospitalière. Il a été, en effet, remarquable autant par l'élégante clarté de la diction que par la précision et l'évidence toute particulière des faits allégués. Les questions d'hygiène publique, celles surtout qui se rapportent aux *circumfusa*, ont souvent cela d'embarrassant qu'elles se compliquent d'éléments nombreux, divers, dont les actions se mêlent et s'obscurcissent mutuellement. Aussi y a-t-il presque toujours avantage à les étudier au sein d'agglomérations soumises *d'une manière permanente* à des conditions d'existence et à une discipline communes, telles que les armées ou les pensionnats. Là, en effet, cessent d'être applicables une partie des objections qu'on adresse aux faits tirés de la population urbaine ou même des hôpitaux, et qu'on emprunte aux différences d'âge, de régime habituel, de profession, etc. L'avantage devient plus grand encore si l'étude porte sur des espèces animales inférieures à l'homme, parce que l'influence des causes hygiéniques s'accentue mieux que chez l'homme dans beaucoup de ces espèces, notamment chez le cheval, qu'on fait maigrir ou engraisser, pour ainsi dire, à volonté; dont on peut développer capricieusement une partie du corps aux dépens des

FEUILLETON.

Pratique médicale du somnambulisme; question de jurisprudence.

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA CONFÉRENCE DES AVOCATS, PAR A. GAUTIER DE VALBREY, SECRÉTAIRE (1).

.....Si l'on s'en rapporte à un document émané de la commission médicale de 1831, on peut regarder comme avéré que les procédés de magnétisation, quelles que soient leur cause et leur nature, produisent les phénomènes suivants : un sommeil plus ou moins intense ; une certaine insensibilité ; une surexcitation des facultés intellectuelles.

Mais s'il y a du vrai dans ces phénomènes de l'état extatique, il est encore plus vrai que cet état d'extase peut n'être qu'une feinte; ces symptômes apparents peuvent n'être qu'une grimace. A côté du savant ou du visionnaire, comme l'on voudra, vient se placer l'imposteur. Pour celui-là, les pratiques de Mesmer ne sont qu'un moyen de réclame et de jonglerie.

Inventeur d'un nouveau genre, la seule vertu qu'il ait reconnue au magnétisme, c'est celle, peut-être la plus sûre de toutes, d'attirer beaucoup de curieux et beaucoup de dupes. La grande vogue de l'*enfer à convulsions* et du fameux *baquet*, autour duquel les plus nobles figures de la cour de Louis XVI sont venues se ranger en cercle, avait déjà suscité Cagliostro. Aujourd'hui encore le prestige ne s'est qu'à demi dissipé. Et parmi les révélations surprenantes que la science magnétique apporte chaque jour à notre siècle, elle a surtout le don de révéler à certains industriels un singulier moyen de fortune.

(1) Ce rapport a été discuté à la conférence des avocats dans la séance du 28 décembre dernier. La conférence a conclu à la négative. Nous aurons occasion de revenir sur cette question.

Digitized by Google

autres; qu'on peut livrer, par des pratiques connues, aux atteintes d'une maladie déterminée, comme la morve. Or, les faits qui ont servi de base à l'argumentation de M. Renault étaient, pour la plupart, empruntés aux armées, et concernaient exclusivement les chevaux.

Ces faits, nous l'avons dit, ont une signification remarquable. Impossible de mieux isoler et de rendre plus flagrante la funeste influence d'une seule condition hygiénique. On voit la mortalité générale et la fréquence de la morve s'accroître ou diminuer, dans de grandes proportions, à mesure qu'on réduit ou qu'on augmente la quantité d'air respirable. En France ou en Allemagne, à l'armée ou à l'école d'Alfort, à toutes les phases des enquêtes, le résultat demeure le même. Et cette démonstration quasi-mathématique, où la *preuve* suit la première constatation, où le fait reste attaché à la cause présumée, se montrant ou disparaissant avec elle, cette démonstration est donnée deux fois : une fois pour les chevaux sains, une autre pour les chevaux malades. Entassés dans une écurie trop étroite ou mal ventilée, les uns sont bientôt en proie à la morve et autres affections mortelles; les seconds ne guérissent que difficilement des maux les plus légers, et puisent la fièvre purulente dans la moindre suppuration, dans une écorchure du garot ou dans la plaie d'un séton; suivant une expression pittoresque de l'orateur, ils n'avaient reçu, pour entrer à l'infirmerie, qu'un *billet d'équarrissage*.

On consultera pour les détails le discours même de M. Renault. Là où les chiffres ont si légitimement et si éloquemment la parole, nous n'avons rien de mieux à faire que de la leur laisser. Souhaitons seulement que M. Michel Lévy et M. Larrey répondent à l'appel indirect qui leur a été adressé et viennent apporter dans cet important débat le contingent si précieux de leurs observations à l'armée d'Orient et à celle d'Italie.

— Entre ce discours et celui de M. Davenne, sur lequel nous aurons occasion de revenir, s'est placé un incident assez singulier. Il paraît que des instruments ou appareils présentés à l'Académie, et qui doivent faire l'objet d'un rapport, sont souvent renvoyés, par une interprétation quelque peu libre de l'art. 20 du règlement, à la *Commission des remèdes secrets ou nouveaux*. En raison de cette circonstance, un chirurgien a été récemment adjoint à la commission. Mais auparavant celle-ci se bornait, quand elle ne se trouvait pas suffisamment compétente, à consulter officieusement tel membre de l'Académie qu'on jugeait convenable; et c'est ainsi que le nouveau pessaire de M. Grandcollot était venu entre les mains de M. Robert, avec cette mention écrite sur le dossier par M. le secrétaire perpétuel : *Renvoyé à M. Robert*. Cet honorable membre a cru assez naturellement que l'envoi lui arrivait du bureau, qu'on lui demandait conséquemment un rapport; et ce rapport, il l'a fait, comme on sait, dans la séance du 7 janvier. Or, mardi dernier, M. Bouillaud, président, a donné avis à l'Académie de l'erreur où était tombé M. Robert, et annoncé qu'*un nouveau rapport* serait présenté par la commission des remèdes secrets ou nouveaux. De là conflit. L'Académie aurait-t-elle le droit de modifier des conclusions votées par l'Académie, sauf une légère rectification de formes laissée aux soins de M. Robert, et faite aujourd'hui? M. Robert, M. Bouley et M. Guérin disent *non*, et le bureau dit *oui*.

Le bureau aura beau faire, il pourra maintenir abstractivement le droit de la commission, il ne pourra lui en rendre réellement l'exercice. La commission est, en effet, ou obligée de conclure comme M. Robert, — et une opinion imposée n'est pas digne d'elle, — ou condamnée à voir ses conclusions rejetées par l'Académie, qui assurément ne se déjugera pas, et qui serait même autorisée à ne pas voter du tout. Le bureau ne peut oublier que la principale faute, s'il y en a une, vient de lui; car l'embarras actuel procède, non de ce que M. Robert s'est cru à tort rapporteur, mais bien de ce que le bureau l'a accepté comme tel et *appelé* comme tel à la tribune. Il nous semble dès lors que le bureau n'est pas dans la situation la meilleure possible pour déclarer la nullité d'un rapport et, du même coup, la nullité d'un vote de la compagnie. Le plus sage, selon nous, eût été d'aboucher avant la séance M. Robert avec la commission. Un mot du président de cette commission, expliquant le malentendu à l'Académie, mais en même temps déclarant adhérer au rapport présenté, ou, si elle avait des scrupules, déclinant sa mission (ce qui est toujours permis), n'aurait soulevé aucune objection. En ce moment encore, nous regardons cette conduite comme la meilleure que puisse suivre la commission.

A. D.

LA GAZZETTA MEDICA ITALIANA (province sarde) du 15 décembre 1861 nous apporte un nouveau travail du docteur Albertetti sur les événements de Rivalta, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (*Gazette hebdomadaire*, 1861,

---

Qu'un homme sans position et sans ressources, près de s'abîmer dans la misère, cherche des yeux un secours désespéré, le magnétisme charitable lui tend une branche, il devient *magnétiseur!* Mais on ne magnétise pas seul ; il cherche encore, il aperçoit dans les champs une pauvre fille infortunée comme lui : il a trouvé sa *somnambule!*

Peut-être, du reste, sont-ils réellement magnétiseurs et somnambules; sans doute, il ne faut pas de longues études pour acquérir la faculté des miracles. Il est possible, comme l'affirmaient les prévenus dans les procès récents, que ce soit un « don de la nature ». Ou encore, se font-ils illusion, et, jouets de leurs propres hallucinations en même temps qu'ils en sont les artisans, trouvent-ils en eux-mêmes leurs premières dupes? Ici nouvelle hésitation. Qui oserait dire qu'ils ne sont pas de bonne foi? A quoi distinguer les charlatans, vêtus du même manteau que les vrais adeptes, portant les mêmes noms, contrefaisant les mêmes gestes? La négative qui veut leur assurer l'impunité va triompher : elle dira qu'il n'appartient pas à la justice de se constituer en académie; qu'il faut que la loi s'abstienne devant un doute qui arrêterait la science elle-même. Non, messieurs, la fourberie n'est pas une copie tellement exacte de la sincérité qu'il soit impossible de reconnaître le masque. A quel signe? A un signe bien manifeste : c'est que les faux adeptes ont l'idée, pour augmenter leur clientèle de tout ce que peut fournir l'éternelle crédulité, de rattacher au mesmérisme l'art universel de guérir tous les maux, et l'art universel de deviner et pronostiquer toutes les phases du présent, du passé et de l'avenir. Quand on rencontrera dans les feuilles publiques une annonce comme celle-ci : « L'œil de la somnambule est comme l'œil de Dieu : il est partout, il voit, entend et comprend tout ce qui regarde le consultant selon ses sympathies et son amour de la vérité », alors on ne pourra plus s'y méprendre : évidemment ces gens-là, à l'héritage honorable de Puységur, qui les renierait, ont joint l'héritage des sybilles et des astrologues, qu'ils ont adapté au goût moderne. Ce n'est plus d'un trépied, ni de l'antre de Trophonius, ni d'un

Digitized by Google

n° 49). Le docteur de Katt a publié dans la GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA (1861, n° 48) les observations de 24 enfants, et il a complété ainsi son compte rendu sur l'état sanitaire des 46 enfants contaminés. Or, y a-t-il dans ces nouveaux renseignements des motifs suffisants pour conclure, dans le cas particulier, à la transmission de la syphilis par la vaccine? C'est là ce que le docteur Albertetti s'est proposé d'examiner. Aujourd'hui, comme au mois de novembre, il répond par la négative, et nous nous associons de grand cœur à ses conclusions, car il n'est pas d'observation, il n'est pas d'argument qui puisse infirmer la valeur des faits suivants, qui sont définitivement acquis au débat : 1° le vaccin conservé dans les tubes qui ont été fournis à M. Coggiola par le conservateur d'Acqui a été inoculé à un enfant parfaitement sain, et né de parents également sains; 2° chez cet enfant (Chiabrera, le premier vaccinifère) l'évolution de la vaccine a été de tous points normale; elle a abouti, après le temps ordinaire, à une cicatrisation régulière, et les cicatrices ont gardé jusqu'à ce jour leurs caractères naturels; 3° c'est avec le liquide provenant de ces boutons qu'on a vacciné au dixième jour les enfants de la première série, au nombre de 46; 4° un des enfants de cette seconde série a fourni, également au dixième jour, le liquide qui a servi à la vaccination de la seconde série (17).

Albertetti fait remarquer avec toute raison que dans de telles conditions, et même en tenant compte de la présence du sang dans le liquide vaccinal qui a servi à l'inoculation des enfants de la première série, il est impossible d'admettre une transmission réelle de la syphilis par la vaccine. En effet, Chiabrera était parfaitement sain au moment où il a été vacciné; par conséquent il n'a pu transmettre par son sang une syphilis dont il n'était pas atteint lui-même. Prétendrait-on, *par hasard, que Chiabrera* a été infecté par le vaccin des *tubes, et qu'il a pu*, de la sorte, devenir pour les autres enfants une source d'infection? L'argument n'est pas plus soutenable, car la vaccine a été chez lui parfaitement normale, et d'ailleurs si le liquide des tubes a donné la syphilis au petit Chiabrera, il n'a pu lui transmettre qu'une syphilis constitutionnelle, et celle-ci ne pouvait assurément pas être en activité à l'époque indiquée par le rapport. Rappelons enfin que, dans notre premier article, nous avons fait connaître les remarquables expériences du docteur Lalagade, lesquelles démontrent d'une façon irréfragable que l'inoculation du sang des syphilitiques n'est *pas toujours* suivie d'infection.

En résumé, Chiabrera n'a pu être infecté par le vaccin des tubes du conservateur d'Acqui; si l'on veut rapporter à cet enfant l'infection des petits vaccinés, il faut admettre chez lui une syphilis antérieure; mais il est établi par le rapport lui-même qu'il était parfaitement indemne, conséquemment il ne reste aucun argument, aucune raison plausible en faveur de l'existence d'une syphilis vaccinale. Pour nous, nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions il y a un mois : nous voyons dans l'histoire de Rivalta deux ordres de faits bien distincts : la vaccination des enfants, et l'apparition de la syphilis constitutionnelle chez un certain nombre d'entre eux; voilà ce qui est certain, incontestable; ces deux ordres de faits se sont succédé, voilà ce qui est encore évident; mais nous ne saurions aller plus loin; nous constatons bien entre tous ces faits un rapport de coïncidence, mais nous y cherchons vainement une relation de causalité. Qu'il nous soit permis, en terminant, de féliciter le docteur Albertetti de la sagacité, de l'habileté remarquables avec lesquelles il a élucidé cette question si obscure.

D^r^ JACCOUD.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE. *Rapport sur un travail de M. le docteur Collineau*, par M. le docteur BAUCHET, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc.; lu à la Société de médecine dans la séance du 6 décembre.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un travail qui vous a été présenté par M. le docteur Collineau. J'ai accepté avec plaisir la tâche que vous m'avez confiée, parce que le sujet traité par notre confrère m'avait déjà vivement intéressé, et que j'en avais fait l'objet de recherches spéciales.

Je puis tout de suite ajouter que le mémoire de M. Collineau devait rendre mon travail encore plus attrayant, car il est bien fait, bien écrit, et a été de la part de l'auteur l'occasion de recherches approfondies.

M. Collineau n'a traité qu'un seul point de l'histoire des abcès de la fosse iliaque, mais il a été complet dans ce qu'il a étudié.

Permettez-moi, messieurs, sans perdre de vue l'objet de mon rapport, d'essayer d'esquisser devant vous la question des abcès de la fosse iliaque. Chemin faisant, je vous montrerai ce

---

livre cabalistique, que sortent désormais les oracles, c'est d'un fauteuil où est une femme endormie. Mais c'est toujours la même foule qui s'empresse, c'est toujours le même or sacrifié pour de vaines paroles, c'est toujours la scandaleuse richesse de l'imposteur.

Que la négative ne cherche pas à nous abuser sur ce prétendu don prophétique; qu'elle ne s'efforce pas d'en établir l'authenticité par des témoignages nombreux. Il ne servirait à rien de recueillir les exemples surprenants de lucidité dont les somnambules ont donné plus d'une fois des preuves. Il est certain qu'on a pu constater d'étranges coïncidences entre les réponses et les faits. Mais qu'est-ce à dire, et qui doutera que ce ne soit une coïncidence purement fortuite? Il est impossible que les somnambules n'aient jamais deviné juste au milieu de tant de rêves et de divagations; seulement il se fait beaucoup moins de bruit autour des erreurs du Prophète. C'est l'histoire des devins de tous les temps, et déjà Montaigne faisait la même observation sur ceux du XVI^e^ siècle : « A tant dire, il faut qu'ils dient et la vérité et le mensonge. Je ne les estime de rien mieux... Joinct que personne ne tient registre de leurs mescomptes, d'autant qu'ils sont ordinaires et infinis, et faict-on valoir leurs divinations de ce qu'elles sont rares, incroyables, prodigieuses. Ainsi répondit Diagoras... à celui qui, en lui montrant au temple force vœux et tableaux de ceux qui avaient échappé le naufrage, lui dict : — Eh bien, vous qui pensez que les dieux mettent à nonchaloir les choses humaines, que dites-vous de tant d'hommes sauvés par leur grâce? — Il se faict ainsi, répondit-il, ceux-là ne sont pas peincts qui sont demourez noyez, en bien plus grand nombre. »

On pourra donc regarder comme acquis à la discussion la fausseté de ces nouveaux nécromanciens. Voilà sur quelles gens l'affirmative appelle la sévérité de la loi. Elle demande s'il leur sera permis de vivre sur la crédulité publique? Non. L'art. 405 du Code pénal punit ceux qui, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance

Digitized by Google

qu'a dit M. Collineau, et j'insisterai plus spécialement sur les points qu'il vous a exposés.

ESQUISSE RAPIDE DE CES ABCÈS.

L'étude de ces abcès est importante. Marche insidieuse de la maladie, difficulté quelquefois assez grande de diagnostic au début, profondeur du foyer; migration difficile du pus, lenteur dans la marche de l'affection, foyer souvent considérable, dangers des accidents d'intoxication putride, et pourtant guérison assez fréquente, tels sont les caractères qui distinguent ces abcès et obligent de les étudier à part.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.

C'est surtout dans le siècle dernier que les médecins, les chirurgiens et notamment les accoucheurs se sont occupés de ces abcès. Je citerai ici les noms de Delamotte, Ledran, Levret, Bourienne, Puzos, Deleurye. Dans ce siècle, je mentionnerai les leçons de Dupuytren, de M. Velpeau; les travaux de Dance, insérés dans le *Repertoire d'anatomie et de physiologie*: de M. Ménière, dans les *Archives de médecine*; de MM. Protay, Lebâtard; et les thèses de MM. Monnot, 1846; Simon, 1848; Protesch, 1850. J'insisterai surtout sur le mémoire si remarquable de M. Grisolle, inséré dans les *Archives de médecine* de 1839, et les articles de son *Traité de médecine*, si justement appréciés.

Ce court historique, bien indiqué par M. Collineau, est encore augmenté de recherches faites dans les travaux publiés depuis 1859, et il a donné le résumé des observations publiées jusqu'à cette époque.

LIMITES DE CES ABCÈS.

Précisons bien la limite de ces abcès : Les abcès de la fosse iliaque occupent toute la région limitée en haut par un plan transversal passant par le bord supérieur des crêtes iliaques; en dehors, par ces mêmes crêtes; en dedans, par le détroit supérieur du bassin; en bas, par l'arcade de Fallope et les organes qui passent sous cette bride aponévrotique.

DIVISION SUIVANT LEUR ORIGINE.

Suivant *leur origine, leur point de départ*, les abcès de la fosse iliaque peuvent être divisés en :

1° *Vrais*, c'est-à-dire les abcès qui ont leur origine dans la fosse iliaque, et y parcourent les diverses phases de leur évolution;

2° *De voisinage*, venant des reins, du rectum, de la vessie, de l'utérus, du vagin, du péritoine (hématocèle rétro-utérine), des bourses séreuses placées sur la branche horizontale du pubis et au-devant de l'articulation coxo-fémorale, etc.

M. Collineau, qui s'est tout spécialement occupé des abcès postpuerpéraux, a bien indiqué cette différence quand il distingue les abcès nés dans la fosse iliaque des abcès péri-utérins qui peuvent se propager dans cette région; ce qui du reste, comme l'ont dit les auteurs et comme l'a répété notre confrère, est très rare.

3° *De passage* : tels sont les abcès par congestion.

Je ne m'occuperai spécialement que des premiers, et le sujet, ainsi limité, est encore assez vaste.

DIVISION SUIVANT LEUR FORME.

Les abcès de la fosse iliaque proprement dits présentent, suivant leur forme, des différences essentielles; aussi peut-on les distinguer en abcès *chauds* et en abcès *froids*.

J'ai déjà élagué les abcès de voisinage et de passage; je serai bref aussi sur les abcès froids proprement dits, qui ont pour origine soit une altération de l'os coxal, soit une lésion de l'articulation sacro-iliaque. Ces abcès en effet, par leur étiologie, leur diagnostic, leur pronostic et les indications thérapeutiques qu'ils réclament, doivent être rangés à côté des abcès par congestion, et n'offrent rien de spécial dans la région qui nous occupe, surtout quand je songe au sujet traité par M. Collineau. J'en parlerai pourtant, mais brièvement, dans le cours de cette esquisse.

Etudions donc les *abcès chauds idiopathiques* de la fosse iliaque.

DIVISION SUIVANT LEUR SIÉGE.

Suivant leur siége, ils doivent être divisés en plusieurs classes, savoir :

Abcès péritonéaux, sous-péritonéaux, iliaques.

Essayons de justifier brièvement cette classification.

Caractères anatomiques. — Dans les autopsies qui ont pu être pratiquées, on a constaté que la poche purulente pouvait être placée au-devant du fascia iliaca, sous le fascia ou dans le muscle psoas.

Elle offre des dimensions variables, et peut envoyer des prolongements dans différentes régions. Son ouverture peut se faire à l'extérieur ou dans des organes divers; dans l'intestin, le rectum (Rigaud), l'utérus (Dance, Depaul), le vagin (surtout à gauche); dans la vessie (Dance, James, Johnson), près du grand trochanter (Vigla, Velpeau), dans l'articulation coxo-fémorale (Grisolle, Aubry), dans les deux fosses iliaques (Aug. Bérard); ce qui avait fait dire à tort à Levret que la maladie disparaissait d'un côté pour reparaître de l'autre; et le pus, dans certaines conditions peut contenir des matières fécales, ce qui est rare pourtant.

Au niveau de la communication, quand elle existe entre l'abcès et l'intestin, on rencontre souvent un bourrelet muqueux faisant saillie tantôt vers l'abcès, tantôt vers l'intestin, circonstance qui a été bien signalée par MM. Ménière et Aug. Bérard, et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

D'autres fois, l'abcès est situé dans le péritoine, et le pus

---

d'un événement chimérique, se seraient fait remettre des fonds. C'est bien là notre hypothèse. Voilà avec quel texte de loi nous vengerons la morale offensée. Et, en effet, l'escroquerie étant ainsi définie, nous en rencontrons tous les éléments. *Le pouvoir imaginaire* dont parle notre article, il existe; c'est ce prétendu don de divination, c'est ce pouvoir occulte de tout connaître et de tout guérir. Les *manœuvres frauduleuses* pour faire croire à la réalité de cette puissance, c'est l'annonce pompeusement insérée dans les journaux, ce sont les récits mensongers qu'on répand, c'est la propagande souvent salariée, c'est l'appareil ostensible qu'on déploie : le cabinet sombre et mystérieux, la somnambule qu'on s'est adjointe. Quant à l'*espérance* ou la *crainte chimériques*, il ne nous est pas difficile de les rencontrer l'une et l'autre palpitantes dans l'antichambre de cette somnambule. N'a-t-on pas fait appel aux inquiétudes de l'amour maternel, aux tourments des malades, aux angoisses des malheureux? Ce n'est pas seulement la crédulité qu'on exploite, c'est le désespoir, c'est la souffrance, c'est la faiblesse d'un esprit égaré par son anxiété, et le penchant involontaire de l'homme à chercher du secours là même où il en espère le moins. Ce qu'il y a de merveilleux et de fantastique dans ces supercheries est loin de nuire à leur popularité. C'est un goût invétéré du genre humain d'entrer en relation avec le monde immatériel. La réalité des maux qu'on endure ici-bas fait chercher un refuge dans un idéal meilleur. Le bon sens étant chose terrible, on se précipite sur la négation du bon sens. La lumière blesse, on cherche les ténèbres.

Mais ceux qui se font les complices de cette faiblesse, qui bâtissent leurs fortunes sur de semblables misères et qui entretiennent ces espoirs insensés, sauf à les châtier ensuite par des déceptions, ceux-là pourront-ils continuer impunément leur coupable métier?

Il le faudra pourtant bien, dira la négative. Que sont-ils, après tout? Des sorciers, des devins. Cela est même douteux. Mais enfin, pour les sorciers et les devins, il y a une législation spéciale qui se contente avec raison de les frapper de peines

Digitized by Google

enkysté dans cette région forme une collection plus ou moins considérable.

Enfin, si cette altération a pour origine une inflammation de la gaine du psoas, la poche est béante, le pus est placé dans l'enveloppe de ce muscle, et est mélangé de débris musculaires, cellulaires, etc.

Dans les abcès placés au-devant du fascia iliaca, l'appendice cæcal est quelquefois perdu au milieu de la collection; il est parfois déchiré, d'autres fois profondément altéré. J'ai vu, dans un cas, l'appendice cæcal perforé par un noyau de cerise et baignant dans le pus.

Suivant le siége de l'abcès, en un mot, on retrouve plus ou moins altérés les organes qui en ont été le point de départ. Les vaisseaux et les nerfs sont parfois comme disséqués au milieu de ce putrilage; ou bien, et heureusement c'est là le cas le plus fréquent, ces organes sont rejetés sur les parois d'un foyer bien circonscrit et bien limité.

Nous trouvons donc deux variétés principales d'abcès : l'une *intrapéritonéale*, l'autre *extrapéritonéale*. Cette seconde variété se subdivise elle-même en deux sous-variétés : la première occupant le tissu cellulaire sous-péritonéal, la seconde ayant son siége dans la gaine du psoas. M. Collineau, dans le travail qu'il nous a lu, n'a eu en vue que les abcès du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

ÉTIOLOGIE. — AGE.

On a décrit quelques-uns de ces abcès chez les enfants, et chez eux l'abcès affectait surtout une forme dont nous parlerons dans un instant : la forme des abcès ganglionnaires.

Ces abcès sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Chez la femme, ils surviennent surtout dans l'état puerpéral. C'est ici surtout que nous félicitons notre confrère sur la manière dont il a traité la question. Ils se montrent en général dans les douze, quinze jours, trois semaines, ou le premier *mois qui suivent l'accouchement*. Leur formation est en général précédée d'accidents du côté de l'ovaire, des trompes, des ligaments larges.

Ils surviennent surtout chez les femmes de vingt à trente ans, et surtout chez celles qui jouissent d'une bonne constitution.

Dans l'état puerpéral, ils sont plus fréquents à gauche qu'à droite. Cette opinion des auteurs anciens avait été combattue par Dance; mais les observations de M. Grisolle ont corroboré l'opinion des auteurs anciens. La raison en est bien obscure, et je ne puis attacher d'importance à l'opinion qui reliait ces abcès à l'inclinaison à droite de l'utérus chargé du produit de la conception.

Ils seraient plus fréquents chez les primipares (Piolay). Le docteur Kyll, médecin allemand qui a fait un bon travail sur le psoïtis, donnait, comme étiologie de ces abcès, l'écartement trop considérable des cuisses pendant l'accouchement, de là un tiraillement des muscles psoas, etc. M. Collineau, qui nous a rapporté une observation fort bien prise, où nous assistons aux diverses phases du développement de l'abcès, a, de son côté, dans la partie descriptive de son travail, insisté avec raison sur les tiraillements, les déchirures du tissu cellulaire de la fosse iliaque, pour essayer d'expliquer la formation et le développement de ces abcès.

En dehors de la puerpéralité, les abcès sont plus fréquents à droite qu'à gauche. Nous verrons tout à l'heure le rôle que jouent la typhlite et la pérityphlite dans la production de ces lésions (52 contre 20), plus fréquentes surtout chez l'homme (Dupuytren, Ménière, Dance). M. Grisolle, sur 56 cas, a trouvé 46 hommes et 10 femmes.

Les professions jouent-elles un certain rôle dans la production de ces abcès? L'opinion de M. Ménière, qui prétendait que les broyeurs de couleurs, et en général les hommes qui respirent des poussières minérales y étaient plus spécialement prédisposés, n'est rien moins que démontrée.

Parmi les affections qui, en dehors de la puerpéralité, peuvent donner lieu à ces abcès, nous citerons les maladies de l'intestin, et surtout du cæcum et de son appendice. C'est ce qui ressort surtout des travaux d'Albers de Brême, que nous connaissons par une traduction de Pigné, sur la typhlite et la pérityphlite, des travaux de Dance et de MM. Ménière, Lebâtard, Théalier, John Burne en 1838, et de M. Merling, qui, la même année, a soutenu à Heidelberg une excellente thèse sur les affections de l'appendice cæcal. Citons encore un travail plus récent et très remarquable de M. Leudet fils (de Rouen).

Les affections ganglionnaires peuvent aussi donner lieu aux abcès de la fosse iliaque. Les fatigues musculaires, les efforts, les ruptures du psoas iliaque, les violences extérieures, les épanchements sanguins, les coups, les pressions exercées sur la fosse iliaque, ainsi que l'a noté Bourrienne, les projectiles lancés par la poudre à canon (John Bell), les corps étrangers introduits par l'estomac et arrêtés dans le cæcum, telles en sont les autres causes, que nous pouvons invoquer.

Les auteurs du siècle dernier, Puzos entre autres, admettaient une métastase laiteuse. Ces théories sur le déplacement des tumeurs sont tombées aujourd'hui en désuétude, mais il faut tenir compte pourtant de ce qui se passe au sein de l'organisme, quand les femmes n'allaitent pas leurs enfants. Le sang qui devait fournir la sécrétion lactée est déversé dans le torrent général de la circulation, et il peut en résulter, si quelque cause accidentelle vient déterminer un afflux sanguin dans une région quelconque, une cause d'aggravation ou de développement de la maladie. Ainsi, M. Grisolle a constaté que chez toutes les femmes qui avaient été atteintes d'abcès de la fosse iliaque, aucune n'avait allaité son enfant.

---

de simple police. Quant à l'art. 405, cet article rigoureux est inapplicable, car il n'y a au fond de tout cela aucun des éléments de l'escroquerie.

Un mensonge flagrant, soit; beaucoup de bruit autour de ce mensonge, soit encore. Mais, d'une part, la mauvaise foi n'est pas l'escroquerie; les promesses trompeuses, la jactance d'un pouvoir imaginaire, lorsqu'elles se réduisent à des allégations, n'appartiennent qu'au dol civil. C'est ce que répéteront tous les criminalistes; c'est ce que décide une jurisprudence presque unanime qui ne regarde pas le simple mensonge, quelque énorme qu'il soit, et peut-être même à raison de son énormité, comme constituant une manœuvre frauduleuse suffisante. Et d'autre part, à supposer qu'il y ait manœuvres frauduleuses, il faut encore distinguer; car, fût-elle accompagnée d'une certaine mise en scène et d'un certain appareil, il faut cependant que la comédie soit jouée avec assez d'art pour faire illusion à un esprit raisonnable. Or, ici quels artifices plus grossiers peut-on imaginer? Quel est donc ce pouvoir qu'on s'attribue? Le pouvoir de produire l'impossible. Auprès de qui prétend-on avoir du crédit? Tout au plus auprès des dieux. Y a-t-il là de quoi captiver la confiance d'un être sensé? Bâtir chimère sur chimère, est-ce tromper? Là où le piége se voit, peut-on dire qu'il y ait piége? Que nous parle-t-on d'espérances déçues, de craintes exploitées? Quel est celui qui place son espérance dans le sommeil révélateur d'une femme nerveuse? Quel est l'esprit assez dénué de forces, l'âme assez abattue, l'infortune assez délaissée d'amitiés et de consolations pour chercher la fin de ses maux dans le cabinet d'un ignorant, lucide à 20 francs la consultation? Qui peut se laisser prendre à des annonces comme celles que nous avons citées? Nous aimons à croire, pour l'honneur du genre humain, qu'on n'aborde guère le magnétiseur de profession qu'avec un sentiment de doute et de scepticisme, et que l'argent dont on se dépouille pour lui est plutôt le prix de la curiosité que l'offrande de la confiance.

Telle n'est pas la manière de voir des partisans de l'affirma-

Digitized by Google

Notons enfin, pour compléter ce tableau rapidement tracé, la carie, la nécrose, la tuberculisation de l'os coxal et de l'articulation sacro-iliaque, mais ces causes déterminent surtout la production d'abcès froids symptomatiques.

Symptômes.

Une fois développée, l'inflammation de la fosse iliaque s'annonce par un cortége de symptômes que nous allons étudier avec soin ; nous la diviserons en quatre périodes.

M. Collineau, qui n'avait en vue que de traiter des abcès puerpéraux, a divisé l'étude de la symptomatologie en deux périodes, suivant que la tumeur marchait vers la suppuration, ou que le pus était déjà formé. Il a été complet dans sa description, et ce chapitre de son mémoire n'est pas le moins intéressant.

Pour ma part, je crois qu'il est préférable de multiplier davantage les périodes dans la symptomatologie de cette affection. Cette division, à mon avis, rend plus facile la description de l'ensemble des signes qui, dans leur évolution, caractérisent les abcès de la fosse iliaque. J'admettrai donc quatre périodes :

Première période. — Empâtement.
Deuxième période. — Suppuration profonde.
Troisième période. — Suppuration superficielle.
Quatrième période. — Ouverture du foyer.

Nous examinerons d'abord les symptômes communs à toutes les phlegmasies de la fosse iliaque, et puis les symptômes propres à quelques variétés d'abcès de cette région.

Symptômes communs.

Première période. — Douleur, constipations, quelquefois diarrhée au début.

La douleur d'abord diffuse finit par se localiser.

Le frisson manque très souvent, mais il y a des troubles gastriques et de la fièvre ; et enfin, on perçoit au palper une tuméfaction profonde.

La douleur surtout constitue un phénomène important sur lequel, avec raison, a insisté M. Collineau.

L'exploration de la fosse iliaque est quelquefois difficile. La tumeur, quand elle existe, et qu'elle est appréciable au palper, apparaît plus ou moins vite. M. Grisolle l'a notée au bout de quarante-huit heures, Dance au bout de trois à quatre jours.

La tuméfaction est profonde, quelquefois en plaque, ou bien globuleuse ; parfois même elle est assez mobile et peut se déplacer.

Deuxième période. — Suppuration profonde. La douleur persiste et s'accompagne de frissons répétés, de sueur, etc. La fièvre revient le soir. Quelquefois on constate une rémission des symptômes, mais elle n'est que momentanée, et bientôt le gonflement augmente et devient appréciable à l'œil. L'exploration est difficile, parfois à cause de l'embonpoint, mais souvent à cause de la douleur et de la contraction des muscles. Avec l'empâtement survient souvent de l'œdème, et bientôt on sent une fluctuation profonde, en même temps que la peau prend une coloration rouge. Fréquemment, la constipation existe avec une grande difficulté d'excréter les gaz. La douleur augmente avec la toux et les moindres mouvements. La tumeur est aplatie ou saillante.

Troisième période. — Souvent alors la constipation cesse ; la tumeur est appréciable à la vue ; elle fait saillie en différents points, suivant son origine, mais surtout dans l'état puerpéral, ainsi que l'a indiqué M. Collineau, au-dessus de l'arcade de Fallope.

La percussion peut fournir des signes précieux : nous allons y revenir.

On sent la fluctuation ; la peau est rouge, amincie, mais la douleur moindre. L'œdème persiste quelquefois.

La percussion accuse souvent de la matité, mais il n'est pas très rare de trouver au contraire de la sonoréité. M. Collineau a étudié ce point avec soin.

S'il n'y a que de la matité, ce signe est précieux et permet d'agir sans crainte ; mais quand il existe de la sonoréité, celle-ci peut être rapportée à plusieurs causes. Elle peut tenir à la présence d'une anse intestinale, ainsi que l'a bien dit M. Collineau ; d'un autre côté, elle peut être rapportée à d'autres circonstances.

Les abcès de la fosse iliaque, de même que les abcès de la marge de l'anus, de même que tous les abcès qui se développent au pourtour d'un organe creux qui renferme habituellement ou laisse passer des gaz, peuvent eux-mêmes contenir des gaz. Tantôt ils sont dus au passage direct des gaz, de l'organe creux dans le foyer, tantôt ils se développent sans qu'il existe entre la collection purulente et l'organe la moindre communication ; ils viennent là, pour ainsi dire, par exosmose ; et, chose curieuse et bien prouvée aujourd'hui, les gaz ainsi développés ont une odeur qui rappelle tout à fait celle des gaz contenus dans l'organe du voisinage. Ces abcès constituent des abcès fétides, mais qui peuvent guérir comme des abcès simples ; seulement, la présence des gaz établit une indication d'agir vite. Il ne faut pas les laisser séjourner dans le foyer, car ils peuvent devenir le point de départ d'accidents graves, résultant de la décomposition du pus et de l'altération profonde et gangréneuse du tissu cellulaire.

Disons-le tout de suite, il ne faut pas trop s'effrayer de la présence de ces gaz et redouter l'incision du foyer. Toutes les fois que la tumeur est superficielle, bien fluctuante, si la tumeur est sonore à la percussion, on peut inciser sans crainte, on ne court pas risque de rencontrer sous le bistouri une anse intesti-

---

tive. Ce qui prouve que la fraude n'est pas aussi grossière qu'on le prétend, c'est le succès qu'elle obtient, c'est le prompt enrichissement qu'elle procure. Que ce succès soit plus général et plus complet chez les personnes les moins douées de sagacité et de lumières, c'est possible ; mais qu'importe ! Il est, d'ailleurs, inexact de dire que la fraude, pour être grossière, doive rester impunie ; qu'on est moins escroc parce qu'on est moins adroit ou qu'on recrute des dupes plus faciles. Il ne faut pas croire que la loi retire sa protection à la faiblesse de l'intelligence ou à l'aveuglement du cœur. « La prudence, dit Faustin Hélie, dépend de l'instruction qu'on a été à même de recevoir. C'est une mesure toute relative. Ce qu'il faut examiner, c'est si les manœuvres étaient de nature à égarer la prévoyance de celui-là même qui se plaint, en raison de son état, de son éducation, de sa position. » C'est en ce sens qu'un arrêt de la Cour de cassation du 23 mai 1806, cité par Morin, a déclaré coupable d'escroquerie « un individu qui, ayant persuadé à différents particuliers que les ombres des morts apparaissaient aux vivants, qu'elles venaient réclamer des prières pour se rédimer des flammes du purgatoire, et qu'en cas de refus elles envoyaient des maladies aux hommes et aux animaux, s'était fait compter par ces personnes crédules diverses sommes d'argent destinées à faire dire des messes, mais qu'il s'était appropriées. »

Mais il y a mieux, et nous pouvons laisser de côté ces arguments. Aux yeux de l'affirmative, le magnétiseur n'est pas un empirique ordinaire, un simple sorcier des temps passés : il est plus coupable qu'eux ; sa culpabilité est d'autant plus grande qu'il ne craint pas d'emprunter à la science ses inventions, ses qualifications, ses titres de noblesse, son martyrologe même. Il sophistique ce qu'il y a de plus sacré sur terre : le travail des intelligences sérieuses. Il dérobe les phénomènes magnétiques au sanctuaire laborieux qui les a révélés ; il les fait servir d'instrument à ses captieuses promesses. Ce n'est pas simplement dans des sources vaines auxquelles on ne croit plus, dans la magie, dans l'influence des astres, ni dans les

Digitized by Google

rale. Si cette sonorité devait être attribuée à la présence de l'intestin, le foyer serait profond, non saillant, se porterait dans une direction opposée à l'arcade de Fallope, et ne s'accompagnerait pas de rougeur à la peau.

Je ne voulais par m'appesantir plus tard sur ce point, et j'ai tenu à dire tout de suite ce qui avait trait à la percussion. Revenons maintenant à notre description générale.

Quatrième période. — La poche s'ouvre à l'extérieur et se vide, ou bien elle s'affaisse tout à coup et vient se vider dans l'intestin ou un organe voisin. Il peut se montrer plusieurs poches en différents points, et cela se conçoit, si l'on songe un instant à la disposition du tissu cellulaire de la région iliaque.

Lorsque l'abcès est dans le péritoine, il reste confiné dans la région où les adhérences l'ont relégué.

Quand il a son siége dans la gaine du psoas, il descend, guidé par la coulisse aponévrotique, le long de cette gaine, vers le grand trochanter, et dans certains cas, fuse en passant dans l'articulation, vous en savez la cause ; mais quand le pus s'est développé dans le tissu cellulaire, il peut fuser vers l'arcade crurale ou descendre avec les vaisseaux dans la cuisse, ou dans le bassin avec les vaisseaux et nerfs de la vessie, de l'utérus et du rectum ; ou bien encore passer par-dessus la colonne sacro-vertébrale, et gagner la fosse iliaque du côté opposé.

M. Collineau a indiqué avec soin ce dernier chemin que peut suivre la suppuration, et qui paraît en effet bien singulier. Cette complication, pour n'être pas fréquente, n'est pourtant pas très rare.

Il résulte de ce que je viens de dire, qu'un abcès peut se présenter en même temps en différents points. Voici un exemple curieux qui vient à l'appui de ce que j'avance.

Un malade entre dans mon service à l'hôpital du Midi (1859), pendant que je remplaçais M. Ricord. Il avait dans la fosse iliaque une tumeur ganglionnaire profonde ; cette tumeur se ramollit, et donna lieu à une collection purulente remontant en avant jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope.

En même temps que je constatais l'existence de ce foyer, je trouvai à la partie supérieure de la cuisse une tumeur fluctuante sur le côté de laquelle battait l'artère crurale. Cette seconde poche communiquait avec la première. On pouvait aisément, en pressant sur elle, faire remonter le pus au-dessus de l'arcade de Fallope, et alors l'artère battait au milieu de la poche. Ce n'est pas tout : à la partie postérieure de la cuisse, on sentait une troisième tumeur fluctuante, communiquant avec la seconde, et l'on pouvait en pressant sur l'une des trois poches, et en la vidant, remplir les deux autres. De ces trois parties, la supérieure plus considérable, était transversale, parallèle à l'arcade crurale ; la seconde, allongée dans le sens de l'axe de la cuisse conoïde ; la troisième, arrondie. Le pus formé dans la fosse iliaque avait fusé le long du trajet de l'artère fémorale, où il avait constitué une seconde poche ; puis il avait rencontré le trou donnant passage à l'artère fémorale profonde et était passé par cette voie à la partie postérieure de la cuisse.

J'ajouterai, pour en finir avec cette observation, que je pratiquai une injection iodée dans la poche supérieure préalablement bien vidée, et qu'une seule injection suffit pour amener en quelques semaines l'oblitération complète des trois poches. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri, et je ne l'ai pas revu.

III

REVUE CLINIQUE.

Clinique de l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler.

OBSERVATION DE TUMEURS CANCEREUSES DE LA BASE DU CRANE COMPRIMANT LA PROTUBÉRANCE ET LE BULBE, AVEC PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE, DU LINGUAL, DU GLOSSO-PHARYNGIEN ET DU FACIAL GAUCHES, FAIBLESSE PARALYTIQUE DES MEMBRES, ETC. ; MORT ; AUTOPSIE, recueillie par M. DURANTI, interne de service.

L'anatomie et la physiologie du système nerveux, aujourd'hui mieux connues, permettent d'atteindre, en quelques circonstances, à une précision de diagnostic sans exemple avant l'époque contemporaine. Le cas suivant, relatif à un malade soigné d'abord par le savant rédacteur en chef de ce journal, mérite d'être signalé comme l'un des plus satisfaisants quant à la concordance rigoureuse des prévisions cliniques avec les lésions constatées à l'autopsie.

OBS. — Nicolas L...., âgé de quarante-cinq ans, maître d'hôtel, est entré à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler, salle Saint Louis, n° 24, le 23 mai 1861. — Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, et l'on ne peut trouver ni chez lui, ni chez ses parents, aucune trace d'une diathèse scrofuleuse, syphilitique ou cancéreuse. — C'est au 8 octobre 1860 qu'il fait remonter le début de sa maladie. Ce jour-là, étant au théâtre, il fut pris subitement d'une très violente douleur de tête, s'étendant à gauche depuis le front jusqu'à l'occiput. (Ce symptôme a toujours persisté depuis en variant d'intensité.) Ses amis le voyant très pâle, le reconduisirent chez lui ; il ne se coucha qu'à une heure du matin, dormit fort mal, et le lendemain matin il s'aperçut qu'il ne voyait plus. Cette perte complète de la vue dura dix jours, pendant lesquels il fut soumis à l'électrisation, puis sa vision se rétablit peu à peu, et se conserva sans beaucoup de troubles jusqu'à ce jour ; mais en même temps se manifesta un strabisme convergent des deux yeux, qu'il a toujours conservé. Le malade resta cinq mois dans cet état sans aggravation notable faisant son service de maître d'hôtel. Une fois, il serait tombé en tournant sur lui-même. Il lui arrivait souvent, dit-il, d'avoir des mouvements très maladroits, et dans ces circonstances, c'étaient ses yeux qui semblaient mal diriger ses mains.

Quelque temps avant son entrée à l'hôpital, il consulta le docteur Sichel qui lui dit qu'il avait une paralysie de la sixième paire, et lui conseilla d'attendre. Le 15 mai, le docteur Dechambre lui fit placer un séton

---

combinaisons des cartes, ni dans les linéaments de la main, qu'il va puiser ses inspirations divinatoires; mais il usurpe un procédé bien connu, à qui les corps savants accordent de surprenants effets, et dans lequel les classes de la société les plus éclairées ont pu mettre leur confiance. Qu'il soit vrai ou faux, le magnétisme existe. Et le doute suffit pour donner à la fraude une apparence scientifique, une autorité, un prestige qui explique fort bien le nombre des croyants et des enthousiastes.

A quoi la négative a beaucoup à répondre. Que la science soit ou non compromise, parce qu'on la fait dégénérer en trafic ; qu'il y ait abus, qu'il y ait travestissement, qu'il y ait profanation, il n'appartient qu'au mépris public d'en faire justice. Aujourd'hui l'on ne chasse plus les marchands du temple ; sans quoi ce ne serait pas seulement les somnambules devineresses qu'il faudrait poursuivre, ce serait tous les charlatans, et quel est leur nombre ! L'on pourrait aller bien loin. De l'abus, il y en a partout, dans la médecine elle-même; qu'est-ce donc que tous ces spécifiques impuissants qui se débitent sur la foi d'une signature souvent recommandable et à l'abri d'un diplôme qu'on déshonore? Dans le commerce, qu'est-ce donc que toutes les réclames, toutes les affiches trompeuses, les annonces de gros dividendes, les billets de loterie? Dans les religions de tous les pays, qu'était-ce donc que l'oracle de Delphes? qu'étaient, au moyen âge, toutes ces distributions de fausses reliques et de talismans, toute cette vogue de pèlerinages et la vente des indulgences? Où s'arrêter? où la cupidité n'a-t-elle pas amené des fraudes et des simulacres? où la crédulité n'a-t-elle pas amené des dupes? Et cependant, qui poursuit-on pour escroquerie?

C'est qu'il y a, messieurs, une grande différence entre l'homme qui agit sur le public et l'homme qui se choisit dans la société une victime isolée, qui la circonvient et l'entoure de ses embûches, qui l'éblouit par de fausses apparences et lui arrache, sans qu'elle s'en doute, la fortune qu'il convoitait. Quand, au contraire, c'est à la multitude qu'on adresse ses belles promesses, chacun a la possibilité de les contrôler; cha-

Digitized by Google

a la nuque, dans le but de calmer les douleurs de tête, le malade en éprouva un grand soulagement pendant une quinzaine de jours.

Dans le courant du mois d'avril, Nicolas L... perdit le goût, il ne distinguait plus les viandes des légumes. Depuis la fin du mois de mai il perd ses forces, il a de la peine à se tenir debout, et c'est pour cela qu'il se décide à entrer dans notre service.

État actuel. — Ce qui frappe tout d'abord chez ce malade, c'est l'expression de tristesse de sa figure, dont les traits sont étirés, et portent l'empreinte d'un grand découragement. La parole est libre, mais le ton est traînant et plaintif, les réponses sont justes et l'intelligence parfaitement conservée.

Les deux yeux sont affectés de strabisme convergent. Cette déviation tient à une paralysie des deux moteurs oculaires externes, car quand on fait suivre aux yeux un objet, ils peuvent se mouvoir vers l'angle interne, mais ils refusent de dépasser en dehors la ligne médiane. Le muscle droit externe gauche paraît plus paralysé que celui du côté droit. Les pupilles sont contractées et mobiles, la vue n'est pas notablement troublée. Légère hémiplégie faciale gauche. La bouche est un peu contournée à droite, la langue n'offre pas de déviation notable, il n'y a pas de différence de température appréciable à la main, entre les deux joues.

En interrogeant successivement les fonctions des divers nerfs crâniens, on constate que l'odorat est intact ainsi que l'ouïe, mais la langue a perdu la sensation des saveurs dans toute la moitié gauche. M. Gubler s'est assuré du fait en employant alternativement de l'aloès, du sucre et du sel. Toutefois il fait remarquer que la sensation gustative n'est pas absolument abolie, car le sel est reconnu après quelque hésitation, elle semblerait plutôt pervertie à en juger d'après les appréciations du sujet qui déclare éprouver une sensation d'amertume lorsqu'il a du sucre sur le côté gauche de la langue. Du reste cet organe est chargé d'un enduit jaunâtre épais, il y a des nausées et des vomissements muqueux, l'appétit est perdu. A l'auscultation, on trouve la respiration normale, il n'y a ni toux ni fièvre et les battements du cœur sont réguliers. Depuis dix jours, le malade est d'une grande faiblesse, on est obligé de le maintenir, dans la station debout, et il penche toujours à gauche, parce que la jambe gauche est plus faible. Rien de semblable n'existe du côté des membres supérieurs, la sensibilité générale est conservée. On prescrit une potion avec iodure de potassium 0gr,25, vin de quinquina 60 grammes. Eau de Seltz.

Les vomissements ayant redoublé, l'iodure de potassium est supprimé six jours après.

Le 1er juin, L... tombe dans la salle après avoir tourné sur lui-même, du côté gauche, à ce que prétendent ses voisins, et sans perdre connaissance. Pas de contracture ni de convulsions, pas d'altération de la mémoire. Vomissements alimentaires le soir. Pendant le reste de son séjour à l'hôpital, les mêmes symptômes ont persisté en s'aggravant. La faiblesse va en augmentant, la figure s'altère et s'amaigrit.

Le 30 juin on trouve le malade dans un état très grave, il y a du râle trachéal, la face et la conjonctive du côté gauche sont vivement congestionnés, leur coloration tranche sur celle du côté opposé. La température de la joue et de l'oreille gauche est aussi d'une grande intensité. En examinant de plus près l'œil du côté malade, M. Gubler fait remarquer que les vaisseaux radiés du pourtour de la cornée sont également injectés, et qu'une lame superficielle de la cornée transparente, ramollie et détachée, simule la toile glaiseuse. Après l'avoir déplacée on trouve au-dessous une perte de substance occupant le tiers inférieur du disque cornéal. L'intelligence est conservée, mais le pouls est fréquent et très faible. Mort dans cet état le 13 juillet à trois heures du matin.

Autopsie. — Après avoir enlevé le cerveau, on trouve sur la base du crâne une tumeur du volume d'une pomme d'api, allongée d'arrière en avant, pyriforme et irrégulièrement bosselée, d'une couleur gris jaunâtre, parsemée de points violacés, correspondant à des veines gorgées de sang.

Cette tumeur implantée par sa base sur l'apophyse basilaire, au-devant du trou occipital, remonte obliquement en haut et en avant suivant la direction de cette apophyse, sa consistance est molle, ses principales bosselures sont fluctuantes. Elle est constituée par une sorte de membrane fibreuse blanchâtre, contenant une matière jaunâtre cérébriforme. Les bosselures fluctuantes correspondent à des cavités kystiques remplies d'une substance gélatineuse, transparente, colloïde. Les méninges qui la recouvrent sont injectées, épaissies, sans trace d'épanchement sanguin. Quant à la substance cérébrale elle-même, elle est comprimée fortement de manière à offrir une concavité exactement correspondante à la convexité de la tumeur, et dans laquelle on pourrait loger la moitié d'un œuf de poule. Cette concavité très régulière s'étend de la partie postérieure à gauche de la protubérance jusqu'à la partie inférieure du bulbe, en intéressant surtout la moitié gauche de ce dernier organe. Les nerfs moteurs oculaires externes tout à fait comprimés, ont presque disparu, celui du côté gauche est réduit à un même filet demi-transparent, cellulo-vasculaire, adhérent à la tumeur. Les nerfs facial et glosso-pharyngien sont étalés et aplatis par la compression. Il en est de même du nerf trijumeau correspondant. Il n'y a pas d'altération appréciable à la vue dans le tissu nerveux de l'isthme et du bulbe. Dans la coupe du crâne pratiquée pour détacher la pièce pathologique, on constate la présence d'une tumeur analogue à celle qui vient d'être décrite, dans le sinus sphénoïdal. L'examen microscopique, fait par M. Gubler, montre dans la matière cérébriforme de la tumeur, de grosses cellules fusiformes, les unes effilées aux deux extrémités, les autres tronquées à une extrémité, effilées à l'autre, cellules dont quelques unes sont simplement ellipsoïdes, mais qui sont toutes pourvues d'un noyau allongé muni de gros nucléoles. M. Gubler considère ces éléments comme des cellules fibro-plastiques dégénérées. Dans la substance cérébrale comprimée on trouve des tubes nerveux dont le *cylinder axis* altéré est dissocié en de nombreuses granulations. Le foie, la rate et les reins sont sains. La muqueuse de l'intestin n'a pas été examinée.

En résumé, un homme de quarante-cinq ans, robuste et habituellement bien portant, sans antécédents morbides pouvant se rattacher à une diathèse quelconque, est pris subitement d'une violente douleur de tête, bientôt suivie d'une abolition complète de la vue. La vision se rétablit quelques jours après; mais il persiste un strabisme convergent contre lequel tout traitement reste impuissant. Au bout de quatre ou cinq mois, la sensation gustative commence à s'altérer; les forces diminuent peu à peu, et le malade se décide à entrer à l'hôpital le 23 mai. Là on constate une paralysie des deux moteurs oculaires externes, une légère hémiplégie faciale, une perversion très prononcée du goût, une faiblesse générale plus prononcée dans la jambe gauche, sans troubles de la sensibilité, une violente céphalalgie accompagnée de nausées et de vomissements.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'état du malade va en s'ag-

---

cun peut se renseigner à l'avance; y croit qui veut; on prévoit à quoi l'on s'expose, on sait à quelle somme s'élèvera la mystification, si mystification il y a. En un mot, il s'agit d'un acte délibéré et réfléchi; et par cela seul que la volonté a été libre, la loi doit ne pas intervenir. Quant à l'emprunt d'un nom et d'un procédé scientiques, quant aux insertions dans les journaux, quant au cabinet sombre et mystérieux, tous ces moyens usés ne font rien à l'affaire : c'est la voiture de l'empirique, c'est l'or qu'il jette à pleines poignées, c'est le compère qu'il fait monter près de lui, c'est le flacon chargé d'une étiquette prétentieuse. Et s'il se détache, parmi les spectateurs, un être confiant qui s'en rapporte à ce qu'on lui dit et qui se plaint ensuite d'avoir été trompé, eh bien, qu'on l'engage à se plaindre d'abord de son facile entraînement, et qu'on le renvoie à la morale de notre immortel fabuliste :

> Un fol allait criant par tous les carrefours
> Qu'il vendait la sagesse, et les mortels crédules
> De courir à l'achat : chacun fut diligent.
> On essuyait force grimaces,
> Puis on avait pour son argent
> Avec un bon soufflet un fil long de deux brasses.
> La plupart s'en fâchaient ; mais que leur servait-il ?
> C'étaient les plus moqués. Le mieux était de rire,
> Ou de s'en aller sans rien dire
> Avec son soufflet et son fil...

Et vous savez, messieurs, que le bonhomme conclut en disant :

> Vous n'êtes point trompé : ce fou vend la sagesse.

Et comme le bon sens est de tous les temps, un siècle plus tard, le savant Bailly, l'un des commissaires chargés en 1784 d'un rapport sur le magnétisme, est arrivé précisément à la même conclusion :

« Le magnétisme n'aura pas été tout à fait inutile à la philosophie qui le condamne; c'est un fait de plus à consigner dans

Digitized by Google

gravant. Les vomissements persistent, et il lui arrive de tomber sur le côté en tournant sur lui-même. La faiblesse augmente de plus en plus, et la mort survient le 13 juillet avec des phénomènes pouvant se rapporter à la paralysie du pneumogastrique.

Le diagnostic de M. Gubler était le suivant : Lésion de la protubérance au voisinage du sillon qui la sépare du bulbe, compromettant surtout les nerfs moteurs oculaires externes, s'étendant à gauche jusqu'aux nerfs facial, trijumeau, glosso-pharyngien, et finissant par atteindre le pneumogastrique. Mais il admettait en même temps que cette lésion de l'isthme devait être superficielle, puisque, intéressant si gravement certains nerfs émanés du sillon de séparation de la protubérance avec le bulbe, elle compromettait pourtant si peu le sentiment et le mouvement, surtout au début de l'affection. Une tumeur, dans l'opinion de M. Gubler, rendait bien compte de ces symptômes; seulement on ne possédait aucune donnée pour en fixer la nature. L'autopsie est venue confirmer de tous points ces prévisions, en montrant une production cancéreuse implantée sur la base du crâne, venant comprimer et altérer l'isthme de l'encéphale, et tous ceux des nerfs crâniens dont les troubles fonctionnels avaient pu être notés pendant la vie.

Réflexions. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur la parfaite corrélation du diagnostic avec la lésion constatée par la nécroscopie. L'analyse des divers troubles nerveux mettait ici sur la voie de la lésion, et a permis de l'établir pendant la vie avec une netteté trop rare dans ces sortes d'affection. Les douleurs de l'occiput et du front du côté gauche, suivant les trajets nerveux, accompagnaient l'irritation du trijumeau du même côté; l'hémiplégie faciale gauche, sans paralysie des membres; la lésion du nerf de la septième paire, le strabisme convergent, celle des deux moteurs oculaires externes; enfin, la perversion du goût se rattachait aussi à l'altération du glosso-pharyngien, de même que les vomissements et l'engouement pulmonaire survenu subitement en dernier lieu faisaient prévoir que la maladie avait fini par atteindre le pneumogastrique. La persistance des vomissements prenait encore dans ce cas une assez grande valeur; car, en admettant avec M. Hillairet l'importance de ce signe dans les lésions du cervelet, on pouvait ici le rattacher à la compression des pédoncules cérébelleux moyen inférieur du côté gauche, surtout si l'on rapproche de ce symptôme la faiblesse musculaire du même côté du corps et la chute avec tournoiements survenue une fois en notre absence, sans que le sens en ait pu être fixé d'une manière certaine.

Nous ferons encore remarquer, comme symptôme intéressant, l'hypérémie ultime de la moitié gauche de la face et le ramollissement de la cornée, qui permettaient de supposer que les anastomoses du grand sympathique venaient à être compromises à leur tour.

Il ne pouvait rester de doute dans le diagnostic que pour la nature de la tumeur; mais ici le doute était non-seulement permis, mais commandé par l'absence des signes permettant d'appuyer une hypothèse quelconque, aucun signe de tubercule dans le poumon, aucun accident syphilitique avoué, aucune lésion organique dans un point quelconque de l'économie ne venant donner le moindre indice à ce sujet. Le microscope pouvait seul éclairer la question après la mort; et, dans ce cas, il a établi l'existence d'une dégénérescence cancéreuse de la dure-mère, et la forme des éléments histologiques qu'il a fait découvrir démontre une fois de plus qu'il n'existe pas d'élément caractéristique des causes sans analogue dans l'économie. Ainsi que M. Gubler le soutenait dès 1849 à la Société de biologie et qu'il le professait dans ses leçons cliniques en 1855, et plus tard dans ses leçons orales de pathologie générale (1858-1859), la dégénérescence convulsive consiste en une altération pathologique des éléments histologiques de la région, éléments normaux ou adventifs. En vertu de ce que cet auteur appelle la loi d'*isoplasie*, les néoplasmes s'organisent, conformément au tissu ambiant, en cellules de parenchyme ou d'épithélium, ou bien en cellules fibro-plastiques. Les éléments cancéreux dérivent de l'un de ces éléments normaux des glandes, des membranes épidermiques ou du tissu conséctif. Les cancers qui ont leur origine dans les membranes fibreuses, telles que le périoste ou la dure-mère, sont formés d'éléments fibro-plastiques hypertrophiés, surchargés de graisse, obèses en un mot. Ici donc, formée par des éléments fibro-plastiques, la tumeur n'en était pas moins sa véritable cause, et la nature de ces éléments dépendait seulement de la nature du tissu dans lequel elle avait pris naissance.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

Physiologie. — *Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules*, par MM. *Chauveau* et *Marey* (deuxième note). — Le but de ce nouveau travail est de compléter la note des mêmes auteurs du 7 octobre dernier, et de répondre aux objections adressées par M. Beau au sujet de cette note.

Dans la théorie actuelle de M. Beau, telle qu'elle est exprimée dans les dernières publications de cet auteur, disent MM. Chauveau et Marey, le battement ventriculaire serait produit par la *diasto-systole* du ventricule, c'est-à-dire qu'il se compose de deux chocs, l'un diastolique, l'autre systolique, se

---

l'histoire des erreurs de l'esprit humain et une grande expérience sur le pouvoir de l'imagination. »

Disons mieux : on y va chercher des éclaircissements et des guérisons qu'on ne rencontre pas toujours; il se peut qu'on en rencontre d'autres auxquels on ne s'attendait guère. Mais il y aurait quelque chose de plus sérieux à approfondir : il a été reconnu par les autorités les plus compétentes que des remèdes prescrits par des imposteurs à des personnes prévenues ou crédules avaient pu produire quelquefois de bons effets. Et il n'y a rien là qui doive surprendre quand on sait l'influence qu'exerce la foi dans la guérison des maladies. C'est ainsi que la célèbre madame de Saint-Amour opérait des miracles avec un seul mot prononcé d'une voix vibrante et convaincue : « Levez-vous, vous êtes guéri ». Et en effet, l'on se levait et l'on était guéri. Le sourd entendait, et le muet parlait. Bailly avait raison, messieurs, la véritable enchanteresse, c'est l'imagination. Et n'est-on redevable de rien à celui qui sait évoquer, pour vous soulager, cette déesse puissante?

Quant aux oracles, ceux qui y vont chercher les émotions du merveilleux ne sont pas des victimes; ceux qui y vont l'âme inquiète y ont trouvé du calme. N'est-ce donc rien qu'un instant de trêve à nos inquiétudes? n'est-ce donc rien qu'un instant d'espoir dans la vie?

Je n'insiste pas, messieurs, sur les arguments de l'un et de l'autre système; je n'ai fait que les effleurer. Vos orateurs les développeront. Ceux de la négative trouveront un puissant auxiliaire dans les plaidoieries de l'éminent avocat (1) qui préside à nos modestes réunions, et qui assiste à vos progrès dans une science et dans un art où il a été notre maître avant d'être notre juge. Ils trouveront également dans la jurisprudence de grandes autorités en leur faveur. Quant à l'affirmative, il ne faut pas la croire désarmée : elle a ses partisans et ses arrêts; c'est généralement la thèse du ministère public. La Cour de

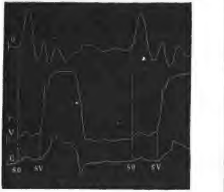
(1) M. Jules Favre.

Digitized by Google

suivant de très près, de si près même, que pour l'observateur ils ne font qu'un seul et même choc attribué à tort à la systole du ventricule.

Au nom de la logique, M. Beau demande à nos tracés la manifestation d'une diastole ventriculaire sous l'influence de la systole de l'oreillette. Nos tracés n'accusant pas ce mouvement, cet auteur est en droit de nous demander : « Que devient donc l'ondée lancée par l'oreillette? »

Pour nous, la dilatation du ventricule par l'oreillette est un phénomène accessoire qui n'est pas même nécessaire à l'accomplissement d'une circulation énergique. Lorsque le ventricule est déjà rempli par le retour du sang veineux, l'effet que produit sur lui la systole de l'oreillette est si peu intense que nos premiers appareils ne le signalaient pas. Mais, en présence de cette légitime réclamation, nous avons dû remédier à l'insuffisance de nos précédentes expériences. En donnant plus de sensibilité aux instruments, nous avons pu signaler la diastole du ventricule, et avec elle tous les petits mouvements accessoires qu'éprouve le sang dans les cavités du cœur, et même jusqu'à ce léger ébranlement que produit le claquement des valvules.



Nos tracés étant cette fois grandis dans leur amplitude et leur durée, nous avons dû restreindre à un et demi le nombre des battements du cœur représentés; du reste, dans cette figure, les trois lignes superposées ont la même signification que dans celle que nous avons déjà donnée dans notre précédent article.

La ligne O indique les mouvements de l'oreillette, la ligne V ceux du ventricule, et la ligne C les pulsations cardiaques. La description déjà donnée s'applique donc à ce nouveau tracé : seulement nous montrons aujourd'hui certains détails nouveaux.

Ainsi les lignes verticales SO, qui dans les trois tracés correspondent aux débuts des systoles de l'oreillette, sont partout suivies d'une ondulation due à cette systole elle-même. On peut voir sur le tracé O, dans lequel un appareil très sensible enregistre les mouvements de l'oreillette, que le moment de la systole est accusé par une élévation de pression très bien caractérisée. Dans le tracé du ventricule (ligne V), cet effet est également visible, mais moins que pour l'oreillette, à cause d'une sensibilité moindre de l'instrument. Enfin, sur la ligne C, qui indique les battements du ventricule contre la paroi thoracique, on voit que la diastole ventriculaire se traduit par un battement léger.

Le synchronisme de ces trois mouvements montre bien qu'ils ont la même origine : la systole de l'oreillette qui élève la pression du sang dans le ventricule et le dilate.

Cette diastole ventriculaire est complétement finie quand apparaissent la systole et le battement énergique qui lui correspond. Ces mouvements, dont le début est signalé par la ligne SV, sont tellement distincts des précédents, que nous croyons impossible de les confondre en un phénomène unique.

Il nous paraît évident que la systole ventriculaire et le choc qui l'accompagne correspondent seuls au battement puissant que la main ressent quand elle est appliquée sur le cœur.

Quant à la supposition d'une translation lente et graduelle du sang de l'oreillette dans le ventricule, c'est une hypothèse faite par M. Beau pour les besoins de la théorie qu'il défend. Outre qu'un tel retard semble à priori impossible pour le cas de deux cavités contiguës communiquant par un large orifice, l'inspection de la figure montre bien qu'il y a synchronisme entre la systole de l'oreillette et la diastole du ventricule qui lui correspond.

Nous ne pousserons pas plus loin la réfutation des objections qui nous ont été faites, notre but étant moins d'y répondre que de compléter une démonstration qui nous semblait être insuffisante. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — M. *A. Martin* adresse une description de cathéters cannelés qu'il a imaginés en 1858, et qui ont, suivant lui, de grands rapports, tant pour leur destination (médication topique permanente du canal de l'urèthre) que pour leur forme, avec des appareils présentés le 25 novembre à l'Académie au nom d'un chirurgien napolitain, M. *Vinci*. (*Comm.* : MM. Cloquet, Jobert, Civiale.)

MÉDECINE. — M. *Legrand du Saulle* soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : *Le froid et l'exercice de la chasse considérés comme causes de congestion cérébrale*. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer.)

---

cassation s'est prononcée pour elle en 1855. Je livre donc la question à vos orateurs; ils recourront, j'en suis sûr, pour amener en vous la persuasion, à une magie moins douteuse que celle du magnétisme, à celle d'une parole sympathique et d'un raisonnement solide, et ils sauront, en vous parlant des prodiges du sommeil, tenir éveillée, comme toujours, votre bienveillante attention.

— Dans la séance du 6 janvier dernier, M. *Velpeau* a été élu vice-président de l'Académie des sciences, à la majorité de 27 suffrages, contre 26 voies données à M. Balard et 1 à M. Andral.

— Par arrêté du 13 janvier, M. Coutenot, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Martin, décédé.

— Le principe du cumul des peines vient d'être consacré par un jugement du tribunal de Châteaudun, du 22 novembre 1861, ainsi conçu :

« Attendu qu'il est résulté de l'instruction, du débat et des aveux du prévenu la preuve qu'à Vieuvicq, le 8 septembre dernier, le sieur Goupil a pratiqué une opération chirurgicale sur la personne du sieur Hervet fils, en lui remettant une jambe qui était fracturée;

» Que les 13 et 20 septembre il est venu visiter le sieur Hervet;

» Et que le 30 du même mois il a levé l'appareil qu'il avait apposé le 8;

» Attendu que le prévenu n'avait pas de diplôme de docteur ni de certificat d'officier de santé;

» Qu'il a ainsi, à *quatre fois différentes*, exercé illégalement la chirurgie, fait prévu par les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI;

» Attendu que, suivant la jurisprudence, les peines encourues pour infraction à l'article 35 ne peuvent excéder les peines de simple police déterminées par les articles 465 et 466 du Code pénal, etc.;

» Attendu qu'en matière de contravention les peines se cumulent;

» Condamne le prévenu en quatre amendes de chacune 5 fr. envers les hospices. »

Digitized by Google

M. *Buisson* présente une note sur le traitement au moyen duquel il a guéri un cheval qui présentait tous les principaux symptômes de la *morve*. (*Renvoi à l'examen de* M. Rayer.)

Hygiène publique. — *Note sur le climat de la ville de Vienne (Autriche)*, par M. *G. Grimaud de Caux*. — Après une étude sommaire des lieux, de l'air et des eaux, l'auteur conclut que le climat de Vienne est vicié par les mouvements atmosphériques, par la prédominance des trois rhumbs de vent ouest, ouest-nord-ouest et nord-ouest. Il est vicié par les lieux : l'existence d'une fosse sans clôture hermétique, dans la cour de toutes les maisons, est une mauvaise condition d'hygiène. Il est vicié par les eaux, comme leur analyse le démontre.

M. Grimaud de Caux indique les moyens par lesquels on pourrait remédier à ces graves inconvénients.

Chimie appliquée. — *Note sur la composition d'ossements humains trouvés dans d'anciens tombeaux*, extrait d'une note de M. *J.-P. Couerbe*. — L'auteur, s'appuyant sur des analyses comparatives faites par Fourcroy et Vauquelin, Berzelius, Vogelsang, et récemment par lui-même, pense que, en divisant la perte de la matière organique d'un ossement par 3, le quotient représentera son âge en siècles.

Chirurgie. — M. *Legrand* transmet l'observation d'un cas pathologique dans lequel le mouvement des doigts de la main était accompagné de douleurs très vives, provenant, probablement, de l'inflammation des tendons fléchisseurs, inflammation survenue par suite de la morsure d'un écureuil.

Académie de Médecine.

Séance extraordinaire du 14 janvier 1862. — Présidence de M. Larrey, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Verneuil*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Trastour*, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes. (*Accepté*.) — *c*. La description d'un nouvel appareil destiné à éclairer le conduit auditif et la cavité buccale, par madame *Petitjean*. (*Comm.*: M. Gavarret.) — *d*. Une lettre par laquelle l'Académie des arts, sciences et belles-lettres du département de la Somme annonce qu'elle a mis au concours *la vie et les travaux* de Duméril. Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Lectures.

M. *Robert* donne lecture des conclusions de son rapport, modifiées, ainsi qu'il avait été convenu dans la dernière séance :

« J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le ministre que le pessaire de M. Grandcollot, à pièces articulées et mobiles, peut être une ressource précieuse dans certains cas d'abaissement de l'utérus considérables et rebelles à l'emploi des pessaires connus jusqu'à ce jour. »

Après quelques observations de MM. *Cloquet*, *Depaul*, *Chatin* et *Gibert*, ces conclusions sont adoptées.

Épidémies. — M. *Jolly*, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport officiel et général sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1860.

La séance est levée à quatre heures et demie.

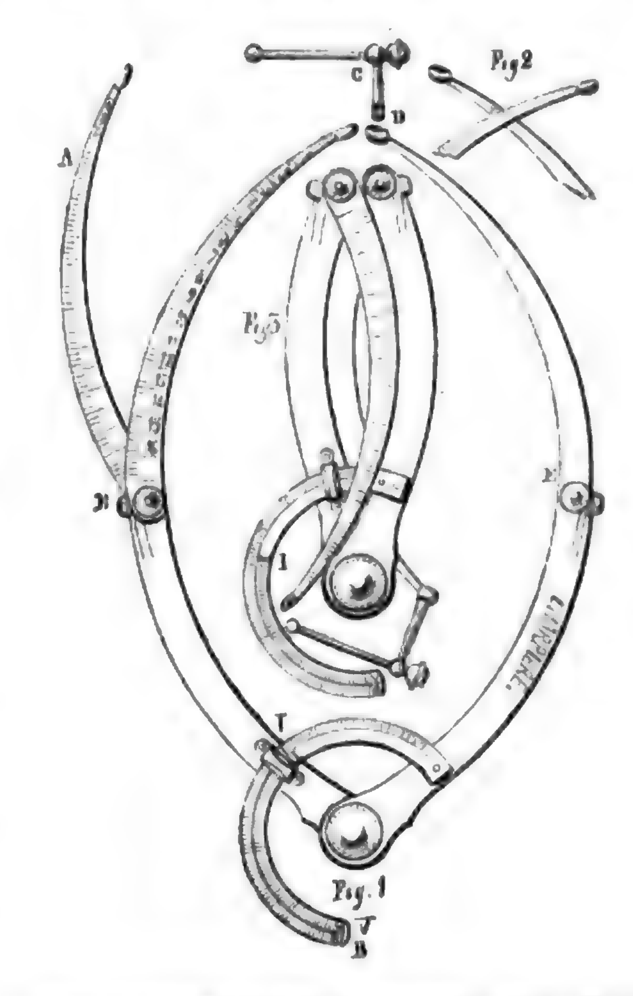
Séance du 14 janvier 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire sur le mal de mer, par M. le docteur *Guien*, médecin sanitaire des bateaux à vapeur de la Méditerranée. (*Comm.*: MM. Louis et Gavarret.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Rouault de Couësquelan*, médecin à Rennes, sur une épidémie de dysenterie. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une note de M. le docteur *Billod* (de Sainte-Gemmes) sur un cas d'amaurose symptomatique de la paralysie générale des aliénés. (*Comm.*: M. Baillarger.) — *d*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Luton* (de Reims). (*Accepté.*)

2° M. *J. Charrière* présente un nouveau compas dont la démonstration est faite par M. le docteur *Depaul*, avec la note et les figures.



« Jusqu'à ce jour, les compas destinés à mesurer les parties externes et internes du bassin pour les cas de rétrécissements, soit pour la phrénologie, les voussures, les tumeurs de toute nature, ont nécessité des instruments spéciaux et de grandeurs peu portatives. Celui que j'ai l'honneur de vous adresser remédie à ces inconvénients de la manière la plus régulière et la plus simple. Voici comment :

» Notre nouveau compas est composé de feuilles de métal très minces et articulées à leur partie moyenne par deux charnières qui l'arrêtent solidement dans toutes les positions, et se fléchissent de même aussi simplement que d'ouvrir et de fermer un couteau ordinaire. De cette manière, l'instrument se réduit à la moitié de sa longueur et au quart de sa largeur, ainsi qu'on peut le voir par les figures et la description ci-après :

» Fig. 1. — Compas vu ouvert, prêt à servir, comme celui de Baudelocque. A, extrémité de la branche graduée de même vue, dans une position un peu renversée, pour mesurer la cavité du bassin dans son diamètre sacro-pubien ; C, pièce que nous avons empruntée au compas de M. le professeur Van Huevel : elle se visse ou reste vissée à l'extrémité de l'autre branche, au point D, et forme avec la branche A le compas pelvimètre du professeur Van Huevel.

» Fig. 2. — Le même instrument vu croisé et servant pour mesurer les parties internes et latérales, et à toutes sortes d'usages. On trouve la graduation de ce dernier sur le côté droit du demi-cercle désigné par I. Les deux autres graduations de Baudelocque et du professeur Van Huevel sont sur le côté gauche du même instrument, et distinguées, l'une par B et l'autre par V. Les deux articulations sont fixées ouvertes par deux points d'arrêt EE', que l'on désarme en appuyant sur les deux parties cannelées.

» Fig. 3. — Le même compas vu fermé. B se réduit à la moitié de sa longueur et au quart de sa largeur pratique.

» *Nota*. — Nous ajoutons à volonté à la fig. 2 la tige ascendante et graduée du compas de Mathias Mayor. »

— M. *Tardieu* fait hommage, au nom de M. Germer Baillière, de la traduction du *Traité de médecine légale* de Casper, et au nom de MM. Jutier et Lefort, d'une brochure sur les eaux de Plombières.

— M. *Trousseau* présente un mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse, par M. le docteur *Vicherat* (de Nemours).

Digitized by Google

— M. *Larrey* dépose sur le bureau la statistique médicale de l'émigration française à Calcutta.

— M. *Barth* donne des nouvelles de la santé de M. le professeur *Moreau*, qu'une maladie grave tient, depuis quelque temps, éloigné des séances de l'Académie.

— M. le *président* remercie l'Académie de l'avoir porté au fauteuil de la présidence; il rend compte de la réception officielle du bureau aux Tuileries à l'occasion du 1er janvier; puis il félicite le président sortant du talent avec lequel il a dirigé les débats; enfin il proclame les services rendus par les journaux de médecine, et les remercie du concours qu'ils apportent à la réputation et au retentissement des travaux de l'Académie.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Renault* insiste sur l'importance et l'utilité de la discussion pendante, et témoigne quelque surprise de l'empressement manifesté récemment par le bureau d'en prononcer la clôture. Il confesse qu'il n'a aucune expérience personnelle sur la question de l'hygiène des hôpitaux destinés à l'homme; mais il a fait une étude spéciale touchant l'influence de l'air confiné sur la santé des animaux, et il a cru que les résultats de ses recherches pourraient être de quelque valeur pour la solution des débats actuels.

Les documents qu'il possède et qu'il vient soumettre à l'Académie sont, en grande partie, empruntés à la cavalerie de l'armée. L'orateur a été membre des commissions instituées par le gouvernement pour l'étude des questions relatives à l'hygiène hippique. De bonne heure, il a été frappé des inconvénients résultant de l'insuffisance de l'espace alloué à chaque cheval, et il n'a jamais cessé d'en signaler les dangers. Sur son observation, une enquête a été faite, à la suite de laquelle les écuries ont été agrandies et ont reçu des modifications propres à rendre l'aération plus complète; on a accordé à chaque cheval, au lieu d'un mètre, 1 mètre 20 à 1 mètre 30, et 20 mètres cubes d'air. Depuis lors, la mortalité sur les chevaux de l'armée a diminué de plus du double. Elle était de 94 pour 1000, de 1835 à 1845; elle est descendue à 44 pour 1000, de 1845 à 1855. L'orateur a visité les grands établissements hippiques militaires de la Prusse et de l'Autriche, et il a constaté que les mesures hygiéniques les mieux entendues, surtout en ce qui concerne la ventilation et l'espacement, étaient la cause principale de la prospérité de la cavalerie allemande et de son excellent état sanitaire.

A l'appui de la thèse qu'il soutient, M. Renault allègue encore qu'il suffit de placer les chevaux à la campagne, dans de vastes casernements, pour faire cesser, comme par enchantement, les maladies occasionnées par l'encombrement.

Les faits que l'orateur avance sont confirmés pleinement par les remarquables observations de M. Augier. Ce vétérinaire, attribuant aussi la mortalité qui sévissait sur les chevaux de l'armée à l'influence funeste de l'air confiné, ne s'est pas contenté d'agrandir l'espace alloué à chaque cheval, il a fait tenir constamment ouvertes, la nuit comme le jour, les portes et les fenêtres des écuries; et depuis l'inauguration de ce vaste système d'aération, les chevaux se portent à merveille; la maladie et la mort ont arrêté leurs ravages. L'administration de la guerre, éclairée par ces beaux résultats, a ordonné que le moyen fût essayé sur une grande échelle, et M. Renault ne doute pas du succès de l'expérience.

Or, ajoute l'orateur, s'il est prouvé que l'influence de l'air confiné soit si funeste aux individus sains, que doit-elle être pour les malades! Il emprunte aux annales vétérinaires de l'armée, des faits nombreux qui établissent, en effet, d'une manière formelle que les maladies des chevaux renfermés dans des infirmeries étroites ont une marche lente, guérissent difficilement, sont sujettes à de graves complications, et revêtent aisément un déplorable caractère de malignité. Ces remarques sont surtout applicables aux chevaux blessés ou à ceux qui ont subi quelques opérations.

« L'infirmerie d'Alfort, poursuit M. Renault, était extrêmement étroite avant 1828, et les chevaux y étaient accumulés en nombre considérable. Toutes les opérations, jusqu'aux plus simples, même la saignée, s'y compliquaient alors des accidents les plus graves. Entrer à l'infirmerie, c'était, pour un cheval, recevoir un billet d'équarrissage. Depuis cette époque, les hôpitaux d'Alfort ont été reconstruits et ont reçu de profondes modifications dans l'aménagement de leur matériel et dans les conditions de leur aération. Il en est résulté un changement complet pour les chevaux en traitement. Les guérisons sont devenues la règle; et l'infection purulente, autrefois si commune, est maintenant extrêmement rare, surtout depuis que les pansements se font en plein air. »

M. Renault fait ressortir ce que ces renseignements peuvent fournir d'utile au point de vue de l'hygiène comparée, et il en conclut que rien n'est plus funeste aux malades que l'encombrement; et que la première, la principale condition de salubrité d'un hôpital, consiste dans la pureté de l'air.

Il termine en faisant appel aux médecins et aux vétérinaires qui pourraient fournir sur ce sujet à l'Académie le tribut de leur savoir et de leur expérience.

— M. le *président* fait observer que c'est par suite d'un malentendu que M. Robert a lu récemment, en son nom personnel, un rapport sur le pessaire de M. Grandcollot. Ce pessaire avait été renvoyé à la commission des remèdes secrets et nouveaux, et M. Robert avait été seulement chargé d'éclairer la commission sur la valeur de l'instrument. Il est donc nécessaire que le rapport soit renvoyé à la commission désignée, pour recevoir sa sanction.

Après de courtes explications échangées entre MM. *Robert*, *Bouley*, *J. Guérin* et *Cloquet*, d'une part, M. *Fr. Dubois* et M. le *président*, d'autre part, le bureau maintient cette décision.

M. *Davenne* donne lecture d'un discours dont la première partie est spécialement consacrée à la discussion du mémoire de M. Le Fort, sur les hôpitaux anglais.

L'orateur cherche d'abord à justifier, contre l'avis de M. Le Fort, la mesure en vertu de laquelle l'administration hospitalière de Paris fait payer ceux de ses protégés qui ne sont pas absolument sans moyens d'existence. M. Davenne signale les dangers de la gratuité absolue, de l'hospitalité sans limites, et voit dans la disposition qui a été l'objet des critiques de M. Le Fort un excellent moyen de combattre l'imprévoyance, l'abandon de soi, l'insouciance de l'avenir qu'on reproche avec raison à la plupart des ouvriers. « Quoi de plus propre, dit-il, à les rappeler au sentiment de la dignité personnelle, aux idées d'ordre, de prudence et d'économie, que de leur offrir la possibilité d'acquitter, même dans la proportion la plus restreinte, le prix des soins qu'ils reçoivent à l'hôpital, et qui ne doivent être absolument gratuits que pour le malheureux absolument dénué ?

« L'administration, ajoute M. Davenne, a été conduite à prendre cette disposition par un autre motif encore, par suite d'un abus des plus condamnables. Il arrivait fréquemment que des personnes aisées se faisaient recevoir dans les hôpitaux et usurpaient ainsi des lits réservés aux véritables pauvres.

» Si à Londres on ne fait pas payer les malades qui ont quelque aisance, on exige, dans quelques hôpitaux, qu'ils apportent une couverture de laine et d'autres objets à leur usage. Dans un petit nombre, ils sont obligés même de se nourrir à leurs frais. »

Contrairement à l'assertion émise par M. Le Fort, M. Davenne soutient que le traitement à domicile existe dans Londres, non pas comme institution administrative, il est vrai, mais sous forme de dispensaires; et, à l'appui de son assertion, il cite les noms de quelques-uns de ces établissements.

L'orateur se félicite, d'ailleurs, que M. Le Fort veuille bien

Digitized by Google

reconnaître avec lui que la mortalité générale, dans les hôpitaux, est à peu près la même à Londres qu'à Paris; car c'est là, dit-il, précisément ce que mon argumentation avait pour but d'établir. » Quant à la mortalité qui sévit dans les services de chirurgie spécialement, nous sommes en désaccord, ajoute l'orateur; mais cela tient surtout à ce que nos termes de comparaison diffèrent.

M. Davenne prend acte également de l'aveu contenu dans le travail de M. Le Fort, qui déclare qu'un grand nombre de modifications apportées dans la construction et l'aménagement des nouveaux hôpitaux de Paris ont été imitées et reproduites dans certains hôpitaux de Londres et d'autres villes de la Grande-Bretagne.

L'orateur, abordant plus directement la question de l'hygiène des hôpitaux, explique les différences qu'on signale sur ce point entre les nôtres et ceux de Londres; d'un côté par les habitudes de propreté si développées chez les Anglais et si négligées chez nous par les classes pauvres; d'un autre côté, par la grande abondance d'eau dont jouissent les hôpitaux de Londres, et qui permet d'évacuer, à toute heure du jour, par des canaux souterrains, jusque dans la Tamise, toutes les déjections, toutes les immondices dont le séjour vicierait l'air des salles. Ce sont là, suivant M. Davenne, pour les hôpitaux de Paris, des causes d'infériorité autrement sérieuses que la plupart de celles qu'a signalées M. Le Fort.

Quant aux hôpitaux spécialement consacrés à l'enfance, M. Davenne maintient l'excellence de cette institution, surtout au point de vue hygiénique; « car, si les maladies des enfants ne se communiquent pas aux adultes, comme le fait remarquer M. Le Fort, on ne peut pas en dire autant des maladies des adultes aux enfants, qui n'en seraient à coup sûr que plus exposés. »

M. Davenne reconnait pourtant que la proportion de 1 décès sur 6,64 malades, moyenne de la mortalité de nos deux hôpitaux spéciaux en 1859, est fort considérable, surtout si on la *compare à celle* de 1 sur 11,43, et même sur 15,54, donnés *par quelques hôpitaux* anglais, selon M. Le Fort. « Mais, poursuit-il, faut-il s'étonner beaucoup de cette mortalité, qui porte sur des enfants de deux à quinze ans (période d'âge où la mort prélève sur la vie humaine son plus large tribut), arrivant presque tous à l'hôpital dans l'état d'affaiblissement d'une nature appauvrie par de longues souffrances et des privations de tout genre; quand, dans les services de médecine de nos hôpitaux d'adultes, la moyenne est de 1 à 7,31 comme le constate le compte rendu de 1858? Ce qui ne constitue en réalité qu'une faible différence de 67 centièmes. »

Une autre objection, qui a fort surpris M. Davenne, dans le travail de M. Le Fort, c'est celle qui se rapporte aux hôpitaux spéciaux des femmes en couches. L'orateur déclare qu'il n'en a pas dit un mot, et il se demande, en conséquence, d'où M. Le Fort a pu induire qu'il prenait parti pour ces établissements. M. Davenne proteste qu'il est d'autant moins disposé à défendre les hôpitaux spéciaux pour les femmes en couches, qu'il sait, d'expérience certaine, combien la mortalité sévit quelquefois avec fureur dans les salles de la Maternité et de l'hôpital des cliniques, dans le premier de ces hôpitaux surtout, où il est mort, en 1859, 1 accouchée sur 13!

Si les mêmes dangers n'existent pas à Londres, cela tient-il à ce qu'une grande partie des accouchements s'y font à domicile? Faut-il donc renoncer désormais à concentrer nos femmes en couches dans des services spéciaux, et les traiter chez elles, comme on le fait à Londres? Mais alors que deviendrait l'enseignement? Et puis, sommes-nous bien sûrs que ces épidémies désastreuses ne tiennent pas à des influences particulières à notre climat?

M. Davenne, dans la deuxième partie de son discours, revient sur les différences que présentent, quant à la mortalité, les relevés statistiques des grandes opérations chirurgicales faites à Londres et à Paris.

Il accepte la statistique de M. Malgaigne, qui démontre que la proportion des décès, par rapport au nombre des opérés, à Paris, dépasse de beaucoup le chiffre de la mortalité accusée par les hôpitaux de Londres.

Faut-il attribuer exclusivement cette différence aux mauvaises conditions de nos hôpitaux et de nos salles de chirurgie? M. Davenne ne le pense pas. Le traitement consécutif et les soins particuliers apportés aux pansements doivent, suivant lui, avoir tout autant d'importance. L'orateur cite à l'appui de cette opinion les renseignements publiés par MM. Le Fort et Topinard.

De même que M. Malgaigne, M. Davenne trouve de grands inconvénients aux salles immenses des vieux hôpitaux de Paris. « On conçoit parfaitement, dit-il, que chaque lit étant un foyer particulier d'infection, il importe de n'en pas multiplier le nombre dans un même local. La question est donc ici entre les grands et les petits hôpitaux, entre les grandes et les petites salles, et je ne fais nulle difficulté de déclarer que, pour mon compte, je serais très disposé à partager sur ce point l'opinion de M. Malgaigne. »

« Mais, poursuit l'orateur, il y a quelque chose qu'ignorent la plupart des personnes étrangères aux principes qui régissent notre droit administratif et hospitalier, et qu'il est nécessaire de remettre ici en lumière : c'est, d'abord, que l'administration hospitalière, étant réputée mineure, n'a pas toute sa liberté d'action dans les grandes mesures qui peuvent intéresser l'organisation de ses services; et ensuite qu'à Paris, moins qu'ailleurs, il peut lui être permis d'adopter tel ou tel système, soit dans la construction, soit dans l'aménagement de ses hôpitaux, dès qu'il en doit résulter un accroissement quelconque de dépenses, sans l'assentiment des pouvoirs supérieurs. »

L'orateur termine en exprimant l'espoir que cette discussion portera ses fruits, et qu'elle aura un retentissement profitable aux intérêts des pauvres et des souffrants.

M. *le secrétaire perpétuel* fait observer que le discours de M. Davenne ayant eu principalement pour objet de réfuter un travail récemment publié par M. Le Fort, il est juste que l'Académie accueille la réplique de M. Le Fort, si cet honorable chirurgien juge à propos de répondre.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 17 JANVIER 1862.

Rapports et communications diverses.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Fistule stercorale, suite de tuberculisation de l'intestin
par Ferdinand SCHOTT.

L'auteur rapporte l'histoire d'un phthisique âgé de trente-neuf ans, qu'il a observé dans le service de Rokitansky. Ce malade, considérablement amaigri d'ailleurs, présentait dans la région inguinale droite une petite ulcération de la grandeur d'un grain de chènevis, par laquelle s'écoulait un pus séreux; autour de l'orifice, les téguments avaient une coloration d'un rouge bleuâtre. Une sonde pénétrait, à une profondeur de cinq pouces environ, dans une direction oblique en haut et en dehors. Au dire du malade, il s'était formé un an auparavant une petite tumeur dans la région de l'aine, et ce n'est qu'au bout de onze mois que cette tumeur s'était ouverte, c'est-à-dire quatre semaines avant l'entrée de cet homme à l'hôpital. Pendant les derniers jours de la vie, il y eut des selles et des vomissements sanglants.

Voici les lésions que l'autopsie a fait constater dans le tube digestif : la muqueuse de l'estomac est boursouflée, infiltrée

Digitized by Google

d'un pigment gris ardoisé; dans la partie inférieure de l'intestin grêle, au niveau des follicules solitaires et des glandes de Peyer, ulcérations irrégulières à bords calleux; dans le cæcum et le côlon ascendant, la muqueuse est profondément désorganisée; sur certains points, la lésion n'a pas dépassé la couche sous-muqueuse; sur d'autres, la musculeuse est à nu; enfin, il existe sur la paroi postérieure du cæcum plusieurs perforations qui sont le point de départ d'un trajet fistuleux rempli de pus sanieux, à parois indurées; ce trajet suit le muscle iliaque, et vient aboutir au-dessous du ligament de Poupart, à l'ulcération cutanée dont il a été question; de cet orifice part un second trajet plus court que le premier, et qui aboutit à un point nécrosé de la surface de l'os iliaque.

Dans les réflexions intéressantes dont Schott fait suivre la relation de ce fait, il a rappelé que, dans les observations analogues d'Andral et de Lebert, le trajet fistuleux était beaucoup plus court, et il a fait ressortir avec soin l'influence qu'avait eue le siége de la perforation (paroi postérieure du cæcum) sur la marche des accidents et la disposition de la fistule. (*Wochenblatt der Zeitschrift der K. K. Gesellsch, der Aerzte in Wien*; 1861, nº 11.)

Sur un cas rare d'helminthiasis, par Dworzak.

Obs. — Une femme de soixante ans avait rendu des vers à plusieurs reprises pendant sa jeunesse. Ces accidents n'avaient pas eu de suite. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital (15 février 1861), elle fut prise soudainement de coliques très vives, d'une constipation opiniâtre et de vomissements qui amenèrent au dehors plusieurs lombrics. La suppression des selles persista pendant quatorze jours, ainsi que tous les autres phénomènes. Quelques jours après le début des accidents, était apparue, dans la région inguinale gauche, une tumeur douloureuse qui, dans l'espace de treize jours, avait pris le volume du poing; puis elle avait rougi, s'était abcédée, et avait donné issue à un liquide d'odeur stercorale, et à un *paquet de lombrics agglomérés*. A peine la tumeur fut-elle ouverte que les vomissements, les coliques et la constipation cessèrent en même temps. Pendant les douze jours qui suivirent, quelques vers sortirent encore de temps en temps par l'orifice anormal. L'ulcération siégeait au niveau du tissu externe de l'arcade crurale gauche; les bords en étaient inégaux et mous; la base, indurée, grisâtre, était recouverte d'une sanie brunâtre d'une odeur suffocante. La sonde conduit dans une anse intestinale immobile, qui appartient évidemment à l'intestin grêle; car, peu de temps après l'ingestion des aliments, on voit sortir par l'orifice de l'anus contre nature des débris de matières à peine modifiées.

Un traitement tonique améliora l'état de la malade; mais elle était si effrayée de la crise pénible qu'elle venait de traverser, qu'elle ne voulut pas consentir à ce qu'on fermât sa fistule (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1861, nº 47.)

Ce fait, qui est un exemple d'un accident des plus rares, est intéressant à un double titre : l'accumulation des lombrics a déterminé chez la malade tous les accidents de l'occlusion intestinale, et à ce titre cette observation se rapproche de celles d'Henricus ab Hers et de Linoli; on ne peut douter que les vers ne fussent bien la cause de l'occlusion, puisque tous les symptômes disparurent dès que les parasites eurent trouvé une issue au dehors. Mais quelle est la valeur de l'observation actuelle touchant la question si extraordinaire de la perforation des tuniques intestinales par les lombrics? Ce fait vient-il donner raison à Lassus, Mérat et Bégin contre Bremser et Rudolphi? Nous ne le croyons pas; et le médecin de Vienne a fait remarquer avec toute raison qu'il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels l'intestin est parfaitement sain de ceux où il est déjà altéré par quelque affection antérieure. Dans le premier ordre de faits, la perforation, que je sache, n'a pas été démontrée, et Rokitansky ne la croit guère possible; mais, en revanche, elle n'a jamais été niée par les faits du second ordre; et Dworzak a montré que si l'on tient compte des antécédents de la malade, des douleurs intestinales et de la tympanite auxquelles elle était sujette depuis longtemps, on doit conclure qu'il existait chez elle une lésion inflammatoire, peut-être ulcéreuse, de l'intestin, lésion qui avait déterminé l'adhérence du péritoine à la paroi abdominale. Cette interprétation est d'autant plus probable que la malade était tuberculeuse. J.

Sur l'emploi des courants électriques dans la pratique médicale, par Remak.

Dans un ouvrage de galvanothérapie (*Galvanotherapie der Nerven und Muskelkrankheiten*, Berlin, 1858), Remak a établi que l'action thérapeutique du courant électrique dépend de son influence *électrolytique;* celle-ci consiste en une métamorphose chimique constante (*électrobolie*) qui s'opère dans les tissus vivants, et dont l'activité est subordonnée à la conductibilité même du tissu. En conséquence, la puissance thérapeutique d'un appareil électrique est en raison directe de la quantité d'électricité qu'il peut fournir en un temps donné; d'où résulte enfin que le courant constant de la batterie de Becquerel doit être préféré à tous les appareils de frottement et d'induction.

Aujourd'hui le professeur de Berlin nous fait connaître quelques-uns des résultats auxquels l'ont conduit ses études ultérieures sur le courant constant. Ce courant est utile dans les lésions les plus diverses des organes et des tissus; il n'a pas seulement une action palliative, il a réellement une action curative radicale; s'agit-il d'un état inflammatoire ou d'une affection caractérisée par un exsudat, l'électricité (sous forme de courant constant, il n'est question que de celui-là) régularise la circulation du sang, ainsi que la résorption de l'exsudat. En raison de son effet puissant sur le système nerveux, le courant *de batterie* trouve une application des plus utiles dans les altérations exsudatives des nerfs du système cérébro-spinal.

Mais la propriété la plus remarquable, la plus féconde, du courant constant de Remak, est, selon lui, l'*action centripète* qu'il exerce sur les centres nerveux. Lorsqu'on agit avec ce courant sur les nerfs sensibles périphériques, bientôt les organes centraux sont si puissamment excités, qu'ils réagissent par action réflexe, non-seulement sur le membre soumis au courant, mais aussi sur des muscles éloignés (volontaires et involontaires), dont la conductibilité devient beaucoup plus grande; cette différence a pu être mesurée. L'action centripète du courant a été en effet évidente dans quelques cas : chez une femme atteinte depuis dix années d'une paraplégie complète (*tabe dorsali*), on plaça le pôle négatif sur le nerf sciatique d'un côté, et l'entrée d'un courant provenant de 60 à 70 éléments de Daniell détermina des secousses dans les muscles animés par le sciatique du côté opposé. Remak a vu l'entrée du courant dans le nerf premier droit amener des contractions dans les muscles animés par les nerfs radiaux; de sorte que les mains ont été élevées. L'arrivée du courant sur le nerf plantaire externe a causé des secousses non douteuses dans les adducteurs *femoris*.

L'auteur termine sa communication par un fait plus intéressant encore que ceux qui précèdent; le voici en quelques mots : Un malade, affecté depuis un an d'atrophie musculaire progressive des deux bras et des deux mains, avait été inutilement traité par le courant induit et la faradisation locale. Or, l'application du courant constant sur une des mains détermina une amélioration notable dans l'état de l'*autre* main; plus tard, chez le même malade, Remak a découvert que l'entrée d'un fort courant (pôle positif) au niveau de la cinquième vertèbre cervicale (le pôle négatif étant en dehors de cette région) amenait des contractions réflexes dans les muscles paralysés et atrophiés de la main et du bras du côté opposé. S'il faisait entrer le courant par la ligne médiane sur les apophyses épineuses, les contractions apparaissaient des deux côtés; les deux bras se levaient à la fois. Remak a constaté enfin qu'il obtenait les effets réflexes les plus puissants sur les muscles atrophiés des deux côtés lorsqu'il agissait sur le sympathique cervical, dans le point qui correspond au ganglion cervical supérieur. De là cette conclusion nouvelle : par l'intermédiaire de la moelle épinière, le grand sympathique exerce une influence motrice sur les muscles du mouvement volontaire. Quant à l'influence atrophique, elle a été bien évidente dans ce cas, car au bout de deux mois de traitement les muscles avaient recouvré leurs

Digitized by Google

propriétés et leur volume normaux. (*Œsterreichische Zeitschift für praktische Heilkunde*, 1861, 43.)

— Il serait superflu d'insister pour faire ressortir l'intérêt du travail que nous venons d'analyser, il apparait de lui-même ; nous devions simplement faire remarquer que l'influence centripète du courant de Remak est une démonstration directe de la doctrine de Graves sur les affections nerveuses d'origine périphériques. J.

Un cas de rhumatisme cérébral, par Desguin.

L'auteur rapporte l'histoire d'un soldat de vingt-cinq ans, qui, au cinquième jour d'un rhumatisme articulaire aigu, fut pris de délire avec soubresauts des tendons, contraction des pupilles, pouls à 120. Des émissions sanguines générales et locales ont paru d'abord calmer l'agitation; mais en même temps la respiration est devenue suspirieuse; le pouls, à 152, était presque imperceptible. Le malade a succombé le même jour pendant une application de sangsues aux apophyses mastoïdes. Or, l'autopsie a montré une injection très forte des méninges avec varicosités des vaisseaux hyperémiés; arachnoïde rouge et sèche ; pas d'épanchement à la surface du cerveau ni dans les ventricules; mais le cerveau est tellement ramolli qu'on ne peut l'extraire sans déchirer sur plusieurs points la pulpe nerveuse, et le cervelet est réduit à l'état gélatiniforme.

D'après les caractères de ce fait et les lésions anatomiques, Desquin admet qu'il y a eu chez les malades deux affections distinctes : l'une est caractérisée, dit-il, par le ramollissement de l'encéphale et de la muqueuse stomacale, et par la dégénérescence du foie, lésions que l'on retrouve chez les ivrognes; la seconde est une méningite récente qui a enlevé notre malade, et que nous devons attribuer à une métastase rhumatismale. (*Archives belges de médecine militaire*, décembre 1861.)

— Qu'est-ce qui justifie cette réparation des deux ordres de lésions? Pourquoi la méningite serait-elle plus récente que le ramollissement cérébral, puisque l'individu était en parfaite santé le 10 juin, c'est-à-dire cinq jours avant sa mort? Où est la preuve de la métastase rhumatismale? Faut-il admettre qu'une altération aussi profonde de l'encéphale ait pu se produire en moins de vingt-quatre heures? Voilà tout autant de questions que notre confrère a laissées sans réponse, et cette lacune nous semble exiger une certaine réserve quant à la véritable signification du fait précédent.

Renseignements statistiques sur l'accouchement prématuré artificiel, par le professeur Spath.

M. Spath a réuni 40 observations d'accouchement prématuré artificiel faites pendant l'année 1850. Il compte sur ce total 34 cas dans lesquels les mères n'éprouvèrent pas d'accidents ou dans lesquels la guérison fut obtenue après des accidents plus ou moins graves, et 27 cas dans lesquels on amena un enfant vivant. 13 fois on avait employé la méthode de Cohen et 12 fois celle de Simpson-Krause.

A ces faits, M. Spath en ajoute 5 autres tirés de sa pratique ; ils sont relatifs à des rétrécissements du bassin, et le cinquième à un cas d'anasarque albimunurique. Les cinq mères guérirent, un seul enfant succomba, parce que l'accouchement ne fut provoqué qu'à une époque trop avancée de la grossesse (dans un cas de rétrécissement pelvien). Dans tous ces cas M. Spath s'est servi de la méthode Simpson-Krause (*Wochenblatt der Aerzte in Wien*, 1861).

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chirurgie navale, par L. Saurel, suivi de **Leçons sur le service chirurgical de la flotte**, par le docteur J. Rochard. Paris, 1861 ; chez J.-B. Baillière et fils.

Le *Traité de chirurgie navale* est malheureusement, pour la science et pour les nombreux amis de l'auteur, une œuvre posthume. La mort est venue surprendre L. Saurel au moment où il mettait la dernière main à son nouvel ouvrage. Nouveau, en effet, car les nombreux changements et les importantes additions qu'il renferme font de ce livre une œuvre tout à fait différente de la première édition, parue en 1853. Le concours de deux professeurs de l'école de Brest permit de compléter le travail inachevé. M. Leroy de Méricourt voulut bien se charger de revoir le manuscrit, et l'enrichit d'additions nombreuses. M. Rochard voulut bien permettre d'insérer, sous forme d'appendice, à la fin du volume, un résumé substantiel des leçons professées par lui à l'École navale de Brest sur le service chirurgical de la flotte en temps de guerre.

La chirurgie navale diffère essentiellement de la chirurgie civile et même de la chirurgie militaire. Ce qui domine dans la pathologie du bord, ce sont les contusions, les fractures, en un mot, les affections traumatiques ; il n'en saurait être autrement. En tout temps, les chutes du haut des hunes ou des vergues sont causes de fractures multiples, d'épouvantables désordres dans le squelette et les parties molles. Les manœuvres du mouillage, de l'appareillage ont leurs accidents particuliers. L'instabilité du navire, les mouvements violents de tangage et surtout de roulis, ou balancent dans les airs des poulies, ou font rouler sur le pont des objets mal attachés et parfois très lourds; les hommes mêmes peuvent perdre l'équilibre et se trouver jetés violemment sur tous les obstacles qui encombrent toujours plus ou moins le pont et les batteries; n'en avons-nous pas vu récemment encore un terrible exemple à bord du *Great-Eastern*? La chirurgie navale, pendant les combats, diffère aussi de la chirurgie militaire : ce ne sont plus seulement des balles ou des éclats d'obus, ce sont des fragments quelquefois énormes de bois, de fer, que le boulet entraine avec lui, et qui vont déterminer d'effroyables mutilations.

Si la mobilité du navire amène des accidents particuliers, cette mobilité devient encore un nouvel obstacle pour le chirurgien auquel elle interdit pendant les gros temps certaines opérations délicates ; ce sont tous ces points divers que M. Saurel a bien fait ressortir dans son premier chapitre, un des plus importants de tout l'ouvrage, et qu'il intitule : *Des lésions traumatiques à bord des bâtiments.*

Ce livre, destiné aux chirurgiens de marine et destiné aussi à être à bord leur conseil et leur guide, ne devait pas renfermer et il ne renferme pas l'histoire de toutes les affections chirurgicales, mais il répond complétement au but que s'était proposé l'auteur.

La médecine navale, s'exerçant sous toutes les latitudes, sous tous les climats, permet de juger l'influence des conditions atmosphériques sur la marche et la gravité des lésions chirurgicales ; le livre de M. Saurel, les observations qu'il renferme viennent confirmer celles qu'avait faites à ce sujet Larrey pendant sa campagne d'Égypte.

M. le docteur Gallerand rapporte que dans l'océan Glacial arctique où il a fait deux campagnes successives, le trait saillant de la constitution chirurgicale est la difficulté que l'on éprouve à obtenir la guérison des moindres plaies. Le travail de réparation et de cicatrisation se fait avec une lenteur désespérante, les solutions de continuité les plus légères offrent une remarquable tendance à l'ulcération, à l'érysipèle et à l'angioleucite.

Sur les rives du Sénégal, dit d'autre part M. Berenguier, comme l'illustre Larrey l'avait déjà observé sur les bords du Nil, il y a plus d'un demi-siècle, l'action du ciel africain s'est

Digitized by Google

révélée par la prompte cicatrisation des plaies d'armes à feu. L'infection purulente y est plus rare.

Le livre de Saurel renferme l'histoire bien faite des affections chirurgicales que l'on peut rencontrer à bord d'un bâtiment de guerre ou de commerce : les plaies, les contusions, les phlegmons, les abcès, les corps étrangers, les fractures et les luxations font le sujet de chapitres intéressants. L'article consacré aux tumeurs ne contient, avec raison, que les lipomes, les kystes séreux, l'hygroma et les ganglions. Les maladies vénériennes ne pouvaient être oubliées, car elles sont fréquentes à bord. Les progrès de la civilisation, ou, si l'on aime mieux, de la navigation, ont porté la vérole dans tous les points du globe ; et il y a peu de jours encore, la lettre d'un ami, médecin attaché à l'expédition de Cochinchine, m'apprenait que la syphilis s'y propageait si bien qu'on avait dû créer un dispensaire pour les Cochinchinoises à l'usage desquelles on avait dû aussi faire forger un spéculum par le mécanicien de la frégate. Les maladies de la peau, celles des yeux et des paupières, les hernies, etc., n'ont pas été oubliées.

Nous ne pouvons entrer dans des détails sur les différents chapitres qui forment le *Traité de chirurgie navale*. Nous ne pouvons non plus, à notre grand regret, parler des *Leçons* de M. Rochard, sur le service de la flotte en temps de guerre. Nous l'avons lu avec un vif intérêt ; on y trouve tous les renseignements nécessaires pour l'organisation de services de santé à bord des vaisseaux, des corvettes, avisos à voile et à vapeur, etc. Le plan de quelques bâtiments permet de comprendre facilement tous les détails, lors même que l'on est peu familiarisé avec la marine militaire ; mais ces détails techniques n'ont surtout d'intérêt que pour les chirurgiens de marine auxquels nous le recommandons vivement, en regrettant qu'il n'y en ait pas un semblable destiné aux chirurgiens militaires.

Léon Le Fort.

VII

VARIÉTÉS.

— La Société d'anthropologie, dans une de ses dernières séances, a arrêté ainsi qu'il suit la composition de son bureau pour 1862 : président, M. Boudin ; vice-président, M. de Quatrefages ; secrétaires, MM. Broca et Trélat ; archiviste, M. Lemercier ; trésorier, M. Bertillon.

— L'École secondaire de médecine de Lille vient de perdre un de ses membres les plus distingués ; M. Arrachart, ancien interne des hôpitaux de Paris et professeur adjoint de clinique chirurgicale, a succombé hier, 15 janvier, à une affection cérébrale compliquée d'accidents typhoïdes.

— Nous apprenons également la perte regrettable que vient de faire la Faculté de médecine de Paris dans la personne de M. le professeur Moreau.

— MM. les ministres de l'intérieur et du commerce viennent de prendre collectivement un arrêté qui charge une commission de rechercher quelles sont les causes du *crétinisme* dans certaines contrées de la France, et quels pourraient être les moyens d'y remédier. Cette commission, présidée par M. Rayer, serait composée de MM. Mélier, Tardieu, Parchappe, Constant, Anthelme et Morel (de Rouen).

— L'Association générale des médecins de France a admis, dans sa séance du 10 janvier, MM. Arnould, Bouchut, Bouley, Bourdon, Civiale, Collineau, Ferrand, Gérin-Roze, Jacquart (Florès), Lasègue, Leroy-Dupré, Moulion, Normand-Duflé, Sarazin (Ch.), Saint-Elme-Heme, Touraine, Vulpian.

— La Société médicale du 9e arrondissement, par l'intermédiaire de M. le docteur Piogey, son trésorier, a fait don à la Société centrale de cent francs.

— On lit dans l'*Union médicale* :

« On parle beaucoup du mariage prochain d'une veuve qui échangerait son titre de comtesse, et l'un des plus grands noms de l'aristocratie, contre le nom de l'un de nos plus aimables confrères, qui ne peut graver sur son blason que la plume du journaliste. Ce n'est pas nous qui crierons à la mésalliance. »

Nous pouvons ajouter à cette nouvelle que ce confrère est notre ancien collaborateur et ami le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux de Pougues, et que la jeune veuve est madame la comtesse de Montureux, née Alix de Clermont-Tonnerre. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Longévité comparée. — Il a été fait pour l'année 1860 et les années précédentes un curieux travail sur la longévité comparée dans chacun des départements.

Le nombre moyen annuel des décès à l'âge de cent ans et au-dessus, en France, est de 148. Voici, par ordre décroissant, les quinze départements qui en comptent le plus : Basses-Pyrénées, Dordogne, Calvados, Gers, Puy-de-Dôme, Ariége, Aveyron, Gironde, Landes, Lot, Ardèche, Cantal, Doubs, Seine, Tarn-et-Garonne. On voit que les pays de montagnes se rencontrent en grand nombre dans cette série. On est étonné d'y voir figurer la Seine.

Cependant ces départements ne conservent pas le même rang quant à la durée de la vie moyenne, qui semblerait prouver que quelques cas d'une extrême longévité ne suffisent pas pour préjuger les conditions de vitalité d'une contrée. Voici, en effet, leurs numéros d'ordre : Basses-Pyrénées, 7 ; Dordogne, 42 ; Calvados, 2 ; Gers, 0 ; Puy-de-Dôme, 30 ; Ariége, 48 ; Aveyron, 34 ; Gironde, 18 ; Landes, 52 ; Lot, 33 ; Ardèche, 43 ; Cantal, 23 ; Doubs, 25 ; Seine, 51 ; Tarn-et-Garonne, 13.

Les 15 départements où la vie ordinaire est la plus considérable, sont : Orne, Calvados, Eure-et-Loir, Sarthe, Eure, Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres, Indre-et-Loire, Basses-Pyrénées, Maine-et-Loire, Ardennes, Gers, Aube, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne.

— M. le docteur Hannin (de Gondrecourt) adresse à la Gazette des hôpitaux des renseignements sur l'assassinat de notre malheureux confrère Guyot (de Saint-Joire).

M. Guyot a soigné Vincent il y a huit ans environ, et il n'est allé réclamer les soins de M. Hannin que bien longtemps après, il y a deux ans. Il était atteint d'une affection strumeuse ou scrofuleuse, et il est à peu près certain que M. Guyot ne lui a pas fait de *saignées*. Quant à ce qui me regarde, ajoute M. Hannin, mes soins ont consisté en quelques coups de bistouri avec prescription d'un traitement dépuratif et d'un régime fortifiant..... Depuis sept à huit mois, paraît-il, il était décidé à nous assassiner, prétendant que nous lui avions donné de mauvais remèdes qui avaient détruit sa santé et empoisonné son existence. Je traitais dans le courant du mois dernier, avec M. Guyot, un malade à Saint-Joire, et Vincent n'a cessé de nous guetter avec sa pioche et son pistolet jusqu'au 26 au soir, jour fatal pour mon malheureux confrère, qu'il a massacré à coups de pioche, réservant son autre instrument pour le lendemain.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Du danger des mariages entre consanguins sous le rapport sanitaire, par le docteur *Devay*. 2e édition, refondue et corrigée. In-18. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, par M. *Milne-Edwards*. Tome VII, 1re partie : *Digestion et sécrétion*. Grand in-8 de 300 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

Manuel de conchyliologie et de paléontologie conchyliologique, par le docteur *J.-C. Chenu*. Tome II (fin de l'ouvrage). Grand in-8 jésus, avec 1230 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 25 fr.

Prix de l'ouvrage complet (2 volumes). 50 fr.

Précis d'analyse chimique qualitative, par *Gerhardt* et *Chancel*. 2e édition, par *Chancel*, suivie d'un *Appendice sur la nouvelle méthode d'analyse spectrométrique de MM. Kirchoff et Bunsen*. Grand in-18 de 690 pages, avec environ 150 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

Le progrès des sciences en 1861. Annuaire scientifique, par *P.-P. Dehérain*. Grand in-18 de 412 pages. Paris, Charpentier. 3 fr. 50

Programme du cours de pathologie interne fait a la Faculté de médecine de Paris pendant les années scolaires de 1861, 1862 et 1863, par le docteur *Monneret*. 1re année, 1861. Paris, Béchet jeune. 1 fr. 25

Le titre et la table du tome VIII (année 1861) de la Gazette hebdomadaire seront adressés à MM. les abonnés à la fin du mois de janvier courant.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 24 JANVIER 1862. — N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Falsification de la rhubarbe de Chine. — Emploi médical de l'huile de croton tiglium. — Piqûre de guêpe. — Remède contre les vomissements des femmes enceintes. — Du malt comme médicament. — Du guaco dans le pansement des plaies. — Du hachisch. — II. **Revue clinique.** Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : Leçons de M. Ricord sur la transmission de la syphilis par le vaccin. — De la paralysie agitante, à propos d'un cas tiré de la clinique du professeur Oppolzer. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie.** Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Lisbonne en 1857. — Anatomie pathologique et symptomatologique de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857. — Errata. — V. **Feuilleton.** Le vitalisme : MM. Latour et Mougeot.

I

Paris, 23 janvier 1862.

Revue de pharmacie et d'histoire *naturelle* : FALSIFICATION DE LA RHUBARBE DE CHINE. — EMPLOI MÉDICAL DE L'HUILE DE CROTON *TIGLIUM*. — *PIQURE DE GUÊPE*. — REMÈDE CONTRE LES VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES. — DU MALT COMME MÉDICAMENT. — DU GUACO DANS LE PANSEMENT DES PLAIES. — DU HACHISCH.

Les diverses sortes de rhubarbe sont bien loin d'avoir une égale valeur commerciale, et cela est en rapport avec la différence de leur valeur thérapeutique. La meilleure est certainement la rhubarbe de Chine : aussi ne doit-on pas s'étonner de voir qu'on ait cherché fréquemment à la falsifier. Ces falsifications ne sont pas toujours aisées à reconnaître, surtout quand on examine des poudres. Il résulte des expériences de E. Rillot que fréquemment on mêle ensemble la poudre de rhubarbe de Chine avec celle du rhapontic, dont la valeur est presque nulle. Pour reconnaître ce mélange de deux substances de même goût et de même odeur, quoiqu'à des degrés différents, il a eu recours à l'emploi des huiles essentielles, avec addition de magnésie calcinée. Sous l'influence de l'acide azotique, les diverses rhubarbes laissent se produire l'*érythrose* de M. Garot, matière colorante, jaune pour la rhubarbe indigène, orangée pour la rhubarbe exotique. Les huiles éthérées donnent avec la rhubarbe indigène une couleur intermédiaire à l'orange et au rouge chair, tandis que la rhubarbe de Chine ne change pas. Si l'on mélange par parties égales de rhubarbe de Chine et de la magnésie, on a une poudre jaune, qui ne change pas par l'adjonction d'huile d'anis, de bergamotte, de fenouil ou de citron ; s'il y a de la poudre de rhapontic mêlée, la poudre devient jaune orangé. On a donc ainsi un moyen facile de distinguer la falsification de la rhubarbe de Chine par le rhapontic. (*Deutsche Klinik; Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*, 1861.)

— Parmi les médicaments qui jouissent d'une action éner-

FEUILLETON.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Le vitalisme : MM. Latour et Mougeot (1).

Landivisiau, le 18 janvier 1862.

Monsieur le Rédacteur,

Quoique perdu obscurément au fond de la basse Bretagne, je ne reste cependant pas étranger au mouvement de la science médicale, et j'ai grand plaisir à lire tout ce qui peut me mettre au courant de ce qui se passe dans vos hautes régions scientifiques : aussi m'arrive-t-il bien souvent, en trottant seul au milieu de nos landes arides,

Car que faire en *trottant* à moins que l'on ne songe?

de philosopher tout comme un autre, et de méditer sur les grandes questions qui se produisent de temps en temps. Puis le soir, en me reposant au coin du feu avant de me coucher, je feuillette les journaux que vous nous envoyez, et je nourris mon esprit des abondantes productions que vous préparez dans le grand laboratoire médical de la capitale : nourriture souvent substantielle et succulente, mais parfois aussi de laborieuse digestion... Que ceci n'aille point à votre adresse, monsieur le rédacteur, et soit dit d'ailleurs sans aucune intention d'offenser personne; les plus grands esprits sommeillent aussi :

..... Quandoque bonus dormitat Homerus !

Ces derniers jours donc, j'ai lu la spirituelle lettre écrite par

(1) Nous croyons devoir dire, en présence de certains usages reçus dans la presse, que cette lettre n'est pas l'œuvre déguisée de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qu'elle nous est parvenue du dehors sans aucune provocation de la Rédaction, et que la responsabilité en est tout entière à l'auteur. A. D.

Digitized by Google

gique, et que les médecins considèrent même comme assez redoutables, on ne peut certes manquer de ranger l'huile de *Croton Tiglium*. Cette opinion semble exagérée à M. le docteur Joret, qui a fait un grand nombre d'expériences sur l'usage, soit interne, soit externe, de ce médicament. Il a été amené à conclure de ses observations que l'huile de croton, si redoutable aux yeux de ses premiers expérimentateurs, est d'une innocuité parfaite, et peut toujours être employée sans danger, pourvu qu'on l'administre avec prudence. Pour obvier au sérieux inconvénient d'un goût âcre et désagréable, il suffit d'employer l'*oléo-saccharure de croton*, proposé par M. Robert, et que l'on prépare de la manière suivante : on verse une goutte d'huile sur un morceau de sucre, qui en est bien vite imbibé ; on pulvérise le sucre, et on le mêle à une certaine quantité d'amidon ; puis on divise cette poudre en six ou huit paquets, dont on fait prendre un toutes les dix minutes dans du pain azyme. Comme ce procédé, qui masque l'âcreté du médicament, ne permet son administration qu'en un temps assez long, M. Joret propose de substituer à l'oléo-saccharure des capsules gélatineuses. Il fait mélanger l'huile de croton à de l'huile d'amandes douces, de façon à avoir des capsules à une goutte, une demi-goutte et un quart de goutte. Ces capsules, très petites, s'avalent très facilement et agissent très efficacement.

Un fait très curieux sur lequel M. Joret appelle l'attention est la production de phénomènes exanthémateux lors de la préparation de cette huile, phénomènes qui se manifestent sur presque tous les individus exposés aux miasmes âcres et nauséeux qui se dégagent alors. Chez quelques personnes l'éruption se fait aux paupières, chez d'autres à la gorge, chez d'autres enfin à la région ano-génitale. Très certainement c'est au principe âcre volatil, qui se répand dans l'atmosphère, que le phénomène est dû ; mais il est difficile d'expliquer nettement pourquoi ce n'est pas toujours la même partie qui est affectée dans tous les cas. On ne peut expliquer par le contact des tissus avec l'huile les phénomènes produits ; car des faits bien observés ont démontré que, alors même que ce contact a manqué, l'éruption n'en a pas moins eu lieu, et n'en a pas moins suivi sa marche habituelle. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 novembre 1861.)

— Les hyménoptères, et en particulier les guêpes, déterminent des accidents assez douloureux lorsqu'ils font pénétrer leur aiguillon sur quelque partie du corps de l'homme. Ces accidents, lorsqu'ils ne sont pas dus à un grand nombre d'animaux réunis, ne présentent aucun danger. Mais il n'en est pas toujours de même, lorsqu'un de ces insectes, introduit dans la cavité buccale avec un fruit ou quelque autre aliment, y fait une piqûre ; car le gonflement qui en résulte, pouvant se propager jusqu'aux voies respiratoires, peut être suffisant pour déterminer des phénomènes d'asphyxie ; toutefois ces cas n'ont que rarement une terminaison funeste. Dans le courant de l'été dernier, un nouvel exemple s'est présenté à M. le docteur Célérier (de Moulon) : une personne en ingérant son potage poussa tout à coup un cri aigu, expression d'une douleur subite et violente qu'elle venait d'éprouver dans la gorge. La respiration devient pénible ; on couche le malade ; la gêne du travail respiratoire, ainsi que la douleur de gorge semblent augmenter ; la face et les yeux s'injectent ; la partie antéro-latérale supérieure du cou paraît se gonfler, et des sueurs se déclarent. A ce moment, un effort de vomissement survient, et fait rendre au patient son potage, dans lequel nageait une guêpe vivante. L'insecte avait, en passant, piqué le pharynx, et occasionné, en même temps qu'une vive douleur, un gonflement presque subit des parties molles ; de là l'anxiété et les autres accidents. La respiration resta gênée et la déglutition impossible jusqu'au lendemain. L'aventure n'eut d'ailleurs pas d'autres suites, et un peu d'eau vinaigrée en gargarisme constitua tout le traitement. (*Union médicale de la Gironde*, novembre 1861.)

— Parmi les affections contre lesquelles les ressources de la médecine sont quelquefois insuffisantes, on peut certainement ranger les vomissements opiniâtres, et même incoercibles, qui se manifestent chez les femmes dans les premiers mois de la grossesse. Le docteur Canaday, qui dans le cours de sa longue clientèle a eu occasion d'employer les diverses substances préconisées contre cette maladie, dit s'être très bien trouvé de l'emploi d'une décoction concentrée de parties égales d'écorce de *Cornus sericea* et de racines de *Dioscorea villosa*. Cette décoction s'administre froide à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche toutes les trois ou quatre heures. De très bons résultats sont aussi attribués à l'infusion des fleurs de pied d'alouette (*Delphinium consolida*). Nous reproduisons ces assertions avec la réserve convenable. (*The Medical and Surgical Reporter ; El Pabellno medico*, 30 novembre 1861.)

— Dans notre dernière revue, nous avons appelé l'attention de nos confrères sur l'emploi avantageux que les méde-

---

M. le docteur Mougeot à M. le rédacteur en chef de l'Union médicale, et la réponse qu'a bien voulu lui faire ce dernier. Vous l'avouerai-je ? Cette réponse m'a paru d'une assimilation difficile, et mon faible esprit n'a pu s'en accommoder. Aussi, après avoir passé une nuit fort troublée, je me suis levé ce matin en m'écriant comme Juvénal :

Semper ego auditor tantum ? nunquam ne reponam ?

et, satisfait de cette réminiscence classique, j'ai voulu aussitôt la traduire en acte, et je me suis mis à griffonner la présente lettre.

Permettez-moi donc, monsieur le rédacteur, de vous soumettre humblement mes réflexions sur cet incident, et d'essayer une courte analyse des assertions de M. A. Latour.

M. le docteur Mougeot lui demande brusquement et d'une manière pressante au travers de quelles lunettes il fait voir tri-hebdomadairement à ses lecteurs les choses de la médecine. En d'autres termes, il le prie de déployer de temps en temps le drapeau doctrinal qui lui sert de guide. Êtes-vous, lui dit-il, vitaliste, ou organicien, ou panaché, c'est-à-dire éclectique ?

A cette question inattendue et tout à fait indiscrète, l'habile rédacteur en chef répond que son honoré correspondant l'embarrasse. Il fait mieux que de le dire, il le prouve d'un bout à l'autre de sa réponse, qui, en effet, est embarrassée et quelque peu contradictoire.

Il déclare d'abord que, dans d'innombrables articles, il a exposé les principes qu'on lui reproche de cacher, et qu'il éprouve de l'embarras pour trouver des formules nouvelles à des idées si souvent et si anciennement émises par lui. Mais on ne lui demande point de formules nouvelles, on désire seulement des formules claires, nettes et précises. On voudrait que ses principes fussent bien définis et méthodiquement exposés ; enfin qu'il ne s'enveloppât point de nuages, comme les dieux antiques, pour rendre ses oracles. Il ajoute qu'il faut être sobre d'expositions de principes, par la raison que ce ne sont pas les plus honnêtes femmes qui parlent sans cesse de leur vertu. Je

Digitized by Google

ciens allemands font du *malt* dans certaines affections catarrhales de la muqueuse bronchique et dans les divers accidents de la dyspepsie. Depuis que nous avons rédigé cet article, il a paru un travail de M. Fremy, médecin des hôpitaux, sur cette substance, et nous croyons devoir faire connaître aujourd'hui les principaux résultats auxquels il est arrivé. Les produits envoyés par M. Nitschke de Baruth (près Berlin) pour être soumis aux expériences de M. Fremy étaient de trois sortes : 1° une poudre de malt ; 2° une bière de malt ; 3° une poudre de malt pour bains. D'après les expériences de M. Chevrier, pharmacien, la poudre de malt de Baruth est très riche en diastase, caractère que n'ont pas présenté les échantillons pris à Paris, et par conséquent a dû offrir à un plus haut degré des propriétés fortifiantes, puisque cette diastase facilite singulièrement les phénomènes digestifs. La quantité de sucre de fécule est de 2 grammes pour 100. La proportion de *lupuline* contenue dans la poudre de malt de Baruth est beaucoup plus grande que dans les échantillons faits à Paris. Enfin un caractère important est donné par la différence de solubilité dans l'eau, puisque le malt de M. Nitschke ne donne que 18 grammes de résidu au lieu de 40 à 50 grammes. La bière de malt, beaucoup plus chargée d'alcool que celle de Paris, est plus riche également en principes solides, et renferme surtout des quantités très notables de *lupuline*. Le goût en est très agréable ; elle est très mousseuse, un peu sucrée et très aromatique. Elle est prise chaude par verre, et les malades en continuent volontiers l'usage pendant un temps prolongé. M. Fremy, désireux de répéter les expériences des docteurs Hustandt et Heffler, a, pendant six mois, administré le malt à plusieurs malades, et a observé les résultats suivants : sur 64 phthisiques qui ont pris assidûment des préparations de malt, aucun n'a été guéri ; mais *les phénomènes généraux* qui accompagnent généralement la tuberculisation pulmonaire (sueurs, diarrhées, etc.) ont presque toujours paru modifiés avantageusement ; les bronchites, les catarrhes pulmonaires ont subi une influence très satisfaisante de l'emploi du médicament, et la guérison a été obtenue rapidement, surtout chez les vieillards, qui, à la suite de bronchites persistantes, éprouvent si souvent des phénomènes de dyspepsie grave. Le malt, dans ces cas, guérit la bronchite, et relève facilement les forces digestives. Les dyspepsies simples disparaissent aussi rapidement par l'usage du malt. Les expériences de M. Fremy l'ont amené à considérer l'introduction du malt dans la thérapeutique française comme très heureuse, et il pense que c'est un médicament reconstituant très utile. La présence du *gluten à l'état soluble*, qui a été constatée, comme nous l'avons déjà dit, dans le malt, explique facilement cette action reconstituante, et elle doit être singulièrement facilitée par l'adjonction des principes qui coexistent avec le gluten, tels que le sucre de fécule, la lupuline, l'alcool, etc. Quant au procédé qui est suivi par M. Nitschke pour préparer sa poudre de malt, il n'est pas encore connu complétement ; mais très certainement, du jour où l'on voudra y mettre quelques soins, prendre des houblons de qualité supérieure et de l'orge bien préparée, on pourra partout se procurer du malt très efficace. (*Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques*, décembre 1861.)

— Un assez bon nombre de substances ont déjà été proposées comme facilitant singulièrement la cicatrisation des plaies, et parmi celles-ci plusieurs sont retombées dans l'oubli, dont elles n'auraient pas dû sortir. Aujourd'hui une nouvelle préparation se présente qui, d'après les observations de chirurgiens distingués, paraît devoir être accueillie avec faveur pour le pansement des plaies. Depuis le mémoire publié en 1860 par M. Pascal sur les propriétés antisyphilitiques de l'alcoolé de guaco (voy. *Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 212, 1861), des faits nouveaux sont venus démontrer que le guaco exerçait une influence très efficace sur la guérison des plaies non spécifiques. C'est ainsi que MM. Melchior Robert, Humbert, Duday, Richard, qui ont expérimenté longtemps ce médicament, l'ont vu réussir contre des plaies gangréneuses et pseudo-membraneuses, des ulcères chroniques des jambes, et lui ont reconnu une action qu'aucun autre agent ne possède. M. Bauchet, qui a fait une longue série d'observations sur l'emploi de l'alcoolé de guaco dans les plaies non spécifiques, n'a eu qu'à se louer de son emploi, et après avoir constaté que des plaies blafardes, ayant un mauvais aspect, avaient été très heureusement modifiées par des lavages avec le médicament étendu d'eau, et avaient offert un bourgeonnement plus actif, a été amené à conclure « qu'il n'y a pas de topique liquide qui puisse lui être comparé, grâce à la modification qu'il imprime immédiatement aux plaies. » Les chirurgiens, qui, dans certaines circonstances, voient échouer tous les traitements qu'ils instituent pour changer la nature de l'inflammation de certaines plaies, trouveront dans l'alcoolé de guaco un moyen plus efficace que ceux qu'ils avaient à leur disposition jusqu'à présent pour

---

trouve, pour mon compte, cette comparaison assez ambitieuse, et d'ailleurs un peu boiteuse. M. Latour lui-même ne paraît pas bien convaincu de sa force et de sa justesse, car il ajoute quelques lignes plus bas que comparaison n'est pas raison.

Il signale ensuite le comité de rédaction dont il est le chef comme une collection d'opinions individuelles, de principes les plus divergents et des doctrines les plus opposées, ce qui fait qu'il ne veut accepter d'autre responsabilité que celle qui résulte de sa propre signature. On croirait vraiment en lisant cela, que M. Proudhon avait en vue ce comité quand il inventa son fameux gouvernement de l'*an-archie*. Mais que répondra M. Latour si on lui rappelle à ce sujet ses nombreux articles dans lesquels il reproche à la Faculté de médecine de Paris le manque d'unité de son enseignement et par suite sa stérilité?

Enfin l'honorable rédacteur en chef se laisse entraîner à définir son programme qui se résume en ces paroles : « Foi dans la science, confiance dans l'art. » expressions que je trouve creuses ; puis à se déclarer vitaliste. Voilà donc le drapeau qui montre le bout de son étoffe. Toutefois après avoir ajouté comme commentaire, qu'il professe le vitalisme *tolérant* et progressif, il se sent de nouveau mal assis et juge prudent de se réfugier dans le *vitalisme organique*, si heureusement ainsi dénommé, dit-il, par son savant collaborateur, M. Pidoux.

Mon but n'est pas de mettre en saillie l'embarras avoué de M. le rédacteur en chef de l'Union médicale ; il est assez évident par lui-même et par l'aveu naïf de l'écrivain. Mais ce que je ne puis comprendre en tout ceci, c'est d'abord le vitalisme tolérant et progressif de M. A. Latour.

Une doctrine tolérante n'est, en tant que doctrine, qu'un dogmatisme nullement sûr de lui-même, et qui n'a aucune certitude d'être en possession de la vérité. C'est un système de circonstance, un syncrétisme ouvert aux vents de toutes les opinions. La vérité doctrinale est une et nécessairement intolérante. La philosophie stoïcienne n'est point tolérante envers celle d'Épicure ; la doctrine d'Aristote ne peut l'être en face de celle de Platon ; et mon curé qui connaît mieux que moi la

Digitized by Google

triompher d'affections rebelles. (*Gazette médicale de Lyon; Répertoire de pharmacie*, décembre 1861.)

— Le *hachisch*, que l'on a voulu introduire dans la thérapeutique moderne, est, comme on sait, d'un usage très fréquent en Orient, et principalement en Égypte. Le plus ordinairement on fait usage du produit de la macération des feuilles fraîches du chanvre dans du beurre, du sucre ou des confitures, ce qui donne les diverses préparations désignées sous les noms de *Ntaba-Misk*, *Mourapa-Keser*, *Chaschis*, *Chaschis-iraki*, ou improprement *hachisch*. Il résulte des observations de M. Landerer que les préparations les plus actives sont faites avec les tiges les plus recouvertes de matière résineuse. Cependant, en Perse, on pense que cette partie résineuse qu'on nomme *churnus* est moins active que les feuilles de moyenne dimension. Les grandes feuilles, dites *bangh*, qui sont les moins estimées, passent pour avoir des propriétés anodines, et sont employées à faire des cataplasmes. La teinture obtenue avec le *churnus*, et qu'on nomme *churnus iraki*, est employée en applications externes contre les douleurs abdominales, et spécialement contre les coliques. Comme on récolte habituellement la matière résineuse au moyen de peaux que l'on promène sur les tiges, M. Landerer croit pouvoir attribuer à la présence de cette résine l'action efficace de certains cuirs, que des pèlerins lui ont donnés comme très utiles contre les douleurs abdominales, d'autant plus que le vernis qui recouvrait ces cuirs lui a paru composé exclusivement de *churnus*. D'après certains on-dit, les paysans, pour ramasser le suc visqueux du chanvre, se promèneraient vêtus de peaux de chèvres au milieu des plantations. Pour que le suc adhère plus facilement, ils choisissent le moment de la grande chaleur, c'est-à-dire celui où la résine est presque liquéfiée par l'élévation de température. Quand ils ont récolté ainsi une quantité suffisante de suc, ils raclent leurs habits avec des couteaux, et forment des masses de résine qui sont ensuite exportées. Il serait possible que les cuirs dont il est parlé plus haut ne fussent que des fragments de ces vêtements. Quoi qu'il en soit, il serait intéressant de faire en Europe des observations qui vinssent confirmer l'efficacité des applications externes de la résine de chanvre contre les douleurs abdominales. (*Écho médical suisse; Répertoire de pharmacie*, décembre 1861.)

J.-Léon Soubeiran.

II

REVUE CLINIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

LEÇONS DE M. RICORD SUR LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR LE VACCIN.

Nous n'avons point l'intention de reproduire ici les deux remarquables leçons que M. Ricord, à la demande de M. le professeur Trousseau, vient de faire à l'Hôtel-Dieu devant un très nombreux auditoire. Nous voulons seulement rapporter les arguments principaux sur lesquels s'est appuyé ce savant maître pour poser ses conclusions, — conclusions du reste qui sont identiques avec celles du docteur Albertetti, dans son travail sur l'épidémie de Rivalta.

Dans le n° 49 (1861) et le n° 3 (1862) de la Gazette hebdomadaire, se trouvent consignés les faits italiens auxquels nous faisons allusion, nous n'insistons pas sur des observations qui ont été déjà le sujet de nombreuses discussions, et nous passons immédiatement à l'exposé du fait particulier qui a servi de texte aux leçons de M. Ricord.

Obs. — Une jeune femme de dix-huit ans entre le 6 septembre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau, pour y être soignée d'une métrite. Cette jeune femme a été vaccinée dans son enfance, et porte sur les deux bras des traces manifestes de l'inoculation vaccinale.

En octobre 1861, dans le service de M. Trousseau, salle des femmes et salle de la crèche, il existait une épidémie de variole. Notre malade, devant rester encore un temps assez long à l'hôpital, est soumise à une nouvelle inoculation vaccinale dans les premiers jours d'octobre. Le vaccin fut fourni par un enfant de bon aspect, dont la mère était saine. Le même vaccin servit à inoculer quatre petits enfants. Chez le vaccinifère, de même que chez ces quatre enfants, la vaccine fut normale. Chez la jeune femme, au contraire, il y eut fausse vaccine, les piqûres faites avec la lancette devinrent saillantes le lendemain de l'inoculation, avec une légère aréole inflammatoire, démangeaison vive; et, quatre à cinq jours après l'inoculation, il n'y avait plus traces de l'irritation passagère produite à la peau.

Ce fait n'avait rien qui dût surprendre; il rentrait dans la règle générale, puisque la malade avait été antérieurement bien vaccinée. Elle sort de l'hôpital le 9 novembre, c'est-à-dire un grand mois après l'inoculation, sans avoir présenté aucune pustule, aucune coloration suspecte au niveau des piqûres vaccinales. Lors de sa sortie, elle ne pensait plus à l'inoculation vaccinale, mais, dans les premiers jours de décembre, il nous fut permis de constater sur le bras gauche, au niveau des inoculations vaccinales, deux ulcérations recouvertes de croûtes épaisses et stratifiées ressemblant assez bien à des croûtes de rupia. Ces ulcérations furent alors considérées comme étant le résultat d'une vaccine à incubation longue, à début tardif, à marche anormale.

Un mois plus tard, le 11 janvier 1862, madame X... demande son entrée à l'hôpital pour y être encore soignée de son affection utérine. A cette date, les prétendues ulcérations vaccinales ne sont point cicatri-

scolastique, m'a fort bien dit que le nominalisme de Pierre Abélard n'a aucune tolérance pour le réalisme de Guillaume de Champeaux; il ne peut en être autrement du vitalisme envers l'organicisme, et réciproquement.

Je passe sur le vitalisme progressif auquel il y aurait bien aussi quelque chose à dire, et j'arrive à la nouvelle formule de M. A. Latour, *si heureusement dénommée vitalisme organique*. Qu'est-ce à dire, s'il vous plaît, vitalisme organique? Au premier abord et en s'attachant à la lettre de cette formule obscure, on n'y voit dans les termes qu'un pur pléonasme; car tout ce qui est vital est organique, et tout ce qui est organisé est vital. Mais, puisque M. A. Latour trouve cette formule très heureuse, et puisqu'elle paraît exciter son admiration, il ne saurait admettre le sens littéral dont je viens de parler. Qu'est-ce donc que le vitalisme organique? Voulez-vous dire par là que vous empruntez au vitalisme pur une part de votre doctrine, et à l'organicisme une autre part? Mais alors vous n'avez nul besoin d'une formule nouvelle; votre doctrine a un nom bien connu en philosophie, c'est le pur éclectisme, ou le panaché, comme dit spirituellement M. le docteur Mougeot; vous êtes souris et oiseau; vous avez des dents et des plumes, suivant les besoins de votre cause. Mais qu'est-ce donc encore que votre vitalisme organique? Annonce-t-il la prétention de réconcilier le vitalisme et l'organicisme? L'école de Montpellier et celle de Paris? Ce serait une brillante manière pour l'honorable rédacteur en chef de l'Union médicale de justifier le titre de son journal, qui ne viserait plus seulement à l'union entre les hommes, mais aussi à l'union entre les doctrines. Mais j'ai bien peur que cette excellente intention, si elle existe, reste à l'état d'aspiration mystique; car on ne peut pas changer arbitrairement la nature des choses ni le sens donné aux mots. Un confrère voisin que j'ai interrogé à ce sujet, car j'ai conscience de la faiblesse de mon intellect, me répondait que cette formule lui semblait pareille à celle-ci: le *Déisme athée*. Ce ne peut donc être cela que vous avez voulu dire. Mais qu'est-ce donc enfin? Entendez-vous affirmer que la matière organisée pos-

Digitized by Google

…es ; elles suppurent, et leur croûte paraît indurée ; de plus, dans l'aisselle, on constate une adénopathie multiple, indolente, et, sur le tronc, les bras et le menton, une roséole dont la nature spécifique ne peut être contestée.

Au dire de la malade, la roséole existait depuis la mi-décembre 1861, c'est-à-dire six semaines après l'inoculation vaccinale. Ajoutons qu'il y a céphalée, adénopathie occipitale, et le diagnostic de la diathèse sera écrit en grosses lettres.

M. Ricord, à la demande de M. Trousseau, vient examiner la malade, et il n'hésite pas à formuler ainsi son diagnostic.

Ulcus elevatum, double (variété de chancre induré), sur le bras gauche, pléiade ganglionnaire, roséole spécifique, type de syphilis constitutionnelle ayant eu son origine, sa porte d'entrée, dans les deux ulcérations du bras gauche.

Devant un diagnostic si nettement formulé, plusieurs questions devaient être posées :

1° La lancette chargée du virus vaccinal était-elle coupable de l'inoculation syphilitique ?

2° Dans le cas où l'inoculation aurait eu pour résultat immédiat une fausse vaccine, et pour résultat consécutif deux ulcérations syphilitiques, était-ce le virus vaccin qui avait porté avec lui le virus syphilitique, ou bien la lancette aurait-elle été chargée en même temps de sang, comme cela a été prétendu nécessaire dans les cas de vaccine syphilitique?

Nous reprendrons bientôt chacune de ces hypothèses, mais ne voit-on pas immédiatement que la question peut encore être envisagée de la façon suivante :

Le vaccinifère avait-il au bras un chancre infectant? Non, puisque chez lui la vaccine a été normale ainsi que chez les quatre enfants auxquels il a fourni du vaccin.

— Avait-il une pustule d'ecthyma, manifestation secondaire de la syphilis? Non plus, puisque la pustule vaccinale a suivi sa marche ordinaire ; partant nous voici conduits par exclusion à poser cette dernière et double question :

Le virus-vaccin était-il mélangé à du virus syphilitique ou à du sang chez un enfant où la syphilis était à l'état virtuel ?

Nous verrons comment M. Ricord a répondu à chacune de ces questions ; mais avant d'entrer en matière, le célèbre syphilographe a cru nécessaire de faire un exposé rapide de sa doctrine sur la syphilis. Cet exposé était nécessaire pour conduire son auditoire aux conclusions finales. On nous permettra de ne point reproduire *in extenso* cette partie de l'argumentation de M. Ricord. Qu'il nous suffise de rappeler, sous forme de propositions, les principes de la doctrine de l'hôpital du Midi :

— La porte d'entrée de la vérole est un chancre.

— Le chancre induré est le chancre infectant.

— Le chancre infectant a pour conséquence prochaine la pléiade ganglionnaire, indolente.

— Cela une fois observé, le ruban syphilitique se déroulera tout entier si l'on n'oppose pas à la diathèse un traitement convenable.

— Le chancre mou n'est point infectant.

— S'il retentit sur les ganglions voisins, l'adénite est unique, inflammatoire, douloureuse. Point de traitement, point de vérole.

— Tout individu qui a eu un chancre induré ne contractera plus que des chancres mous. La vérole ne se double pas.

— Les accidents secondaires sont-ils contagieux? A cette grave question, M. Ricord répond oui ; les accidents secondaires peuvent être contagieux, mais ils le sont *très peu* et *très rarement*.

Autant la contagion de l'accident primitif est facile, autant celle des accidents secondaires est rare.

A l'appui de cette dernière proposition M. Ricord rappelle que le docteur Sarrhos s'est inoculé une trentaine de fois les liquides provenant de plusieurs formes d'accidents secondaires, et toujours sans succès.

— N'avons-nous pas vu M. Cullerier s'inoculer sur l'avant-bras, *un très grand nombre de fois, et toujours impunément, la sécrétion morbide d'accidents secondaires?* On désirait l'inoculation et cependant on n'a pu l'obtenir.

— Quant aux observations de Wallace et de Vidal sur M. Boudeville, il n'y a pas lieu de s'y arrêter, des discussions antérieures ont déjà fait justice, toujours d'après M. Ricord, de ces expériences.

Il n'en est point de même des inoculations faites dans ces *dernières années*. M. Ricord veut bien les admettre comme des preuves de la possibilité de la contagion des accidents secondaires ; mais tout en les acceptant, il demande aux adversaires de sa doctrine s'ils ont toujours eu soin de rechercher l'adénopathie spécifique lorsqu'ils croyaient avoir affaire à des accidents secondaires. Dans les cas où la plaque muqueuse retentit sur les ganglions voisins et fait la pléiade ganglionnaire indolente, examinez avec soin, étudiez les variétés d'induration spécifique suivant le siège des ulcérations, et souvent vous constaterez à ces prétendues plaques muqueuses une doublure indurée ; elles ne seront elles-mêmes qu'une variété de chancre induré, infectant.

— Ces réserves faites, M. Ricord accepte que rarement, très rarement, l'accident secondaire peut être contagieux et infectant.

— Enfin, peut-il y avoir transmission de la syphilis par le sang ? Le sang d'un individu syphilitique peut-il, lorsqu'il est inoculé, transmettre la vérole au même titre que le pus, le virus du chancre infectant? Le sang d'un syphilitique est-il contagieux ? Évidemment non ; s'il en était ainsi, le sang modifierait d'abord d'une façon spéciale les plaies des syphilitiques eux-mêmes, il n'en est rien, que de fois des sangsues, des vésicatoires ont été appliqués sur les syphilitiques sans aucun accident spécifique ! Hunter avait déjà fait cette remarque, et il n'est point de clinicien qui, faisant appel à sa mémoire, ne puisse fournir nombreux faits semblables.

---

sède une force particulière qui lui est inhérente, en vertu de laquelle elle vit, sent et se meut? Mais, dans cette hypothèse encore, votre formule ne présente ni nouveauté doctrinale, ni juste appropriation des termes. Ce système est aussi connu que l'éclectisme, et a également un nom en philosophie médicale : c'est le pur *dynamisme*.

Je ne puis donc en aucune manière partager l'admiration de M. A. Latour, pour ce qu'il dénomme le *vitalisme organique*. Je n'y vois qu'une logomachie, ou une vieillerie rajeunie par un talent incontestable. M. le rédacteur en chef de l'Union médicale nous dit : « M. Pidoux nous a promis un prochain exposé de principes, ce qui nous dispense pour le moment de tout développement. » Je crains bien que ce soit là une porte dérobée, par laquelle M. A. Latour cherche à échapper aux pressantes questions de son correspondant. M. Pidoux a déjà écrit plusieurs expositions de principes que certainement M. le docteur Mougeot a dû lire, et il n'en paraît pas plus satisfait ni plus avancé pour cela ; ce qu'il désire, ce nous semble, c'est un exposé de l'Union elle-même, qui l'aide à comprendre la doctrine du journal.

De tout ceci je conclus que, quelle que soit la manière dont on envisage le vitalisme de l'honorable rédacteur en chef de l'Union médicale, qu'il soit tolérant et progressif ou organique, on ne peut s'empêcher de le trouver vague, indécis, obscur et ne représentant à l'esprit qu'incohérence et contradiction. Eh ! mon Dieu ! notre langue française est pourtant claire et précise ; les formules nuageuses ne lui conviennent point, pas plus que les enfilades de mots redondants et à effet qui ne servent qu'à dissimuler le vide des choses. Ce sont là des fruits d'outre-Rhin qu'il faut renvoyer à leur vraie patrie.

Agréez, monsieur le rédacteur et docteur, etc.

Dr Kerdarivillec.

Digitized by Google

Des inoculations de sang syphilitique ont cependant été répétés ; M. Ricord ne pense pas qu'on doive tenir compte des observations de l'anonyme du Palatinat. Quant à l'observation de Waller, si souvent citée, doit-elle être prise en grande considération, lorsqu'on remarque d'une part la cicatrisation rapide des scarifications pansées avec de la charpie imbibée de sang syphilitique, d'autre part l'apparition de plaques muqueuses *in situ inoculationis* vingt jours après l'expérience, et de plus, lorsque en même temps se développe sur l'une des épaules un tubercule plat de nature syphilitique? Il faut, dit M. Ricord, rejeter cette observation, parce qu'elle est en opposition avec ce que l'expérience apprend de l'incubation de la syphilis et de l'époque d'apparition des accidents secondaires.

Acceptez que l'observation de M. Waller doive être acceptée, n'existe-t-il pas de nombreuses expériences contradictoires? Qui ne se rappelle les tentatives de Diday, qui, pour prévenir la vérole, faisait des inoculations de sang syphilitique, et qui n'a jamais obtenu aucun accident local, au point de l'inoculation?

Dans ce journal même, ne vous rappelait-on pas tout récemment les remarquables expériences du docteur Lalagade, lesquelles démontrent d'une façon irréfragable que l'inoculation du sang des syphilitiques n'est pas toujours suivie d'infection?

Si, dans l'observation qui fait le sujet de cette communication, nous avons constaté l'état normal de la pustule vaccinale chez le vaccinifère ;

Si d'autre part nous avons démontré la rareté de la contagion des accidents secondaires ;

Enfin, si nous sommes autorisés à ne pas considérer le sang des syphilitiques comme un élément de transmission de la syphilis :

Il ne nous reste plus qu'à rechercher si le virus vaccin peut transmettre la vérole lorsqu'il est puisé sur un individu *supposé syphilitique*.

Il ne peut venir à l'esprit d'aucun clinicien de supposer que le virus vaccin peut engendrer de toute part le virus syphilitique autant vaudrait accepter que la rage fait la rougeole, la morve, la scarlatine, etc., etc.

Les partisans de la transmission de la syphilis par le vaccin devront donc, en dernier ressort, supposer que la syphilis *à l'état latent* pourrait être transmise par le sang ou tout autre liquide physiologique ou morbide de l'organisme. L'expérience et l'analogie répondent négativement à cette supposition. La rage, la morve, la variole, pendant leur période d'incubation, ne sont point transmissibles ; elles ne sont contagieuses qu'au moment où elles se manifestent en dehors. Pourquoi en serait-il autrement de cette autre maladie purulente qu'on appelle la syphilis?

Le vaccinifère de la salle Saint-Bernard n'a donc pu transmettre à la malade la syphilis qu'il n'avait pas lui-même en apparence, et, suivant M. Ricord, nous voilà conduits à supposer que la vaccine n'a pas été la cause de la syphilis chez notre jeune femme.

Il nous faudra en rechercher l'étiologie dans une contagion médiate. Peut-être le virus syphilitique a-t-il été porté par la main de la malade sur les papules de fausse vaccine, lesquelles étaient le siége d'une vive démangeaison. Encore nous faudrait-il trouver la source où les doigts de la malade auraient rencontré le virus syphilitique. Une enquête commencée sur ce sujet sera poursuivie avec activité, et nous vous tiendrons au courant des renseignements que nous aurons recueillis.

Mais si nous ne pouvons aujourd'hui poser des conclusions précises sur le cas particulier de la salle Saint-Bernard, nous devons recommander d'une façon générale la plus grande réserve sur cette grave question de la transmission de la syphilis par le virus-vaccin ou le sang des vaccinifères. Pour M. Ricord, il n'est point d'observation qui établisse aujourd'hui que la vaccine transmette la syphilis, et les 63 vaccinations de Rivalta ne prouvent rien d'une façon absolue. M. Ricord adhère de tout point à l'opinion émise par M. Jaccoud dans la Gazette hebdomadaire.

On doit, jusqu'à contradiction péremptoire, accepter les conclusions du travail du docteur Albertetti, conclusions qui ont reçu l'approbation complète de M. Ricord, et, s'il était prouvé un jour que la vaccine peut transmettre la syphilis, il ne faut point oublier que la transmission étant très rare, le monde savant devrait encore faire de suprêmes efforts pour conserver aux générations futures le bénéfice de la grande découverte de Jenner. On meurt de la variole presque fatalement, surtout en temps d'épidémie, lorsqu'on n'a pas été vacciné ; on guérit presque toujours de la vérole lorsqu'on est convenablement traité.

Dr Dumontpallier.

De la Paralysie agitante

A PROPOS D'UN CAS TIRÉ DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR OPPOLZER.

(Suite et fin. — Voir les numéros 48 et 51.)

II. — Étiologie, thérapeutique, nécroscopie, nosographie et diagnostic.

A. — Deux ordres d'agents paraissent devoir figurer au premier rang, dans l'étiologie de la paralysie agitante : c'est d'une part, l'influence du froid et de l'humidité combinés, et d'autre part, celle de l'ébranlement du système nerveux que déterminent les émotions à la fois violentes et soudaines.

a. Pour commencer par la dernière de ces causes, nous ferons remarquer tout d'abord que parmi les émotions c'est la terreur ou au moins une frayeur vive qu'on trouve presque exclusivement signalées dans les observations ; or, le rôle étiologique de ces perturbations psychiques paraît évident et pour ainsi dire palpable dans certains cas où, comme cela a eu lieu dans l'observation du professeur Oppolzer, leur impression sur l'organisme a été suivie presque immédiatement du développement des troubles morbides. Nous voyons encore dans un des faits qui nous ont été communiqués par M. Hillairet, fait relatif à un homme âgé de soixante et un ans jusque-là bien portant, la maladie se déclarer presque subitement, au moment où cet homme voit tuer son fils sous ses yeux, pendant les événements de juin 1848. Mais, il faut bien le reconnaître, la relation entre l'effet et la cause présumée est loin d'être aussi nettement établie dans d'autres observations où l'influence de la frayeur a été cependant encore invoquée. Parmi ces observations, les unes manquent absolument de détails nécessaires pour que la critique puisse exercer son contrôle, d'autres sont sous ce rapport plus satisfaisantes ; mais alors on y remarque presque toujours qu'un laps de temps souvent fort long s'est écoulé entre l'apparition du tremblement et l'époque où a eu lieu l'émotion, si bien qu'on se trouve tout naturellement porté à douter si celle-ci a réellement eu l'influence qu'on lui prête. Un fait rapporté par Graves peut, entre autres, être rapporté comme un exemple de ce genre.

Obs. — Ellen Davis, jeune femme d'environ vingt-cinq ans, paraît, d'après son propre récit, être devenue malade à la suite d'une soudaine et violente émotion. Cette pauvre fille croyait fermement, ainsi qu'un grand nombre d'individus des basses classes, à l'existence des esprits... Elle demeurait sur une route située entre deux cimetières... Quelques gens de sa connaissance voulurent s'amuser à ses dépens... On se procura un bâton à battre le beurre, auquel on suspendit un drap, de façon à représenter un corps décapité revêtu d'un linceul, et on suspendit le tout entre deux arbres au moyen d'une corde. Au moment où cette fille se mettait au lit, elle fut terrifiée par la vue de cet objet, et elle tomba immédiatement dans un état d'insensibilité totale. La frayeur dérangea ses fonctions nerveuses d'une façon extraordinaire. Cette malade devint sujette à des vertiges ; elle perdit l'usage des membres d'un côté, et fut obligée de garder le lit pendant trois mois. Plus tard, l'hémiplégie commença à diminuer, ; mais, bien qu'il y ait déjà sept ans que l'attaque a eu lieu, la paralysie est encore très prononcée. Pendant le cours de ces sept années, elle a été aussi prise d'amaurose, qui l'a rendue aveugle pendant près d'une année ; puis elle a recouvré la vue d'un seul œil. A présent elle offre un spécimen remarquable de paralysie agitante.

Bien que la paralysie agitante et l'émotion qui l'aurait produite soient, dans ce cas, pour ainsi dire rattachées l'une à l'autre par un enchaînement non interrompu d'accidents nerveux variés, il est évidemment fort douteux si celle-ci a eu en réalité quelque influence sur le développement de celle-là, et l'on reconnaîtra que cette influence, si elle a vraiment existé, n'a pu s'exercer que d'une manière fort indirecte. On sait d'ailleurs quelle large part il convient de faire à l'imagination du malade et quelquefois même de l'observateur, dès qu'il s'agit du rôle étiologique des troubles psychiques dans la production des maladies qui affectent le système nerveux. Nous ne voudrions point, toutefois, pour notre compte, pousser le scepticisme trop loin en pareille matière. En outre des faits incontestables invoqués plus haut, on aurait en effet, dans cette question, à faire valoir pour l'affirmative, que les émotions violentes, la terreur en particulier, se traduisent habituellement par des troubles organiques variés plus ou moins accusés, dont le système nerveux est évidemment le siége principal, et parmi lesquels le tremblement des membres figure au premier rang; que ces troubles habituellement très passagers peuvent cependant, dans certains cas, persister pendant un temps relativement assez long, sans constituer encore cette fois un état morbide proprement dit; qu'enfin ces troubles du système nerveux, considérés surtout dans leur plus haut degré de développement, ont avec les symptômes mêmes de la paralysie agitante, d'incontestables points de contact.

b. L'influence du froid humide est, comme la précédente, attestée par un certain nombre d'observations. Tantôt les malades avaient habité pendant un temps souvent fort long une demeure humide (Canstatt), d'autres fois ils n'avaient été que temporairement soumis à l'action du froid et de l'humidité. Les cas les plus probants du dernier genre sont évidemment ceux où l'on voit la maladie se développer pendant l'application même de la cause ou tout au moins peu de temps après. En voici un exemple fort remarquable que nous empruntons à M. W. Gull :

Obs. — *Dans ce cas, il* s'agit d'un homme de bonne apparence, âgé de quarante-cinq ans, qui, deux ans auparavant, pendant le mois d'octobre, par un temps froid, fut fort mouillé, et resta, avec ses habits trempés, assis pendant longtemps dans un café. Au sortir du café, cet homme monta sur un bateau à vapeur, et demeura toute la nuit sur le pont. Le lendemain matin, il pouvait à peine marcher, tant ses membres étaient roides. Au bout de quatre jours, sa main droite commença à trembler de telle sorte qu'il lui fut impossible d'écrire. Insensiblement tout le bras droit s'affecta de la même manière. Au bout de huit mois, le membre inférieur droit lui paraissait pesant et tremblait tout comme le bras; il y a quatre mois, ce fut le tour du bras gauche; et, peu après, le membre inférieur gauche fut également pris de tremblement, de telle sorte qu'aujourd'hui le corps entier est dans un état d'agitation permanente.

On pourrait rapprocher du cas précédent un fait rapporté par Romberg (*loc. cit.*), et où il s'agit d'un homme qui éprouva les premiers symptômes de la paralysie agitante, peu de temps après s'être trouvé dans les circonstances suivantes : cet homme fut, en 1813, devant Magdebourg, attaqué par des cosaques qui le dépouillèrent de ses vêtements alors qu'il avait la peau couverte de sueur, et il resta dans cet état pendant plusieurs heures, couché sur la terre humide. L'influence du froid et de l'humidité paraît dans ce cas assez bien établie, mais il est fort probable que la terreur a pour son compte joué ici un rôle important.

c. Telles sont les deux causes dont la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître l'influence dans la production de la paralysie agitante; après cela on a noté encore, cette fois à titre de conditions prédisposantes ou personnelles, un certain nombre de circonstances et en particulier l'âge sénile. La paralysie agitante est habituellement en effet une maladie de l'âge avancé; elle débute le plus souvent après l'âge de soixante ans. Mais il y a toutefois d'assez nombreuses exceptions à cette règle. Ainsi, la malade dont nous avons relaté l'histoire, d'après Graves, était âgée de vingt-cinq ans seulement; un individu observé par M. Trousseau n'avait pas plus de vingt-sept ans; un des cas rapportés par Elliotson est relatif à un homme de trente-cinq ans; enfin, chez une malade que nous observons en ce moment, les premiers symptômes morbides se sont déclarés à l'âge de quarante ans; quant à l'influence du sexe, on conçoit qu'elle ne puisse pas être appréciée d'une manière quelque peu sérieuse, en raison du petit nombre d'observations rassemblées jusqu'à ce jour. — Nous ne croyons pas que la paralysie agitante ait été jusqu'ici rencontrée en connexion évidente avec quelqu'une des grandes maladies constitutionnelles; le rhumatisme chronique, il est vrai, a été signalé par quelques auteurs comme affection antécédente ou concomitante; faute de détails circonstanciés il est impossible de préciser ce que ces auteurs ont, en pareil cas, entendu désigner par cette dénomination de rhumatisme; il est fort probable toutefois qu'ils ont fait allusion à ces douleurs musculaires plus ou moins vagues, qui compliquent en effet quelquefois la paralysie agitante, et qui, comme elle, peuvent dériver de l'impression du froid humide. Mais ces affections rhumatoïdes sont loin de constituer des caractères positifs de la diathèse rhumatismale, et pour permettre à l'avenir de décider si la paralysie agitante est liée à cette diathèse par quelque rapport de connexité, il faudrait de toute nécessité que celle-ci se traduisît par des manifestations moins équivoques, qu'elle se montrât, par exemple, sous l'une quelconque des formes variées de l'arthro-rhumatisme aigu ou chronique. — Nous terminerons cette ébauche, nécessairement fort imparfaite, d'une étiologie de la paralysie agitante, en faisant ressortir que dans les cas soumis à notre observation, quelque attentive qu'ait été la recherche des antécédents, il nous a été impossible de découvrir aucune circonstance exceptionnelle et capable de faire concevoir le développement d'une affection à la fois si singulière et si grave.

B. — En ce qui concerne la question de thérapeutique, nous n'aurons malheureusement qu'à enregistrer des résultats ou fort imparfaits ou, le plus souvent, complétement négatifs; mais il nous a paru utile d'indiquer, au moins très sommairement, les tentatives qui ont été conduites avec quelque suite, même les plus infructueuses, ne fût-ce que pour déblayer le terrain de l'expérimentation en signalant des essais déjà suffisamment jugés par la clinique.

Tous les auteurs ont reproduit, d'après le docteur Elliotson, le cas d'un malade chez lequel la guérison complète a été obtenue par l'emploi de hautes doses de sous-carbonate de fer. Il s'agit dans ce cas d'un homme de trente-cinq ans; la maladie n'était pas de date très ancienne, les symptômes, quoique bien accusés, n'étaient pas très intenses. Chez un autre malade observé par le même médecin, on obtint par l'administration du même médicament un amendement assez marqué, mais qui ne fut que temporaire. Dans quatre ou cinq autres cas, M. Elliotson a vu l'emploi du sous-carbonate de fer à dose élevée échouer complétement. Romberg qui a observé et traité plusieurs cas de paralysie agitante, n'en a rencontré qu'un seul où la médication employée ait paru avoir quelque succès; dans ce cas on avait prescrit le sous-carbonate de fer, suivant les indications d'Elliotson; mais on avait en outre et concurremment mis en usage des bains chauds avec affusions froides simultanées sur la nuque et le dos. Le tremblement cessa momentanément, mais la maladie reprit bientôt sa marche progressive et envahissante. — Basedow dit avoir observé un cas où tous les symptômes de la maladie cessèrent pendant plusieurs mois, à la suite de l'usage des eaux alcalines de Tœplitz. — Canstatt a obtenu un amendement très notable chez un sujet avancé en âge, par l'administration des bains sulfureux; il suppose que dans ce cas l'affection était de nature rhumatismale, et il se demande si cette médication ne serait pas efficace seulement dans des cas de ce genre. Les bains sulfureux associés à l'emploi de l'iodure de potassium et à l'application de cautères sur la nuque, ont paru amener un résultat très avan-

Digitized by Google

tageux quoique temporaire chez un homme âgé de cinquante-trois ans, auquel nous avons fait allusion déjà, et dont l'histoire nous a été communiquée par M. Axenfeld ; à la suite de cette médication complexe, mais où les bains sulfureux ont dominé, tous les accidents morbides se sont suspendus pendant près de dix-huit mois. — Si les médications dont il vient d'être question paraissent avoir eu quelquefois d'heureux résultats, soit en amenant une atténuation des symptômes, soit même en enrayant momentanément le cours de la maladie, il n'en est pas de même de celles qui suivent. Dans plusieurs faits rapportés par les auteurs et dans deux cas que nous avons directement observés, l'emploi de la strychnine n'a produit aucun effet favorable, et même, plusieurs fois, il a été suivi d'une exacerbation bien évidente de tous les accidents ; l'opium à haute dose a procuré plusieurs fois du soulagement, soit en amenant le sommeil, soit en faisant disparaître les douleurs qui accompagnent quelquefois le tremblement ; mais sous l'influence de cette médication, le tremblement lui-même n'a subi aucune modification appréciable. Nous avons, chez une de nos malades, administré pendant près de deux mois, sans résultat aucun la poudre de seigle ergoté à la dose de 50 centigrammes combiné à une dose égale de sous-carbonate de fer. L'électricité enfin a échoué complétement entre les mains de M. W. Gull, qui a eu occasion de l'appliquer dans quatre cas de paralysie agitante bien caractérisée. Mais à ce propos il importe de remarquer que l'électricité statique seule paraît avoir été expérimentée par ce médecin (1).

C. — Les renseignements que nous avons pu recueillir relativement aux altérations anatomiques rencontrées dans les cas de paralysie agitante, sont peu nombreux et, en général, peu circonstanciés ; mais par contre ils concordent assez bien entre eux, au moins pour la plupart, et acquièrent par ce fait même une incontestable valeur. Chez un des sujets dont il a donné l'histoire, Parkinson a constaté, lors de la nécroscopie, une augmentation de volume et de consistance du pont de Varole et de la moelle allongée ; l'induration s'étendait à la moelle cervicale ; dans ce même cas, suivant Parkinson, les nerfs de la langue et ceux du bras étaient en outre comme tendineux, c'est dire qu'ils étaient eux-mêmes le siége d'une induration prononcée. Si on laisse de côté le dernier détail qui n'a pas son analogue dans les observations ultérieures, on sera frappé de la ressemblance qui existe entre ces lésions et celles dont M. Oppolzer a donné la description. En effet, chez le sujet observé par ce médecin, le pont de Varole et le bulbe rachidien étaient aussi manifestement indurés ; de plus, la moelle épinière présentait une altération caractérisée par l'existence de stries grisâtres siégeant surtout dans les cordons latéraux. Les altérations de ces diverses parties, ainsi que cela a été reconnu par l'examen microscopique, dépendaient d'une production exagérée de tissu conjonctif ; tout porte à croire qu'on fût arrivé au même résultat dans le cas de Parkinson, si l'on y eût fait usage du même mode d'investigation. La sclérose de certaines parties des centres nerveux a d'ailleurs été rencontrée par d'autres observateurs dans les cas de paralysie agitante ; ainsi, au rapport de M. Lebert (2), à l'autopsie d'un sujet qui avait succombé à la suite de la paralysie agitante, on trouva un foyer d'induration scléreuse avec rétraction siégeant dans la partie supérieure de la moelle épinière. Il n'est pas dit si, dans ce cas, la protubérance annulaire présentait quelque lésion du même ordre. L'induration dont il vient d'être question, ou autrement dit la sclérose du tissu nerveux, produite par l'hypertrophie du tissu conjonctif, n'est pas le seul genre d'altération qui ait été constaté dans les cas de paralysie agitante ; le ramollissement, la dégénération graisseuse des éléments nerveux, les dilatations vasculaires y ont été, en effet, plusieurs fois rencontrées (1), mais il faut noter que ces lésions si diverses siégeaient toujours, comme cela avait lieu dans les faits précédents, dans la moelle allongée, le pont de Varole et les parties avoisinantes. Si donc la nature des lésions a pu varier très notablement, il ne paraît pas en être de même du siége qu'elles affectent. Ce siége varie peu, et c'est là un point qu'il importait de faire ressortir. Toutes les observations précitées tendraient par conséquent à établir qu'une altération variable dans sa nature, mais toujours appréciable de certaines parties des centres nerveux, est un caractère constant de la paralysie agitante, au moins lorsque la maladie est parvenue à un certain degré de développement ; mais par contre, il en est d'autres qui déposent en sens contraire, et où l'autopsie n'a donné que des résultats complétement négatifs. Canstatt (2) a insisté avec raison sur les faits de ce genre, qui fournissent un enseignement dont nous devrons tirer profit.

D. — *a.* En raison de l'état pour ainsi dire rudimentaire où se trouvent encore aujourd'hui l'étiologie et la nécroscopie de la paralysie agitante, c'est presque exclusivement le point de vue symptomatologique qui doit dominer dans la recherche d'une caractéristique de cette maladie. Or, de tous les phénomènes par lesquels celle-ci se manifeste, il n'en est, ainsi que nous l'avons vu, en réalité qu'un seul qui ne lui fasse à peu près jamais défaut ; ce phénomène c'est le tremblement, et c'est lui qui, par conséquent, devrait occuper le premier plan dans une définition ; après cela, il conviendrait de mentionner accessoirement un symptôme qui ne se manifeste pas constamment, mais qui, dans les cas où il existe, contribue pour beaucoup à imprimer à la maladie une physionomie originale ; nous voulons parler de cet entraînement singulier qui force les malades à courir alors qu'ils veulent marcher ; quant à la démarche sautillante, elle n'est qu'une conséquence naturelle d'un tremblement très prononcé, et qui occupe plus particulièrement les membres inférieurs. Mais le tremblement rhythmique des diverses parties du corps n'est pas exclusivement propre à la paralysie agitante, il appartient également à diverses affections qu'il sert même à désigner, au tremblement mercuriel par exemple, et au tremblement sénile ; de plus, il se présente dans celles-ci et dans celle-là avec des caractères absolument identiques. On peut en dire autant de la propulsion irrésistible, elle peut exister et se montrer même très prononcée indépendamment du tremblement. Il est évident, d'après cela, que pour le point de vue qui nous occupe les symptômes fondamentaux de la paralysie agitante, pris isolément, n'ont pas de valeur vraiment spécifique ; ils n'acquièrent une importance décisive qu'en tant qu'on les considère dans leurs relations réciproques, et surtout dans leur mode d'évolution. Un nouvel élément doit donc figurer dans la caractéristique, et cet élément est fourni par la considération du mode d'évolution des symptômes pendant le cours de la maladie. Or, la paralysie agitante, bien qu'elle puisse présenter parfois, dans sa marche, des rémissions, voire même des intermissions plus ou moins prononcées, est une affection foncièrement continue ; de plus, elle est éminemment progressive et envahissante, c'est-à-dire que, partiel à son début, et limité à une extrémité ou à un membre, le tremblement tend ici, pour ainsi dire invinciblement, à s'étendre à toutes les parties du corps en même temps qu'il s'aggrave. Ainsi *tremblement rhythmique, continu, à marche progressive, et auquel vient fréquemment s'adjoindre une tendance plus ou moins marquée à la propulsion*, tels sont les seuls éléments qui, dans l'état actuel de la science, nous paraissent devoir constituer la définition de l'affection décrite sous le nom de *paralysie agitante*.

(1) M. Gull tirait des étincelles de la région vertébrale. Il n'est pas inutile de noter que l'électricité, qui échoue dans les cas de paralysie agitante, produirait, au contraire, suivant les recherches de MM. G. Bird, Hughes, Gull et Addison, les plus merveilleux effets dans les cas de chorée.

(2) *Loc. cit.*, p. 531.

(1) Oppolzer, *loc. cit.*; Lebert, *loc. cit.* — Chez une femme âgée de soixante-dix ans, atteinte d'un cancer du sein, et qui présentait un tremblement général très prononcé, M. le docteur Hillairet a trouvé à l'autopsie un ramollissement de la protubérance annulaire.

(2) *Specielle Patholog. und Therap.*, Bd. II, 1855.

Digitized by Google

b. Tout ceci fait aisément prévoir que, dans les cas où la maladie n'aura pas revêtu son type de parfait développement, et lorsque sa marche progressive n'aura pas pu être étudiée, soit *de visu*, soit par une étude attentive des antécédents, de très sérieuses difficultés de diagnostic pourront se présenter au clinicien. Nous croyons pouvoir nous abstenir d'entrer dans de longs détails concernant la question que nous signalons, et nous nous bornerons à en indiquer les points les plus saillants. Les affections qui, comme la paralysie agitante, ont le tremblement pour symptôme principal, sont ici naturellement surtout en cause. On a dit que, dans le tremblement sénile, les mouvements rhythmiques étaient moins intenses qu'ils ne le sont dans la paralysie agitante; cela est vrai pour la majorité des cas. Mais on comprend que, si la dernière affection en est à son début, si elle est encore peu intense, si surtout elle se développe sans cause apparente chez un sujet avancé en âge, l'hésitation sera fort légitime tant que la tendance progressive des accidents n'aura pas pu être reconnue. L'adjonction de quelqu'un des symptômes accessoires propres à la paralysie agitante contribuera puissamment à fixer le diagnostic. Dans les diverses espèces de tremblement par intoxication, dans celle de ces affections surtout qui dérivent de l'intoxication mercurielle, les mouvements rhythmiques peuvent quelquefois égaler en intensité ceux qu'on observe dans la paralysie agitante; mais, outre que les phénomènes accessoires qui s'associent à cette dernière maladie diffèrent de ceux qui s'adjoignent au tremblement mercuriel, la considération des circonstances étiologiques est ici toute-puissante, et peut conduire à des conclusions absolues. On a fait ressortir encore, avec raison, ce caractère assez important pour le diagnostic, que dans les tremblements déterminés par l'abus des boissons excitantes, l'alcool, le café par exemple, les mouvements rhythmiques peuvent s'amender ou même disparaître momentanément sous l'influence d'une ingestion excessive de ces boissons; tandis qu'un résultat contraire serait obtenu si une pareille expérimentation venait à être tentée chez un sujet atteint de paralysie agitante. Il serait hors de propos de mentionner ici les diverses formes de tremblement passager qui se manifestent dans certaines maladies aiguës, et nous terminerons en rappelant que la paralysie agitante a quelquefois été désignée sous le nom de *chorée;* mais si l'on emploie le terme chorée dans l'acception nosographique restreinte qui est le plus généralement adoptée aujourd'hui, on avouera que les deux affections n'ont entre elles que des ressemblances fort éloignées, et qu'il n'y a pas là matière à une erreur de diagnostic, à moins de circonstances véritablement exceptionnelles.

III. — Quelques mots concernant la physiologie pathologique de la paralysie agitante et du tremblement en général.

Nous ne voudrions pas clore ce travail sans indiquer au moins très sommairement jusqu'à quel point les notions de la physiologie actuelle peuvent intervenir dans l'interprétation des faits qui constituent, quant à présent, l'histoire pathologique de la paralysie agitante. Les résultats des explorations dirigées dans cette voie sont, il est vrai, en général, peu nombreux, peu décisifs, et ils s'appliquent plutôt, du moins pour une bonne partie, au tremblement considéré en général qu'à l'affection particulière qui nous occupe. Ils n'en méritent pas moins, cependant, à ce qu'il nous semble, d'être exposés; car ce sont, si l'on peut ainsi dire, des jalons qui pourront guider dans les recherches ultérieures.

a. — Lorsqu'on introduit sous la peau d'une grenouille intacte une goutte de nicotine pure, récente, on observe des effets qui peuvent un peu varier, suivant l'état de l'animal et suivant la quantité du poison. Dans tous les cas cependant, ainsi que l'a indiqué depuis longtemps M. Claude Bernard, l'animal, au bout de quelques instants, est pris d'un tremblement qui agite tous les muscles du tronc et des membres. Ce tremblement, bien que passager, persiste cependant assez longtemps pour qu'il soit permis de rechercher quel est dans l'organisme son point de départ. Or, on peut se convaincre qu'il ne dépend pas de l'action excitante exercée par la nicotine sur les fibres musculaires; c'est le système nerveux qui est intéressé, car si, dans une nouvelle expérience, la nicotine est introduite sous la peau d'une grenouille préalablement soumise à l'action du curare, le tremblement ne se manifeste plus : il en est de même si l'on a détruit le centre nerveux cérébro-spinal chez une grenouille avant de la soumettre à l'action de la substance toxique, ce qui montre bien que c'est la lésion de ce centre qui détermine le tremblement (1). On peut même pousser les recherches plus loin et déterminer avec plus de précision encore la partie des centres nerveux, principalement et primitivement affectée chez les animaux qui font l'objet de ces expériences. Si l'empoisonnement par la nicotine est produit chez une grenouille à laquelle on a enlevé soit le cerveau seulement, soit l'encéphale tout entier, à l'exception du bulbe rachidien (2), le tremblement se manifeste à peu près avec autant d'intensité que cela aurait eu lieu chez une grenouille intacte. Il n'en est plus de même si le bulbe rachidien a été enlevé en même temps que les autres parties de l'encéphale. Alors le tremblement n'a plus lieu, au moins dans la grande majorité des cas. L'intégrité du bulbe rachidien paraît donc nécessaire à la pleine manifestation des mouvements rhythmiques dont il s'agit.

Ces expériences sont les seules, à notre connaissance du moins, où l'on ait artificiellement produit chez les animaux, en agissant sur les centres nerveux, des phénomènes analogues au tremblement qui caractérise chez l'homme certains états morbides (3). A ce point de vue, elles nous paraissent avoir quelque importance, bien qu'elles aient trait à des animaux placés très bas dans l'échelle. Elles en ont encore en ce que leurs résultats concordent en grande partie avec les données fournies par la nécroscopie des sujets atteints de paralysie agitante; c'est en effet dans la protubérance annulaire, le bulbe rachidien et quelquefois aussi, bien que plus rarement, dans les régions supérieures de la moelle épinière, que siégeaient chez ces sujets les altérations diverses qui y ont été signalées, et en particulier la sclérose. Si l'on remarque d'un autre côté que les lésions qu'on rencontre si fréquemment et dans les circonstances les plus variées, soit dans les hémisphères cérébraux et les masses de substance grise qui y sont contenues, soit dans le cervelet ou les régions inférieures de la moelle, soit enfin dans les nerfs périphériques ou dans les muscles, ne produisent jamais le tremblement rhythmique, on sera naturellement porté à admettre que ce phénomène a son point de départ dans un espace assez rétréci du système nerveux central, et qui comprend le bulbe rachidien, la protubérance annulaire, et peut-être aussi une partie des régions supérieures de la moelle épinière. Mais, dans cette hypothèse, les mouvements rhythmiques ne devraient-ils pas se produire dans tous les cas où il existe une altération notable des parties du système nerveux qui viennent d'être indiquées? Or, c'est ce qui n'a pas lieu, car il est notoire que souvent, le plus souvent même, les lésions de ces parties ne se traduisent pas par le tremblement. Contre cette objection, on pourra faire valoir que la protubérance, le bulbe sont, comme bien d'autres parties des centres nerveux, des organes éminemment complexes qui président aux fonctions les plus variées, et dont les altérations devront se traduire par les troubles les plus divers, suivant qu'elles occuperont dans

(1) Voy. Vulpian, *Note sur les effets de la nicotine sur la grenouille.* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 1859, p. 150.)

(2) Chez la grenouille, le bulbe rachidien représente à la fois la moelle allongée et la protubérance annulaire des mammifères.

(3) La physiologie n'a pas jusqu'ici tenté l'étude expérimentale du tremblement, et les lésions des centres nerveux ne sont pas suivies en général de troubles du mouvement analogues au tremblement, ou du moins on n'a pas encore indiqué d'une façon expresse des troubles de ce genre en relation avec ces lésions. Il y a, toutefois, un phénomène qui doit être évidemment rapproché du tremblement rhythmique, — et ce rapprochement a déjà été fait par le professeur Blasius, — c'est le nystagmus. Or, cette oscillation des globes oculaires est une des suites les plus ordinaires des lésions de la protubérance annulaire et des pédoncules cérébelleux.

Digitized by Google

l'organe tel ou tel siége et affecteront plus particulièrement tel ou tel élément. Les tentatives d'une localisation aussi minutieuse des altérations de l'encéphale sont de date toute récente, et l'on ne saurait s'étonner que tous les problèmes qui s'y rattachent attendent encore une solution.

b. — Il ne sera pas inutile de faire remarquer à ce propos qu'une altération occupant une partie des centres nerveux n'est pas nécessairement la cause efficiente des phénomènes pathologiques que tout concourt cependant d'ailleurs à rattacher à l'affection de cette partie; l'altération, en pareil cas, n'est souvent qu'un résultat, qu'un effet de modifications organiques plus intimes, qui nous sont inconnues, mais qui n'en sont pas moins la cause réelle des phénomènes. En supposant, par exemple, que la protubérance annulaire et le bulbe soient, ainsi que nous sommes porté à le croire, le point de départ principal, sinon exclusif, du tremblement dans la paralysie agitante, nous ne voudrions pas en conclure cependant que l'état scléreux de ces parties de l'encéphale est la condition fondamentale de la production du trouble morbide dont il s'agit. La sclérose, en effet, est en définitive, ici comme dans les autres points du système nerveux où on l'observe, le résultat d'une hypertrophie du tissu conjonctif. Ce n'est qu'un des éléments, et en même temps le dernier terme d'un processus morbide (1), qui, à un moment donné, se révèle par une hypérémie capillaire, mais dont une bonne partie, et en particulier les phases initiales, ne sont pas accessibles à nos procédés d'investigation anatomique. La sclérose et même l'hypérémie qui la précède, ne se sont pas encore produites, que déjà, depuis longtemps, des phénomènes pathologiques, souvent très accusés, se sont manifestés, qui indiquent une affection plus ou moins profonde des éléments nerveux; ainsi, elles ont pu faire quelquefois défaut chez des sujets qui, pendant la vie, avaient présenté cependant tous les symptômes les moins équivoques de la paralysie agitante. Mais en quoi consiste cette modification des éléments nerveux antérieure au développement des altérations organiques appréciables? Dépend-elle d'un trouble de la nutrition? S'accompagne-t-elle d'une exaltation ou, au contraire, d'une dépression des propriétés des éléments affectés (2)? C'est ce qu'on ignore complétement quant à présent. Toujours est-il qu'elle constitue le fait fondamental; car, suivant qu'elle portera sur des éléments doués de telle ou telle propriété physiologique, la physionomie des phénomènes morbides devra nécessairement varier d'une manière correspondante. Mais si la sclérose ne nous apprend rien concernant la nature de l'affection du tissu nerveux qui la précède et l'accompagne, elle peut, concurremment avec les données de la physiologie expérimentale, nous conduire à déterminer le siége de cette affection, et elle fournit aussi des indications extrêmement précieuses.

c. — Après avoir essayé de localiser dans certaines parties des centres nerveux le point de départ du tremblement, on peut rechercher encore par quel mécanisme l'affection de ces centres se propage aux parties périphériques, et en particulier aux muscles, pour y déterminer des mouvements rhythmiques. M. le docteur Blasius a étudié ce sujet tout particulièrement, et il a été conduit à présenter une théorie dont nous allons dire quelques mots. Cette théorie est fondée sur l'existence, contestée d'ailleurs par plusieurs physiologistes, de ce qu'on nomme la tonicité musculaire, le ton musculaire. On sait que, dans l'état de veille, quelle que soit la position qu'affectent les diverses parties du corps, les muscles de ces parties sont dans un état de repos qui n'est qu'apparent. Ils sont en réalité le siége d'une contraction particulière, indépendante de la volonté, et qui permet aux parties de conserver leur position, leur attitude. C'est cet état de contraction qui a été désigné sous le nom de ton musculaire. M. Blasius pense que la tonicité exige le concours de l'action d'une partie des centres nerveux, et il désigne sous le nom d'*innervation de stabilité* la faculté qu'auraient ces centres de produire le phénomène dont il s'agit. Cette innervation ne cesse guère dans l'état physiologique que pendant un sommeil très profond; mais des affections des centres nerveux pourront venir en troubler le mécanisme, et il se produira alors une *névrose de la stabilité*. En pareil cas, suivant M. Blasius, l'influx nerveux de stabilité, contrairement à ce qui a lieu dans l'état normal, ne se propagerait plus aux muscles que d'une manière intermittente, par oscillations; de telle sorte que le ton musculaire descend momentanément au-dessous du degré qu'il devrait avoir, qu'il se relève ensuite momentanément à la hauteur normale, et qu'il oscille en un mot d'une façon permanente entre ces deux états. C'est ainsi que, suivant M. Blasius, se produiraient les mouvements musculaires rhythmiques qui constituent le tremblement.

MM. Henle (1) et Volkmann (2), en prenant pour point de départ les expériences de E. Weber sur les effets de l'excitation de la moelle épinière à l'aide de l'appareil à rotation, avaient déjà envisagé à peu près de la même manière le mécanisme du ton musculaire. Celui-ci, suivant ces auteurs, consiste en une contraction modérée des muscles, et il serait dû à une succession d'excitations émanées des centres nerveux. Cette succession est, dans l'état normal, très rapide; de telle sorte que l'effet d'une des excitations n'a pas encore cessé, alors que l'excitation suivante agit à son tour. Mais si la succession des excitations se ralentit, il se produit de courts intervalles de repos, et la contraction par suite, au lieu d'être continue comme dans l'état normal, devient intermittente, et il se produit ainsi un tremblement plus ou moins accusé. Ces deux théories, qui se confondent en définitive sur presque tous les points, ont, comme on voit, pour fondement indispensable l'existence du ton musculaire; elles seraient immédiatement renversées si cet appui venait à lui manquer. Or, à en croire plusieurs physiologistes, il n'est nullement certain qu'il existe en réalité une action continue des muscles. A ceux qui, plaidant dans le sens de l'affirmative, font valoir que les deux surfaces de section d'un muscle qu'on vient de couper sur l'animal vivant s'écartent aussitôt l'une de l'autre, M. Ludwig (3) oppose les expériences de M. E. Weber, où l'on voit les surfaces de section s'écarter encore lorsque celle-ci a été pratiquée sur un animal mort avant l'apparition de la rigidité cadavérique, et alors qu'on a eu soin de détruire préalablement la moelle épinière. Les expériences de M. E. Weber ont d'ailleurs été confirmées par celles de MM. Auerbach (4) et Heidenhain (5), qui ont prouvé que, chez les animaux vivants, l'interruption des relations entre les muscles et les nerfs n'empêche pas la rétraction des parties d'un muscle divisé (6). M. Ludwig ajoute encore que l'on ne conçoit guère comment les muscles pourraient résister à la fatigue qu'entraînerait nécessairement une action continue, lorsqu'on réfléchit à la rapidité avec laquelle cette fatigue se produit dans les cas de contraction effective, apparente. Mais cette dernière objection n'a pas une grande valeur; car, ainsi que le fait observer M. Schiff (7), il y a dans l'économie animale d'assez

(1) Quelquefois même la sclérose est une sorte de processus cicatriciel, et elle pourrait toujours alors mériter le nom de travail curatif si, dans certains cas, par suite de sa rétraction même, le tissu conjonctif de nouvelle formation n'entraînait pas d'irrémédiables accidents.

(2) Les faits que nous avons mentionnés, et dans lesquels on a vu une hémiplégie suspendre le tremblement dans le côté paralysé du corps (cas de Parkinson et de M. Hillairet); ceux dans lesquels le tremblement disparut dans la dernière période de maladies graves (Lebert), et enfin celui du professeur Oppolzer, dans lequel les oscillations cessaient pendant une demi-heure à la suite d'accès épileptiformes, tous ces faits sembleraient concorder assez bien avec l'hypothèse d'une irritation comme cause prochaine du tremblement de la paralysie agitante.

(1) Henle, *Handbuch der rationellen Pathologie*, Braunschwie, 1851, Bd. II, p. 26.

(2) Wagner's, *Handwörterbuch der Physiologie*, art. Nervenphysiologie, 10e Lefer., p. 488; et Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, 2e éd., p. 307.

(3) *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*, 2e Auflage, t. I, p. 184.

(4) Schles, *Gesells.*, Feb. 1856.

(5) *Müller's Archiv*, 1856, p. 200.

(6) C'est en s'appuyant surtout aussi sur ces faits que, dans une séance de l'Académie de médecine scientifique de Berlin, le docteur Braun de Rehme a cherché à combattre la théorie des *Stabilitæts-Neurosen* du professeur Blasius. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1856-1857, Bd. III, p. 45.)

(7) *Lehrbuch der Physiologie des Menschens*, Lahr, 1859, p. 34.

Digitized by Google

nombreux exemples de cette continuité de contraction (1). Quoi qu'il en soit, la question de la tonicité musculaire est loin d'être résolue, et, dans cet état de choses, il convient de n'accepter qu'avec réserve une théorie fondée sur cette base incertaine.

d. Faits avérés ou hypothèses plus ou moins probables, tout ce qui précède concourt en définitive à établir que la cause organique du tremblement réside dans certains points, aujourd'hui encore indéterminés, du bulbe rachidien et surtout de la protubérance annulaire. Quant aux autres symptômes qui, par les progrès de la maladie, viennent s'adjoindre au tremblement, leur apparition successive paraît dépendre de l'extension du processus morbide au delà de ses foyers primitifs, et de sa propagation, soit à des parties jusque-là indemnes de la protubérance et du bulbe eux-mêmes, soit encore à d'autres départements du système nerveux plus ou moins éloignés. La diffusion de l'affection, dans la protubérance, par exemple, expliquerait la tendance à la propulsion qui, lorsqu'elle s'est montrée isolée et indépendante du tremblement, soit chez l'homme dans plusieurs états morbides, soit chez les animaux dans l'expérimentation physiologique, a souvent paru liée à une lésion de certains points du pont de Varole ou des parties adjacentes. L'envahissement des parties du bulbe les plus voisines du quatrième ventricule et des corps olivaires; celui des grands faisceaux conducteurs qui traversent l'isthme de l'encéphale, auront pour conséquence : le premier, les convulsions épileptiformes; le second, les contractures ou la paralysie qui ont été plusieurs fois observées. Enfin, l'extension du travail morbide aux hémisphères cérébraux se révélera par la perturbation ou l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles (2).

Tels sont les seuls essais d'une interprétation des phénomènes pathologiques de la paralysie agitante que nous ayons cru dignes d'être mentionnés. On ne peut se dissimuler combien d'imperfections ils présentent; mais personne ne saurait douter qu'ils ne doivent nécessairement à l'avenir, en raison surtout des progrès incessants de la physiologie expérimentale, conduire à des résultats beaucoup plus importants. Nous ne voudrions point toutefois qu'on nous soupçonnât de fonder sur ce genre de recherches en général des espérances illimitées, et nous serons les premiers à reconnaître qu'une connaissance imparfaite des données de la pathologie pure a trop souvent fait méconnaître une bonne partie des difficultés du problème qu'on se propose de résoudre. Les troubles morbides provoqués par l'expérimentation ne sont pour la plupart qu'une image affaiblie ou imparfaite de ceux qui s'offrent à l'observation du clinicien. Si, dans les circonstances les plus favorables, en raison des conditions relativement plus simples au milieu desquelles ils se présentent, ils facilitent, parfois merveilleusement, l'étude analytique des éléments constitutifs d'une maladie, ils ne nous dévoilent, par contre, que bien rarement la raison du mode d'enchaînement des phénomènes et, en un mot, du développement régulier du processus morbide considéré dans son ensemble, et tel qu'on l'observe en définitive dans la nature.

J.-M. Charcot et A. Vulpian.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *Note sur la coloration des os d'animaux nouveau-nés par la simple* lactation *de mères à la nourriture desquelles a été mêlée de la garance*, par M. *Flourens*. — L'auteur présente à l'Académie des squelettes d'animaux nouveau-nés dont les os ont été colorés par la simple *lactation* de mères à la nourriture desquelles de la garance a été mêlée.

Après quelques détails concernant ses expériences, qu'il a faites sur des cochons, des rats et des lapins, M. Flourens conclut que la *lactation* agit comme la *gestation; le lait* a le même pouvoir que le *sang* de porter au fœtus le principe colorant de la garance, de rougir ses os. En d'autres termes, la mère influe sur le petit par la *lactation* comme elle influait sur lui par la *gestation;* et, sous ce point de vue, la *lactation* n'est qu'une prolongation de la *gestation :* prolongation précieuse de l'influence de la nourrice sur le petit, phénomène physiologique du plus haut ordre, et ressource thérapeutique dont la médecine savante de nos jours ne manquera sûrement pas de tirer parti.

Embryogénie. — *Mémoire sur les globules polaires de l'ovule et sur le mode de leur production*, par M. *Ch. Robin*. — Sous les noms de *globule muqueux*, *huileux* ou *transparent*, *de corpuscule hyalin*, etc., etc., la plupart des embryogénistes, dit M. Robin, ont signalé, depuis M. Dumortier, l'apparition d'un globule translucide sur les côtés de l'embryon. Une fois produit, il reste sous la membrane vitelline, étranger aux phénomènes qui se passent près de lui, et il est abandonné avec l'enveloppe précédente lors de l'éclosion. Devenu inutile, en effet, aussitôt même qu'il est formé, sa production a préparé le début de la segmentation du vitellus; elle a préparé par suite les actes essentiels de la génération des cellules du blastoderme, puisque c'est à cette génération que conduit le fractionnement du vitellus.

Le point même de la surface du vitellus où naissent ces globules marque, quelques heures d'avance, le pôle du vitellus qui va se déprimer, puis se creuser d'un sillon de division devenant peu à peu équatorial; de là le nom de *globules polaires* qui doit leur être donné. C'est aussi le point où apparaîtra plus tard l'extrémité céphalique. Ce point indique, en un mot, l'endroit où va commencer la segmentation, ainsi que l'a déjà noté Leuven pour les animaux chez lesquels elle a lieu.

C'est par le mode de reproduction des éléments anatomiques, appelé *gemmation*, et s'opérant à l'aide et aux dépens de la substance hyaline du vitellus, que naissent les *globules polaires*. Chez tous les vertébrés et beaucoup d'invertébrés leur apparition est suivie de la segmentation du vitellus, qui a pour conséquence la formation du blastoderme, sur les côtés duquel le globule polaire reste comme un corps étranger à l'évolution fœtale. Mais il est des animaux, tels que les *tipulaires-culiciformes*, chez lesquels, fait remarquable, le vitellus ne se segmente pas, et toutes les cellules de leur blastoderme naissent par gemmation, à la manière des globules polaires, chez les autres animaux. De telle sorte que ce mode de production des cellules embryonnaires, qui est limité à un seul point du vitellus sur le plus grand nombre des êtres, devient chez divers diptères le mode général d'apparition des éléments du blastoderme; au contraire, la segmentation du vitellus, considérée comme un phénomène sans exception dans le règne animal, est remplacée, dans quelques tribus, par un autre mode de génération des cellules. Mais ce fait, resté jusqu'à présent ignoré, offre trop d'importance pour la zoologie et l'anatomie comparée pour que je ne demande pas à l'Académie de vouloir bien me permettre d'en faire prochainement l'objet d'une communication spéciale. (*Renvoi à l'examen de la section d'anatomie et de zoologie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet divers rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Denous* (de Lormes), *Lemaistre* (de Limoges), *Leriche* (de Lormes) et *Renault* (de Rennes).

(1) Les sphincters et plusieurs muscles de la vie organique.

(2) Voyez, relativement à ce sujet, les recherches de Schrœder, Van der Kolk et Demme, sur les altérations de certaines parties du bulbe dans l'épilepsie, et celles de Frerichs et Valentiner sur la sclérose cérébrale.

Digitized by Google

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Fournié* (de l'Aude) sur la non-pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches et les cellules pulmonaires. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Une réclamation de priorité adressée par M. *Poullien*, et relative à l'appareil de M. Grandcollot, sur lequel M. Robert a fait dernièrement un rapport. — *c*. Une lettre de M. *Robert*, qui annonce que la teneur de son rapport a été adoptée par la commission des remèdes secrets et nouveaux.

M. *Husson*, directeur général de l'assistance publique, adresse la lettre suivante, relative à l'hygiène des hôpitaux :

Monsieur le président,

Dans la discussion qui a lieu au sein de l'Académie impériale de médecine sur les hôpitaux comparés de Londres et de Paris, il s'est produit une méprise que je crois devoir vous signaler.

On vient de reconstruire une grande partie de l'hôpital de Glascow dans de très bonnes conditions, et de faire à Londres, dans l'hôpital de King's College, deux ou trois salles nouvelles assez vastes, il est vrai, mais d'une disposition vicieuse ; et quoique, dans le premier cas, il ne s'agisse pas de Londres, quoique, dans le second, il s'agisse seulement de deux salles ouvertes en 1861, et qui sont loin de contenir 100 malades, ce sont ces améliorations que l'on prend pour base de la comparaison sur laquelle roule tout le débat.

Les hôpitaux de Londres, pour une population presque double de la nôtre, ne contiennent que 3700 lits. Les hôpitaux de Paris en possèdent bien davantage (7000, sans compter les lits d'infirmerie des hospices); nous avons donc à pourvoir, dans des conditions plus difficiles, à de plus grands besoins.

La plupart de nos hôpitaux sont situés sur des lieux élevés ou au milieu de terrains dégagés de constructions ou plantés, comme Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, la Pitié, Cochin, les Enfants malades et Necker. Rien de pareil n'existe à Londres ; à l'exception d'un seul hôpital voisin de Hyde-Park, tous les hôpitaux de la ville sont construits au milieu de quartiers populeux, sur des rues étroites.

Ils n'ont généralement ni jardins, ni préaux, ni même de cours ; les salles de malades sont éclairées d'un seul côté, ce qui est un vice considérable (il existe même dans plusieurs hôpitaux des salles de dissection).

Voilà les hôpitaux que l'on compare aux nôtres !

Il est vrai que les salles de ces hôpitaux imparfaits contiennent, en général, moins de malades que les nôtres. Les Anglais laissent volontiers, dans leurs salles, de grands espaces libres ; mais, par une disposition peu logique, ils serrent les lits, qui sont le plus souvent espacés de moins d'un mètre. Ces salles, d'après le mémoire de M. Le Fort, sont presque toutes, comparativement au nombre des malades, d'une capacité non supérieure et quelquefois même inférieure à celle des salles des hôpitaux de Paris.

On ne remarque aucune odeur dans les hôpitaux de Londres, quoiqu'il n'y ait pas de ventilation artificielle, et il faut dire qu'à Paris, à quelques exceptions près, nous n'avons pas cet avantage. Mais à Londres on ouvre les fenêtres pendant la visite du médecin et plusieurs fois par jour, ce qui suffit, avec quelques autres circonstances accessoires, pour expliquer l'absence de toute odeur.

Il règne aussi dans les hôpitaux anglais une simplicité qui ressemble presque au dénûment, mais qui a l'avantage de diminuer l'encombrement des salles. Les lits se composent d'une couchette en fer avec fond sanglé et d'un seul matelas, ou plutôt d'une plaquette composée de crin et de laine de 7 à 10 centimètres d'épaisseur ; le lit tout fait ne dépasse pas le genou. Nous sommes tombés dans l'excès contraire, car il est certain que nos lits sont trop compliqués.

Il n'y a pas de rideaux aux lits anglais, excepté pourtant à Saint-Barthélemy.

Les salles sont chauffées au moyen de cheminées ; mais c'est une erreur de croire qu'elles suffisent pour opérer la ventilation des salles, et qu'elles puissent suppléer une ventilation artificielle bien appliquée.

On ne voit pas, quoi qu'on en dise, dans la plupart des hôpitaux de Londres, des réfectoires pour les malades. A l'hôpital de Guy, où ce service paraît organisé, les tables où l'on mange sont au milieu des salles.

Je ne veux pas pour le moment, monsieur le président, pousser plus loin cet exposé ; mais je tiens à ce que l'Académie sache que je ne regrette pas la discussion qui s'est ouverte dans son sein ; j'y prête, au contraire, une oreille attentive, désireux de profiter de toutes les lumières comme de tous les conseils.

Déjà, depuis une année, je fais expérimenter une simplification de la literie ; l'administration s'occupe de donner à l'appareil de rideaux des lits une forme moins compliquée. Des améliorations très sérieuses sont désormais entrées dans ses programmes, et bientôt le corps médical pourra apprécier nos projets et nos vues.

En attendant, qu'il veuille bien profiter des ressources que plusieurs de nos hôpitaux lui offrent, notamment de la faculté d isolement pour certains malades ; qu'il use de toute la latitude que lui accordent nos règlements, et qu'il nous éclaire sur les nouveaux besoins ; qu'il veuille bien étudier les procédés de la chirurgie anglaise et ses modes de pansements ; qu'en fait de calculs statistiques il ne s'appuie que sur de grands nombres et sur la comparaison de faits identiques ; qu'il tienne compte de la race, des habitudes d'alimentation, etc., et peut-être trouvera-t-il que notre infériorité n'est pas aussi réelle que quelques personnes le prétendent.

Agréez, etc. A. Husson.

M. le docteur *Nonat* communique une note intitulée : *De l'hygiène des hôpitaux*. (Nous publierons cette note dans notre prochain numéro.)

— M. *Malgaigne*, au nom de l'auteur, fait hommage d'un volume intitulé : *Clinique obstétricale*, par M. le docteur *Mattei*.

— M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° un mémoire imprimé sur les perforations et les divisions de la voûte palatine, par M. le docteur *Baizeau*; 2° un essai de bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires; 3° un volume sur l'hygiène de l'Algérie, par M. le docteur *Marit*.

— M. *J. Guérin* présente un pli cacheté de la part de M. le docteur *Papillaud*, et de M. *Mousnier*, pharmacien à Soujon. (*Accepté*.)

— M. *le Président* annonce le décès de M. le professeur *Moreau*, membre titulaire, et, sur la demande de ses collègues, il donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie.

Lectures.

Anatomie. — M. *Béraud*, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, lit une note sur le ligament supérieur du péricarde et sur la circulation collatérale du cœur.

M. Béraud ne pense pas que le feuillet fibreux du péricarde sorte de la poitrine, comme le croient quelques anatomistes, puisque cette cavité se trouve fermée à sa partie supérieure par une aponévrose dont l'existence paraît incontestable. Mais il s'est assuré par de nombreuses dissections qu'il offre une expansion fibreuse qui s'attache à la colonne vertébrale, et à laquelle il propose de donner le nom de *ligament supérieur du péricarde*.

M. Béraud donne ensuite la description d'un système de veines non encore signalé par les anatomistes, et de la découverte duquel il résulte que tout le sang veineux du cœur n'aboutit pas toujours directement à l'oreillette droite, et qu'une partie n'arrive dans cette cavité qu'après avoir suivi une voie un peu plus large. (*Renvoi à l'examen de la section d'anatomie et de physiologie*.)

Vaccination. — M. *Depaul*, au nom de la commission de vaccine, lit le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1860.

Après quelques considérations générales sur les avantages et les bienfaits de la vaccine, M. le rapporteur discute la question de la vaccination hâtive. Il examine les opinions émises à ce sujet par MM. Husson, Bousquet et Baron, signale les accidents observés à la suite des vaccinations prématurées, nommément par M. Barthez, et rappelle la discussion qui a suivi la communication de ces faits à la *Société médicale des hôpitaux*, et les assertions de MM. Legroux, Blache et Béhier. Il cite aussi les travaux publiés sur la même matière par MM. Ragaine, Laforgue (de Toulouse), Godefroy (de Rennes), et Jobert (de Guyonvelle), les observations faites par M. Danyau à la Maternité de Paris; et de la discussion de ces opinions et de ces faits, M. Depaul conclut que la vaccination n'expose pas à de plus grands dangers que les autres opérations légères, du même genre, et que les accidents signalés à la suite de l'inoculation vaccinale tiennent moins à l'opération elle-même qu'aux conditions et aux circonstances dans lesquelles elle est pratiquée. Selon lui, la vaccination hâtive n'est pas plus dangereuse que celle qu'on pra-

Digitized by Google

tique après le troisième mois de la naissance. Il insiste sur l'utilité des vaccinations prématurées en tous les temps pour les enfants réunis dans les hôpitaux, dans les salles d'asile ou dans les crèches, et, en temps d'épidémie, pour les enfants retenus dans leur famille.

Parmi les départements qui se sont le plus distingués par le zèle de leurs médecins à propager la vaccine, M. Depaul désigne nommément le département de la Gironde ; il signale à l'attention de l'Académie un remarquable mémoire de M. le docteur Dubreuihl (de Bordeaux), qui renferme l'histoire de la vaccine dans le département de la Gironde pendant une période de soixante ans, et il exprime le vœu que cet excellent exemple trouve des imitateurs dans les autres départements.

— M. *Desportes* rappelle l'épidémie de variole qui a suivi l'entrée des alliés à Paris en 1814, les vaccinations qu'il a pratiquées en cette circonstance, et demande qu'on ne pose aucun précepte formel à l'égard de l'opportunité des vaccinations hâtives, qu'il ne considère pas comme exemptes de dangers.

— M. *Robert* dit que les érysipèles ne sont pas sans exemple à la suite des vaccinations hâtives; il est porté à attribuer la production de ces érysipèles au nombre trop considérable et au rapprochement des piqûres vaccinales. M. Legroux, de regrettable mémoire, s'était élevé déjà avec raison contre la pratique habituelle, consistant à faire trois piqûres sur chaque bras ; ce praticien distingué pensait qu'il suffit de pratiquer une seule inoculation à chaque bras, une seule inoculation suffisant pour produire l'effet antivariolique.

— M. *Depaul* fait remarquer que MM. Desportes et Robin sont sortis de la question, qui est celle-ci : contrairement à l'opinion qui, dans ces derniers temps, a tendu à se propager, les vaccinations hâtives ne sont pas plus dangereuses que les vaccinations pratiquées après deux et trois mois. Les faits, et des faits nombreux, le démontrent péremptoirement. Si la vaccination peut être ajournée pour les enfants isolés dans leur *famille, elle doit être pratiquée* dès les premiers jours de la *naissance chez les enfants* retenus dans les hôpitaux, les maternités et les crèches, parce que, quels que soient les accidents qui peuvent suivre ces vaccinations prématurées, ils sont encore moins graves que la variole elle-même.

Quant à l'avantage d'un petit nombre de piqûres et de l'écartement de ces piqûres, M. Depaul estime, avec M. Robert, qu'il faut en pratiquer le moins possible et les écarter convenablement.

— M. *Renault* insiste sur les avantages d'un petit nombre de piqûres. Les inoculations exposent à d'autant moins de dangers et réussissent d'autant mieux qu'elles sont pratiquées en plus petit nombre. Cette opinion est confirmée par les observations et les expériences que l'auteur a faites sur les animaux inoculés de la morve et de la clavelée.

— Les conclusions du rapport de M. Depaul sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

Le mercredi 25 décembre, jour de Noël, et le mercredi 1er janvier, la Société de chirurgie n'a pas tenu ses séances. Dans les séances suivantes du 8 et du 15 janvier ses travaux ont été interrompus par des élections ou des comités secrets.

Les membres correspondants nationaux nouvellement élus sont : MM. Azam, Bourgeois, Closmadeuc, Philippeaux, Raimbert, Silbert, Thore et Tholozan ;

Les membres correspondants étrangers : MM. Esmarck, Macleod, Berhend, Michaelis et Piachaud.

Le nouveau bureau pour l'année 1862 est ainsi composé :

Président : M. Morel-Lavallée.
Vice-président : M. Depaul.
Secrétaires annuels : MM. Béraud et Foucher.

MM. Verneuil et Houël sont maintenus dans leurs fonctions d'archiviste et de trésorier.

MM. Bouvier, Boinet et Legouest composent le comité de publication.

La séance annuelle a eu lieu le 22 janvier, et a été d'abord remplie par un discours dans lequel M. Laborie, président sortant, a résumé tous les travaux de l'année. Cette rapide analyse était la meilleure des félicitations qu'il pût adresser à une Société dont l'activité et l'importance sont si incontestables.

M. Bauchet a donné lecture ensuite du rapport sur le prix Duval, qui a été décerné, cette année, à M. Alfred Fournier pour sa thèse sur la contagion de la syphilis.

Enfin M. Broca a lu l'éloge de Lallemand. Tout le monde a écouté dans le plus religieux silence ce discours écrit dans un style pur et charmant, et où sont appréciées de main de maître les grandes qualités de Lallemand, son indépendance d'esprit, sa foi dans le progrès, la diversité de ses aptitudes et la variété de ses connaissances. Nous ne savons si certain rapprochement qui nous est venu à l'esprit s'est présenté aussi à la pensée des autres auditeurs ; mais nous croyons que le chirurgien qui plus tard (le plus tard possible) prononcera l'éloge de M. Broca pourra, avec beaucoup d'à-propos, lui emprunter tout l'exorde de l'éloge de Lallemand.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Relatorio da epidemia de febre amarella em Lisboa no anno 1857, feito pelo conselho extraordinario de saude publica do reino (*Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Lisbonne en 1857, par le conseil extraordinaire de santé publique du royaume*).

Anatomia pathologica e symptomatologica de febre amarella em Lisboa no anno 1857, pelo Dr da Costa Alvarenga (*Anatomie pathologique et symptomatologique de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857* ; traduction de M. le Dr P. Garnier. J.-B. Baillière et fils, 1861).

Les lecteurs de la Gazette hebdomadaire connaissent déjà diverses communications adressées directement à ce journal par des médecins de Lisbonne, sur l'épidémie de fièvre jaune de 1857. Les deux ouvrages portugais dont les titres précèdent, exposant avec tout le développement et l'exactitude désirables ce qui peut le plus intéresser la science sur cette grave maladie, l'un au point de vue général de l'épidémiologie, l'autre au point de vue plus spécial de la pathologie, nous avons voulu en extraire par l'analyse ce que l'observation, sur un théâtre si rapproché de nous, paraît avoir confirmé du passé ou constaté de nouveau, et que, par conséquent, tout médecin instruit doit tenir à connaître.

Le rapport du conseil extraordinaire de santé commence par établir que le Portugal peut être considéré comme un des pays les plus salubres de l'Europe. De même que les autres contrées de cette partie du monde, il a été visité deux fois, à vingt ans d'intervalle, par le choléra ; le typhus dont il a souffert au commencement de ce siècle, a été la conséquence de la guerre ; la peste l'a envahi à diverses reprises, comme tout le reste de l'Europe, pendant les XVIe et XVIIe siècles. Quant aux épidémies de fièvre jaune, le premier parmi les contrées maritimes des climats tempérés, il en a été le théâtre en 1723 ; mais, bien qu'à partir de 1731 jusqu'au commencement de ce siècle, on en ait observé plusieurs dans les provinces du sud de l'Espagne, il a été épargné pendant tout ce temps. En 1845 et 1846 les îles du cap Vert, qui appartiennent au Portugal, ont eu des épidémies sans que celui-ci s'en soit ressenti, et plusieurs fois le Brésil en a été frappé sans lui rien communiquer, ce qui ne s'explique guère quand on songe au peu de précautions prises. Mais depuis l'épidémie qui s'est déclarée en 1849 dans ce dernier pays, plusieurs cas se sont montrés à

Digitized by Google

différentes reprises soit à Porto, soit à Lisbonne, et enfin dans ce dernier port il s'est déclaré en 1857 une épidémie analogue à celle de 1723.

En 1850, 1851 et 1856, à Porto, on avait observé des accidents de fièvre jaune, et l'on avait remarqué que les premiers malades étaient tous des employés de la douane ayant séjourné à bord de navires arrivant du Brésil, des hommes ayant aidé au déchargement de ces mêmes navires, ou des personnes ayant eu avec ces hommes des relations. Deux fois le mal s'étendit à la ville et prit la proportion d'une épidémie.

De 1853 à 1856, le choléra avait régné dans tout le Portugal. Entré par les frontières d'Espagne, il parcourut d'abord toutes les provinces, envahit Lisbonne en 1855 et y régna jusqu'en 1856, malgré l'hiver qui fut très pluvieux. Le nombre des morts dans cette ville, fut de 3275, dont 1156 dans les hôpitaux, chiffres bien inférieurs à ceux de la fièvre jaune, comme nous verrons. Cette épidémie était en décroissance et ne donnait plus que des cas isolés, quand en automne de 1856 se déclarèrent un grand nombre de fièvres graves de divers caractères, dont quelques-unes prenaient la forme non douteuse de fièvre jaune. Elles s'étendirent à plusieurs quartiers de la ville et firent un grand nombre de victimes; les cas bien caractérisés de fièvre jaune parurent d'abord peu nombreux, mais d'autres cas dénommés primitivement typhus et fièvres typhoïdes vinrent se ranger plus tard dans cette catégorie. L'origine de cette épidémie fut douteuse ; les soupçons d'importation ne manquèrent pas, Lisbonne, comme Porto, recevant des navires qui arrivaient du Brésil dans de mauvaises conditions de santé ; mais aucun indice résultant des observations faites dans le moment même, ne peut aujourd'hui être invoqué comme démonstration, attendu qu'il faut se défier des preuves qui n'ont qu'un caractère rétrospectif.

Pendant ce temps le choléra s'éteignait partout, et le conseil rappelle les conditions dans lesquelles il se développa pour qu'on puisse faire la comparaison avec celles qui concernent la fièvre jaune. Le mal commença en octobre et continua pendant tout l'hiver, s'étendant pendant cette saison aux localités voisines de la capitale et y faisant de notables ravages ; il ne fut pas importé par mer et ne parut être que la conséquence de la marche générale qu'il suivait alors en Europe, ayant parcouru l'Espagne avant d'entrer en Portugal ; ses cas se disséminèrent dans la ville de Lisbonne, ne paraissant pas provenir de foyers concentrés ; les établissements publics consacrés aux pauvres en souffrirent le plus ; les mauvaises conditions hygiéniques agirent comme causes prédisposantes, la position aisée comme cause préservatrice ; les personnes débilitées en furent surtout atteintes. La fièvre jaune qui se déclara pendant que disparaissait le choléra, ne parut pas influencée par celui-ci, qui, au contraire, présenta le vomissement noir dans quelques-uns de ses derniers cas.

Ces préliminaires n'étaient pas inutiles avant d'aborder l'histoire de l'épidémie de 1857. Quand celle-ci apparut, toute trace des maladies de l'année précédente était effacée, et six mois de salubrité parfaite s'étaient écoulés. La météorologie n'avait rien présenté de notable jusqu'à juillet ; en juin, les extrêmes et la moyenne du thermomètre étaient restés au-dessous de leurs chiffres normaux. En juillet seulement la température présenta quelques anomalies ; du 11 au 24 elle monta à 37°,1, et la moyenne du mois fut de 23°,46, la moyenne normale étant de 22°,15 ; rien d'extraordinaire dans les autres éléments. Le mois d'août fut calme comme d'habitude ; la température maxima ne fut que de 31°,4, et la moyenne mensuelle de 20°,73, au lieu de 22°,15. En résumé, si on excepte les chaleurs de juillet, on peut dire que l'été fut régulier ; la température moyenne du trimestre fut de 21°,21, la moyenne ordinaire étant de 21°,33 ; son abaissement en septembre compensa l'élévation de juillet. Les vents du nord-ouest au nord-est, par le nord, furent les vents dominants; les pluies ne furent pas très abondantes ; les observations électrométriques et ozonométriques ne fournirent aucune donnée; le ciel fut pur, et sans l'épidémie de fièvre jaune qui faisait son apparition, l'état sanitaire eût été excellent.

C'est dans ces conditions néanmoins que la maladie prit naissance en juillet. Le premier cas se déclara le 22 sur un homme employé à des travaux de force dans la grande douane ; il mourut le cinquième jour; le deuxième, déclaré le 29 et mort le 2 août, fut une femme demeurant près des employés de la douane et ayant des relations avec eux; le troisième, employé de la douane encore, tomba le 1er août et mourut sept jours après. Ensuite viennent la femme et les trois fils de ce dernier malade, et plusieurs compagnons du premier logés au troisième étage de sa maison ; puis tous les habitants de cette même maison. Bientôt les autres maisons de la rue sont envahies, puis les rues voisines de celle-ci. Ces cas marquent le début de l'épidémie ; ils donnèrent lieu à 9 décès pendant le mois d'août, et le rapport les suit dans leur marche, indiquant leur filiation et mettant en lumière leur influence sur l'origine, d'abord, puis sur l'extension de l'épidémie. Nous ne pouvons entrer avec lui dans ces détails. Nous dirons seulement que quand un malade se déclare dans un lieu éloigné du point de départ, il a toujours eu des relations avec la douane ou ses employés ; que trois foyers principaux s'établirent dès le début, et que de là l'épidémie s'étendit de maison à maison, de rue à rue, de quartier à quartier, sans bond et comme par la seule influence du voisinage. Les parties de la ville situées sur le littoral, celles qui sont le plus déprimées et celles où la population est le plus condensée, furent les plus maltraitées.

L'accroissement progressif de l'épidémie se fit jusqu'au 20 octobre, jour où l'on compta 298 cas, et la décroissance dura jusqu'à la fin de décembre ; pendant ce dernier mois on ne compta que 185 cas, mais il y eut en novembre une courte recrudescence (259 cas le 4). Le chiffre général des malades fourni par les bulletins officiels, fut de 13745, dont 7842 à domicile et 5903 dans les hôpitaux ; ceux-ci se répartissent ainsi : 5161 dans les hôpitaux spéciaux, 580 dans celui de *Mariannes*, 3 dans celui d'*Estrella*, 50 dans celui de *Marinha*, 64 à *Saint-José*, 15 à *Rilhafolles*, 12 à *Misericordia*, 18 dans divers établissements. Avec les cas échappés au dénombrement officiel on peut porter le nombre des malades à 18000 ; ce qui, sur une population de 200000 âmes, donne 1 sur 11, ou 9 sur 100. Le nombre total des morts fut de 5652 : à domicile 3466, dans les divers hôpitaux et établissements 2186. Par rapport à la population, cela fait 1 mort sur 35,4 ou 2,81 pour 100 ; par rapport à l'effectif supposé des malades, c'est 1 sur 3,18 ou 31,3 pour 100, et par rapport au chiffre officiellement constaté, 1 sur 2,43, ou 41,12 pour 100.

Après cette statistique générale, le rapport emprunte aux billets de décès provenant des malades à domicile les éléments qui peuvent servir à faire connaître les conditions sociales et privées des morts. Le même travail est fait ensuite d'après les registres tenus dans les hôpitaux et établissements civils. Les bulletins mortuaires sont les seuls documents exacts que le conseil ait pu consulter pour l'histoire particulière de l'épidémie ; les éléments d'un travail général, concernant les malades en même temps que les morts, lui ont malheureusement manqué. D'après ces bulletins, il est dressé des tableaux de morts suivant le sexe, l'âge, l'état civil, la profession, l'habitation, le quartier de la ville, la cause probable de la maladie, etc. Quant aux documents fournis par les six hôpitaux spéciaux qui furent ouverts pour les besoins de l'épidémie : *Santa-Anna*, *Santa-Clara*, *Rilhafolles*, *Loyos*, *Desterro* et *San-Ambrosio*, les différences qu'on y trouve sont sans importance et dues aux conditions sociales des malades qui alimentent ce genre d'établissement ; quelques données nouvelles que peuvent seuls fournir les services hospitaliers s'y constatent pourtant. Ainsi cette statistique comprend les malades et les morts, ce qui permet des appréciations plus nombreuses et plus variées ; les constitutions notées avec soin, font voir que les constitutions moyennes donnent un plus grand nombre de malades

Digitized by Google

de morts que les fortes et même que les faibles. Les tempéraments sont classés ainsi qu'il suit pour la fréquence des cas de maladie : le lymphatique, le sanguin, le bilieux, le nerveux, etc. ; les malades non vaccinés présentent un chiffre double de celui des vaccinés, et ceux qui ont eu la petite vérole sont à peu de chose près dans la même proportion que ceux qui ne l'ont pas eue ; mais chez les vaccinés comme chez les variolés la proportion des morts est moins forte. La mortalité est d'ailleurs à peu près la même pour tous les hôpitaux comparés entre eux ; le moins favorisé compte 1 mort sur 2,39 malades, le plus favorisé 1 sur 2,88 ; la moyenne de tous est de 1 sur 2,68.

Le nombre des tableaux dans lesquels sont consignés les détails qui précèdent ne s'élève pas à moins de 36. Mais il faut bien le dire, ce n'est pas là de la statistique médicale ; c'est seulement un dénombrement comparatif de malades et de morts fait à des points de vue divers, non dépourvu d'utilité ni d'intérêt sans doute, mais ne pouvant servir à aucune appréciation rigoureuse et scientifique. Le but de la statistique épidémiologique est de rechercher le rapport qui existe entre les chiffres puisés dans les conditions normales d'une population, et les chiffres des conditions correspondantes fournis par l'épidémie ; les chiffres normaux manquant ici, la proportion ne peut être établie. Quelles conséquences peut-on tirer, quant aux prédispositions individuelles et aux influences épidémiques, du plus grand nombre d'hommes que de femmes, d'adultes que d'individus plus jeunes ou plus âgés, de célibataires que de mariés, sur les états de malades et de morts par fièvre jaune, si on ne peut prendre les statistiques administratives pour termes de comparaison ? Qu'y a-t-il d'étonnant que ces mêmes états inscrivent un nombre de charpentiers double de celui des porteurs d'eau, par exemple, si la statistique normale donne les mêmes proportions entre ces professions? Les savants auteurs du rapport que nous analysons n'ont pas manqué de signaler ces lacunes et d'exprimer le regret de ne pouvoir les combler. *Contentons-nous donc* de constater que tous ces tableaux ne donnent que le dénombrement de l'épidémie de Lisbonne, et non sa statistique épidémiologique.

A la suite des états numériques se trouve un tableau de courbes météorologiques très complet et très bien fait, où les variations de chaque élément de la météorologie sont mis en en rapport avec la marche de l'épidémie, cas et décès, pendant toute sa durée. Que résulte-t-il de l'examen de ces courbes ? Qu'il n'a existé aucune concordance entre les variations atmosphériques qui ont été observées pendant cette période, et les variations de haut et de bas de l'épidémie considérée dans sa marche générale ou accidentelle. C'est aussi la conclusion qu'en a tirée le conseil de santé.

Après ces données sur l'épidémiologie, le rapport entre dans des considérations qui se rattachent à la maladie elle-même. Il ne fait guère qu'effleurer la symptomatologie, que nous nous réservons d'examiner plus au long avec M. Alvarenga. Le traitement n'est pas non plus l'objet d'appréciations très approfondies, sans doute parce qu'on a reconnu qu'il n'en existe aucun qui mérite d'être signalé comme constamment utile. Aucun remède préventif n'a été conseillé ou mis en usage ; on s'est borné à publier dans des instructions officielles les mesures d'hygiène publique et privée usitées dans toutes les épidémies de cette nature. L'éloignement du foyer épidémique, qui a été la conduite pratiquée par la plupart des familles aisées, a eu un succès constant et parfaitement bien constaté ; et, d'après tout ce qui a été observé, on est généralement resté convaincu de la nécessité des mesures quarantainaires les plus complètes et les plus sévères. Quant au traitement curatif, on peut dire que chaque praticien a eu le sien : les indications se déduisaient des particularités présentées par chaque cas ; aucun remède n'a été réputé spécifique. Dans la première période, on a mis en usage les antiphlogistiques, les diaphorétiques et les purgatifs doux. Les saignées ont été peu usitées; quelques praticiens les ont bannies complétement par suite de leurs idées sur la nature de la maladie ; d'autres les ont appliquées aux sujets robustes et aux formes congestives, et s'en sont bien trouvés. Les boissons acides et tempérantes causaient un grand soulagement ; les diaphorétiques de toutes sortes étaient devenus d'un usage vulgaire, même avant l'arrivée du médecin, la transpiration provoquée arrêtait quelquefois brusquement la fièvre, mais plus souvent cela ne l'empêchait pas de passer par la deuxième et la troisième période. C'est avec raison, selon nous, que le rapport insiste sur le peu de fondement qu'il faut faire sur la transpiration, comme moyen d'arrêter la maladie. Le bain tiède a aussi procuré quelques avantages dans cette période, mais l'ipéca vomitif a été employé sans aucun profit. Dans la deuxième période, que le rapport appelle période de rémission, le sulfate de quinine et les excitants ont été très usités, et souvent continués dans la troisième période ; dans les cas très graves on les donnait même dès la première période. Pour agir ainsi, on se plaçait à des points de vue très divers ; mais quel que fût le but qu'on se proposait, et de quelque manière qu'ait été donné le sulfate de quinine, il est resté hors de doute qu'il n'agissait pas à la manière d'un spécifique, comme dans les fièvres de marais, et qu'il n'avait même pas d'efficacité contre la fièvre jaune. Les antispasmodiques et les excitants diffusibles à l'intérieur n'ont réussi que dans quelques cas ; mais les excitants cutanés étaient les auxiliaires constants du traitement de cette période. Dans les moyens particuliers opposés aux symptômes prédominants, nous ne voyons rien de nouveau ou qui mérite de fixer l'attention. Aussi le rapport conclue-t-il de cette revue que le traitement de la fièvre jaune de Lisbonne, en 1857, n'a rien produit qui doive être enregistré par la science, ou qui puisse servir de règle à la pratique.

Le chapitre intitulé : *Origine et causes de l'épidémie*, expose et apprécie les faits qui ont rapport à ce point important avec une impartialité d'esprit et une rectitude de jugement qui forcent à admettre les conclusions auxquelles il arrive. Il pose ainsi la question : Ou les épidémies puisent leur source dans les localités mêmes où elles se développent, ou elles sont dues à un germe venu du dehors par importation, ou elles sont le résultat de la coopération de ces deux ordres de causes. Les arguments ne manquent pas pour soutenir que l'épidémie de 1857 fut spontanée et due à des causes locales. Les conditions vicieuses dans lesquelles était la localité, et les habitudes de la population, conditions qui dénotent l'oubli ou la négligence des règles les plus essentielles de l'hygiène publique et privée, étaient bien propres à faire naître une épidémie. Les chaleurs de l'été peuvent aussi avoir eu une influence sans laquelle le mal ne se serait pas déclaré. Toutefois, le principe de la fièvre jaune étant inconnu chimiquement, que peut-on conclure de l'existence d'éléments propres à donner lieu à des décompositions de matières organiques, et à la formation de divers produits gazeux ? Les principes virulents et pestilentiels se décèlent-ils toujours par quelque signe appréciable à nos sens? Sont-ce des gaz identiques ou comparables à ceux que la chimie constate quand il y a décomposition de matières organiques? N'y a-t-il pas des raisons de croire que ces principes morbifiques, capables de se conserver longtemps sans altération, de se transporter à des distances considérables, de se reproduire et de se multiplier dans l'organisme humain, au lieu d'être gazeux, inertes et sans vie, sont, au contraire, organisés et vivants, appartenant probablement à l'ordre des cryptogames? Ce ne sont là que des conjectures, dit le rapport, conjectures qu'autorise pourtant, jusqu'à un certain point, l'ignorance où nous laissent la physique et la chimie.

Toutefois, si ce n'est pas par la décomposition des matières organiques qu'agit la chaleur élevée, il est bien reconnu pourtant que celle-ci est inséparable de la fièvre jaune. Le conseil poussant encore plus loin ses investigations, a voulu s'assurer auquel des trois genres de cause indiqués plus haut l'épidémie actuelle doit être attribuée, et pour arriver à ce but, il s'est éclairé des considérations tirées de l'histoire du pays et de l'histoire de la

Digitized by Google

maladie. Le passé enseigne qu'il n'y a pas eu d'épidémie de fièvre jaune à Lisbonne avant celle de 1723, et que cette épidémie fut la première d'Europe. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, on ne compte que les épidémies de 1856 et 1857. La longue période pendant laquelle cette ville est restée préservée, alors même que de nombreuses épidémies ravageaient le midi de l'Espagne, prouve donc qu'elle n'est pas sujette au développement spontané de la maladie. Il reste à savoir si les causes inhérentes au climat ou à la localité ont pu la faire naître en 1857. Les sources d'insalubrité que renferme la ville sont nombreuses et patentes, et l'action qu'exerce ordinairement sur elles la météorologie ne peut être méconnue; mais de tout temps elles ont existé, sans que pour cela la fièvre jaune ait pris naissance. La chaleur plus grande d'une partie de l'été, en 1857, a pu exercer de l'influence sur le principe épidémique, puisqu'il est bien prouvé que cette condition est inséparable de l'existence de la fièvre jaune; mais souvent pourtant elle a été aussi forte sans produire le même résultat. Ce qui frappe le plus dans le mode de développement de l'épidémie, c'est que les employés de la douane et les personnes en étroite relation avec eux présentèrent les premiers cas de maladie, et qu'aussitôt s'en rencontrèrent dans les différentes parties de la ville où demeuraient ces personnes; que, d'abord isolés, la plupart de ces cas devinrent bientôt des centres ou foyers épidémiques, d'où la maladie irradia dans diverses directions, sans faire de bonds, en passant par voisinage de maison à maison, de rue à rue, de quartier à quartier, bien qu'elle ne les ait pas tous atteints. Elle n'a donc pas procédé comme les épidémies de cause générale, hygiénique ou météorologique, agissant par plusieurs points à la fois sur toutes les parties de la population; elle a commencé, au contraire, sur un seul point et par une seule classe d'hommes, et s'est étendue ou propagée lentement et progressivement par les personnes en relation avec cette classe. Mais comment la maladie a-t-elle pris naissance dans la douane, et quel rôle ont joué dans ce phénomène l'infection locale et l'importation? Les sources d'infection miasmatique, exposées en détail dans le rapport, sont nombreuses et puissantes; mais, par elles-mêmes, elles n'étaient pas suffisantes pour faire naître la maladie, puisqu'elles existaient depuis plusieurs années sans rien produire de semblable; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles étaient propres à favoriser le développement d'un principe épidémique. Les matières organiques en putréfaction sont les auxiliaires les plus puissants d'activité et de reproduction pour les germes pestilentiels importés. On est donc conduit à soupçonner l'importation; et si l'on considère que, d'après presque toutes les relations d'épidémies de fièvre jaune développées dans un port de commerce, ce sont les douanes ou leurs employés, les premiers exposés par leurs rapports avec les navires infectés, qui sont aussi les premiers atteints, on aura déjà un indice assez important. Mais s'il y a eu importation à Lisbonne, et si c'est dans la douane, il est très probable que c'est plutôt par les effets qui y entrèrent que par les individus ou les navires; et ces effets sont les bagages des passagers, qui y furent débarqués directement quand il y avait libre pratique, ou vinrent du lazaret quand il y avait quarantaine. Dès le principe, on nota que les hommes employés à la visite de ces bagages étaient les premiers atteints par le mal; et l'impression causée par ce fait fut telle, que quelques hommes refusèrent ce service comme trop dangereux. Il existe sur tous ces faits, dans le travail que nous analysons, les détails les plus convaincants. L'importation par les bagages plutôt que par les hommes et par les navires explique aussi pourquoi la ville fut plus promptement et plus gravement atteinte que les navires stationnés sur rade, contrairement à ce qui a lieu dans les climats de la fièvre jaune. Il faut remarquer, enfin, que les ports de Lisbonne et de Porto n'ont vu apparaître cette maladie que depuis que le Brésil en est envahi; et que si l'importation n'a pas eu lieu plus souvent, c'est que les saisons se croisent dans les deux hémisphères, et que les navires partis du Brésil en été et en automne, arrivent au Portugal en hiver ou au printemps, saisons où les conditions de développement de la fièvre jaune ne se rencontrent pas. Dans les ports du Portugal, ces conditions paraissent aussi plus prononcées que dans les ports de l'Angleterre et du nord de la France (1).

En définitive, le conseil se croit autorisé à conclure que l'épidémie de fièvre jaune de Lisbonne en 1857 n'est pas née spontanément; mais que le germe en a été importé par des navires, et que les causes locales en ont favorisé le développement. Il reconnaît en outre que l'importation s'est faite plutôt par les bagages que par les individus. Quant au mode de transmission et de propagation de la maladie dans un climat qui lui est étranger, le germe de l'importation provenant des hommes et de leurs effets, ce ne peut être que la contagion. Cette contagion a sans doute des lois restrictives qui la distinguent de celle des autres maladies transmissibles, mais qui ne prouvent rien contre elle. Celle qui se fait le plus remarquer est la limitation des foyers épidémiques aux villes maritimes; c'est probablement une conséquence de la nature de la cause spécifique; et pourtant, en Espagne et aux États-Unis, des faits bien constatés de transmission du mal à des provinces situées dans l'intérieur des terres, ont présenté des exceptions à cette règle. Une autre preuve de contagion, c'est-à-dire d'infection par les malades plutôt que par l'air, c'est qu'à Lisbonne des couvents, des asiles de pauvres et d'autres établissements qui ont pu être isolés, ont été préservés, bien qu'au dehors ils fussent entourés de malades. Malgré ces conclusions, le conseil reconnaît qu'il a existé pendant l'épidémie de Lisbonne des faits favorables à toutes les opinions sur le mode de transmission des maladies pestilentielles; il n'a formulé la sienne que d'après les plus nombreux et les mieux établis.

Quant à nous qui avons observé des faits analogues et sommes arrivé à la même conviction, nous sommes heureux qu'un travail aussi consciencieux que celui du conseil de santé de Lisbonne vienne confirmer par son autorité les doctrines que nous soutenons dans nos écrits depuis plusieurs années. La petite épidémie qu'un navire arrivant de la Havane a fait naître à Saint-Nazaire en août dernier, et qui n'a laissé aucun doute sur l'importabilité et la transmissibilité de la fièvre jaune, même en France, parle d'ailleurs plus haut que tout ce qui a été dit jusqu'ici, et suffira, nous l'espérons, pour éveiller l'attention sur les dangers que pourraient faire naître, à un moment donné, les doctrines beaucoup trop anticontagionistes qui ont dicté les règlements quarantainaires.

D[r] DUTROULAU.

(*La fin prochainement.*)

V

VARIÉTÉS

ERRATA. — Un passage de l'article de M. Duranti, sur une observation de tumeur cancéreuse de la base du crâne (*Gaz. hebd.*, n° 3, p. 41, 2e colonne), doit être rétabli de la manière suivante : « Le microscope pouvait seul éclairer la question après la mort, et, dans ce cas, il a établi l'existence d'une dégénérescence cancéreuse de la dure-mère, et la forme des éléments histologiques qu'il a fait découvrir démontre une fois de plus qu'il n'existe pas d'élément caractéristique du cancer sans analogue dans l'économie. Ainsi que M. Gubler le soutenait dès 1849 à la Société de biologie, la dégénérescence cancéreuse consiste en une altération pathologique des éléments histologiques de la région..... Ici donc, formée par des éléments fibro-plastiques, la tumeur n'en était pas moins un véritable cancer, et la nature de ses éléments dépendait seulement de la nature du tissu dans lequel elle avait pris naissance. »

(1) Ce qui s'est passé dernièrement à Saint-Nazaire est bien propre à modifier ces appréciations du conseil de santé de Lisbonne.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 31 JANVIER 1862. — N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Décret impérial. — Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle. I. Paris. Travaux originaux.** Hygiène publique : Note sur l'hygiène des hôpitaux, et spécialement sur un procédé de désinfection économique et d'une application facile. — Pathologie externe : Sur les abcès de la fosse iliaque (rapport sur un travail de M. le docteur Collineau). — II. **Revue clinique.** Pathologie interne : Cas de mort brusque par embolie. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Sur l'étranglement interne par diverticule intestinal vrai. — Anévrysme de l'aorte thoracique avec perforation de l'œsophage. — Traitement de la coqueluche. — Argyriasis avec dépôt métallique dans les intestins, le foie, la rate et les reins. — V. **Bibliographie.** Traité de pathologie interne. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Lallemand à Montpellier.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 22 janvier 1862, rendu sur la proposition du Ministre de l'instruction publique et des cultes, M. SCHIMPER, docteur ès sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Strasbourg.

— *Par arrêté, en date du 21 janvier 1862*, M. DUPRÉ est nommé secrétaire *agent comptable* des Facultés des sciences et des lettres et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Leca, mis, sur sa demande, en congé de disponibilité.

— *Par arrêtés, en date du 21 janvier 1852*, M. BRUCH, professeur suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École, en remplacement de M. Guindrecourt, décédé.

M. Bruch continuera à remplir les fonctions de chef des travaux anatomiques.

M. COMMAILLE, pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Bruch, appelé à d'autres fonctions.

M. GINTRAC, directeur et professeur de clinique interne à l'École préparatoire de Bordeaux, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1861-1862, par M. Henri GINTRAC, professeur adjoint de clinique interne à ladite École.

M. LEVIEUX, docteur en médecine, est chargé, à titre de suppléant hors cadre, de la seconde partie du cours de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

M. DE SCHACKEN, docteur en médecine et chef de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Parisot, démissionnaire.

M. DELES, docteur en médecine, ancien professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé professeur honoraire de ladite École.

M. DE CORVAL est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du cours de chimie à l'École préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, en remplacement de M. Leroy, démissionnaire.

FEUILLETON.

Lallemand à Montpellier.

Nous extrayons du remarquable Eloge *de M. Broca un morceau qui, prenant Lallemand à son arrivée à Montpellier comme professeur et le quittant à son départ pour Paris comme membre de l'Institut, embrasse ainsi un long épisode de la vie du célèbre chirurgien.*

A. D.

.... Il y avait dix-huit mois qu'il vivait dans une obscure retraite à Paris, lorsqu'une circonstance imprévue vint changer subitement sa situation.

A la suite d'une agitation provoquée par le fanatisme religieux, plus encore que par les passions politiques, l'École de médecine de Montpellier avait été, en février 1819, le théâtre de troubles fort graves. La plupart des étudiants s'étaient retirés dans leurs familles, et cette antique Faculté était déserte pour la première fois depuis neuf siècles. Les jeunes gens ne tardèrent pas à revenir; mais la Commission de l'instruction publique, présidée et dirigée par Royer-Collard, se crut obligée de remanier le personnel des professeurs. On changea d'abord le doyen, puis, en peu de mois, plusieurs chaires furent successivement déclarées vacantes. De ce nombre était la chaire de clinique chirurgicale, et Royer-Collard, voulant envoyer à Montpellier un homme étranger aux dissensions locales qui venaient de se manifester d'une manière si fâcheuse, résolut de désigner pour remplir cette chaire importante un chirurgien de l'École de Paris. Il pria donc Marjolin, qu'il connaissait tout particulièrement, de le diriger dans son choix. Marjolin était déjà, depuis l'année précédente, professeur de pathologie externe à la Faculté de Paris; mais sa nouvelle fortune ne lui avait pas fait oublier ses anciens amis. Le désintéressement et l'indépendance dont Lallemand lui avait donné tant de preuves pendant son internat reçurent alors une récompense inattendue. Ce fut lui qu'il désigna à Royer-Collard, et, comme celui-ci montrait quelque hésitation à nommer, pour une chaire

Digitized by Google

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hygiène publique.

Note sur l'hygiène des hôpitaux, et spécialement sur un procédé de désinfection économique et d'une application facile, par M. A. Nonat, médecin de la Charité.

Je n'ai pas le droit de prendre part à la discussion, n'ayant pas l'honneur d'être membre de l'Académie; mais je crois qu'il est du devoir de tout médecin d'intervenir, au moins indirectement, et d'apporter le contingent de son expérience dans une question qui intéresse à un si haut degré la science et l'humanité.

Tout le monde s'accorde à proclamer l'insalubrité des grands établissements hospitaliers, et il n'est personne qui ne reconnaisse que la cause principale de cette insalubrité est due à l'encombrement, à l'accumulation d'un grand nombre de malades dans un air confiné.

Comment prévenir ou diminuer les effets de cette cause pernicieuse? Les uns disent : les hôpitaux actuels sont détestables, il faut les détruire et en construire de nouveaux. Les autres, moins exigeants, veulent qu'on modifie la disposition des salles ou qu'on diminue le nombre des lits. Ceux-ci demandent qu'on applique les procédés les plus parfaits de ventilation, d'éclairage et de chauffage. Ceux-là, pour suppléer à ces procédés, conseillent une sorte d'aération continue, et prescrivent de laisser les fenêtres ouvertes nuit et jour.

L'utilité de la ventilation est tellement évidente, que je ne crois pas nécessaire d'en faire ressortir les avantages; mais ce procédé, quelque parfait qu'il soit, est-il suffisant pour détruire la funeste influence de l'encombrement? Je ne le pense pas. En effet, la ventilation, en renouvelant l'air, raréfie les miasmes, les dissémine, mais ne les détruit pas.

Il faut donc recourir à un moyen plus actif et plus sûr, qui anéantisse l'élément miasmatique, à mesure qu'il se développe et qu'il infecte l'air. On sait que Guyton de Morveau, le premier, eut l'idée d'employer à cet effet les fumigations de chlore. Son procédé, si utile, si efficace pour désinfecter un air dans lequel les miasmes ne se dégagent pas d'une manière continue, n'est plus applicable lorsqu'il s'agit d'un air constamment saturé de miasmes, comme l'est celui d'une salle d'hôpital. A un dégagement continu de miasmes, il faut opposer le dégagement continu d'un agent qui les détruise.

J'ai atteint ce but en faisant placer dans mes salles, à des distances convenables, des vases renfermant du chlorure de chaux délayé dans une suffisante quantité d'eau, et en recommandant de renouveler le chlorure tous les trois ou quatre jours.

C'est surtout à l'époque du choléra, en 1854, que j'eus l'occasion de faire une application avantageuse de ce procédé à l'hôpital de la Pitié.

Pour rendre plus saisissants les bons effets qu'on peut tirer de ce mode de désinfection, je crois devoir mettre sous les yeux de l'Académie les deux tableaux suivants, dans lesquels sont indiqués comparativement les cas de choléra venus du dehors et ceux développés à l'intérieur dans chacun des services de l'hôpital.

Premier tableau indiquant les cholériques venus du dehors.

Service de MM.	Hommes.	Femmes.	Total.
Gendrin	92	81	173
Nonat	34	1	35
Valleix	14	17	31
Marrotte	18	32	50
Sée	8	32	40
Laugier	0	0	0
Michon	0	0	0

Deuxième tableau. Cholériques dont la maladie s'est déclarée à l'hôpital.

Service de MM.	Hommes.	Femmes.	Total.
Gendrin	28	16	44
Nonat	4	1	5
Valleix	13	4	17
Marrotte	9	14	23
Sée	5	14	19
Laugier	6	5	11
Michon	4	1	5

Ainsi, depuis le 1er janvier 1854, jusqu'à la fin du mois d'août, le nombre des cas de choléra déclarés dans mes salles n'est que de 5, c'est-à-dire inférieur à celui des cas de choléra déclarés dans les services de chirurgie, où l'on n'a point admis de cholériques du dehors, tandis qu'il est de 44, 17, 23 et 19 dans les autres services de médecine. Cette différence énorme ne peut s'expliquer ni par le nombre des lits, puisque mes salles en contenaient autant que celles de mes collègues, ni par une disposition spéciale des lieux, puisque mon service n'offrait à cet égard rien de particulier. Elle n'est pas non plus un effet du hasard, et c'est avec raison que je crois pouvoir en attribuer le bénéfice aux fumigations chlorées permanentes; et ce qui le démontre de la manière la plus péremptoire, c'est que le choléra a sévi dans ma division avec autant de rigueur que dans les salles voisines, pendant les quinze premiers jours de l'épidémie, où je me suis contenté de recourir aux moyens ordinaires d'aération, tandis que les bons résultats signalés plus haut ne datent que du moment où j'ai fait établir ces fumigations.

Loin de moi la pensée de prétendre que le chlore exerce une

---

de clinique, un homme si jeune, un docteur si récent, Marjolin, avec une nouvelle insistance, fit ressortir le mérite de son candidat, auteur d'une thèse déjà célèbre, qui révélait un talent supérieur. Il ajouta qu'au surplus on pouvait consulter M. Dupuytren, ne doutant pas que ce professeur, malgré le souvenir de quelques légers tiraillements, ne sût rendre justice à son ancien élève. Marjolin avait bien auguré de la générosité de son collègue. Le témoignage de Dupuytren, accepté avec d'autant plus de confiance qu'il était plus impartial, fut favorable à Lallemand, et celui-ci, présenté par Royer-Collard aux suffrages de la Commission de l'instruction publique, fut nommé, le 19 juillet 1819, sans avoir fait la moindre démarche, sans avoir rien sollicité, sans avoir visité personne.

Passant tout à coup d'une situation obscure à une position brillante, presque étudiant la veille et maintenant professeur, il n'avait pas été soumis à cette épreuve de l'attente qui place si souvent les hommes entre la dignité de leur personne et le souci de leur avenir, et qui est la pierre de touche de la fermeté de leur caractère. Le sien était de trempe, — on le vit plus tard, — à ne pas céder, même devant l'adversité. Mais combien d'autres à sa place, n'ayant connu ni les impatiences de l'ambition, ni les fatigues de la lutte, ni les morsures de l'intrigue, se seraient déclarés satisfaits d'un ordre de choses qui n'avait eu pour eux que des fleurs sans épines! Une société où il n'avait rencontré aucun obstacle, où son mérite n'avait eu qu'à se montrer pour être aussitôt reconnu et récompensé, n'était-elle pas excellente? Il l'eût admis sans doute s'il n'eût aimé que lui-même, sans s'inquiéter des autres; mais il n'était pas de ceux qui rapportent tout à leur personne. Séparerait-il maintenant ses intérêts de ceux qui jusqu'alors lui avaient toujours été chers? Le volontaire de 1815 allait-il se rallier au gouvernement que les baïonnettes étrangères avaient ramené deux fois, et qu'un mouvement rétrograde entraînait, malgré lui peut-être, vers cet ancien régime si odieux à la nation? Il était trop fier et trop juste pour renier ainsi son passé. Dès que la fortune l'eut mis en évidence, dans une position élevée,

Digitized by Google

action directe sur la cause générale du choléra; mais je suis convaincu qu'en détruisant les miasmes putrides répandus autour des malades, il a puissamment contribué à diminuer les ravages de l'épidémie en neutralisant l'influence incontestable de l'infection.

Depuis cette époque, je n'ai pas cessé d'employer le chlorure de chaux dans mes salles, auprès des malades qui versent autour d'eux des miasmes putrides, et qui deviennent pour les autres un foyer d'infection.

Les faits que j'ai observés me permettent, si je ne me trompe, de poser les conclusions suivantes :

1° Quelque soin que l'on apporte dans la construction d'un hôpital, l'atmosphère des salles sera toujours imprégnée des miasmes répandus par les malades.

2° Les procédés d'aération et de ventilation, quelque parfaits qu'ils soient, ont le double inconvénient d'être fort dispendieux et de n'atteindre qu'incomplétement le but qu'on se propose.

3° L'aération par les fenêtres ouvertes, outre qu'elle ne fait que disséminer les miasmes, expose les malades aux plus graves accidents (pneumonie, pleurésie, bronchite capillaire, rhumatisme, etc.).

4° Tout en renouvelant l'air d'une manière convenable, il est nécessaire de détruire les miasmes putrides au fur et à mesure de leur dégagement. Les fumigations chlorées permanentes satisfont parfaitement à cette indication, et constituent un mode de désinfection à la fois efficace et peu dispendieux.

Il serait à désirer que leur emploi se vulgarisât dans nos hôpitaux, particulièrement dans les salles de chirurgie, dans les cliniques d'accouchement et dans les établissements consacrés au traitement des maladies des enfants.

On a reproché au chlore de substituer une infection à une autre. Ce reproche est applicable au procédé de Guyton de Morveau, qui laisse dégager une trop grande quantité de chlore à la fois; mais il ne l'est pas au procédé que je préconise, et qui permet de graduer la production du chlore et de n'en dégager que la quantité voulue pour la destruction des miasmes.

Pathologie externe.

SUR LES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE. *Rapport sur un travail de M. le docteur Collineau*, par M. le docteur BAUCHET, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc.; lu à la Société de médecine dans la séance du 6 décembre.

(Suite et fin. — Voir le numéro 3.)

Nous allons reprendre tout à l'heure l'étude des diverses terminaisons de l'abcès iliaque; étudions d'abord les symptômes propres aux diverses variétés de ces collections.

Dans la pérityphlite, la tumeur siége à droite, un peu en dehors de la partie moyenne de la fosse iliaque. Il y a d'abord un empâtement qui cède en général à l'administration d'un laxatif. La constipation est opiniâtre, et quelquefois il survient des vomissements, et même des phénomènes d'obstruction intestinale.

Depuis longtemps, du reste, il y a de la douleur après la digestion; la circulation des matières intestinales est pénible. L'empâtement remonte très haut, et il n'y a aucun symptôme dans les organes voisins.

Pour le psoïtis, inclinaison du bassin sur la cuisse dans la station verticale; flexion de la cuisse sur le bassin (belle observation de M. Larrey). Douleur dans les mouvements d'extension. Forme du gonflement remarquable; empâtement profond suivant le détroit supérieur du bassin et gagnant vers la cuisse. Souvent il y a aussi du gonflement dans la région lombaire (1).

Dans l'altération de l'os coxal : douleurs sourdes, lenteur de la marche de la maladie, amaigrissement, signes de l'abcès par congestion. De même pour la sacro-coxalgie, avec cette différence que dans cette affection il existe souvent une poche en dehors de l'articulation avec empâtement de cette articulation.

Enfin, *dans l'état puerpéral*, si la maladie est placée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : après l'accouchement, *frisson*, douleurs hypogastriques, empâtement vague; lenteur de développement de l'affection, signes quelquefois de péritonite; pas de constipation.

Cette partie a été surtout bien étudiée par M. Collineau. A partir de l'accouchement ou des jours qui suivent la délivrance, commence le cortége des symptômes bien décrits par notre confrère, et qui résument tous ceux que je viens d'indiquer. Bref, cet abcès a tous les symptômes des abcès de la fosse iliaque ajoutés à ceux de la puerpéralité.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — COMPLICATIONS.

En se plaçant au point de vue de M. Collineau, on peut dire que la belle observation qu'il nous a donnée constitue la description la plus complète et la plus ordinaire de la marche de la durée et de la terminaison des abcès iliaques postpuerpéraux. Mais nous avons pris la question à un point de vue plus général, et nous désirons suivre le cadre que nous avons adopté.

La maladie affecte en général une marche lente, mais cette

(1) Le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a publié une observation remarquable sur ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*, et un mémoire très bien fait dans le *Recueil de mémoires de médecine militaire* (décembre 1861). Je regrette de n'avoir pas pu profiter de ces importants travaux, mon rapport étant fait depuis longtemps.

---

il manifesta hautement des opinions qu'il n'avait jamais cachées, et il entra dans l'opposition libérale, qui comptait déjà dans ses rangs, sans parler des hommes politiques, un grand nombre de savants et de littérateurs distingués.

Il n'avait pourtant ni les qualités ni les défauts qui font les hommes de parti. Ne connaissant d'autres juges que sa conscience et sa raison, il n'acceptait sans examen ni une consigne ni un mot d'ordre; il lui arriva plus d'une fois d'approuver ce que blâmaient les libéraux, de blâmer ce qu'ils approuvaient, et, quoiqu'il fût ordinairement d'accord avec eux, ils lui reprochaient comme une défection ce qui était la preuve de sa parfaite indépendance. Il est certain qu'il appréciait les choses autrement que les hommes de ce temps-là. Les yeux fixés sur l'avenir, il attachait moins d'importance à la question dynastique qui préoccupait tout le monde, qu'au problème social qui n'était pas même encore posé.

Thomas a dit, dans l'*Éloge de Descartes :* « Il y a une éducation pour l'homme vulgaire; il n'y en a point d'autre pour l'homme de génie que celle qu'il se donne à lui-même : elle consiste presque toujours à détruire la première. » Lallemand, qui n'était pourtant pas cartésien, avait fait comme Descartes, si ce n'est que, sa première éducation ayant été à peu près illusoire, il n'avait eu que peu de chose à faire pour se séparer des impressions de sa jeunesse. Simple étudiant de première année, nous l'avons vu refaire sans maître ses études classiques. Après avoir appris à écrire, il voulut apprendre à penser. Dans ses loisirs nocturnes, arrachés au sommeil, il lut et médita les écrits des historiens, des philosophes, des moralistes, des théologiens, des économistes; il étudia l'humanité dans sa marche à travers les âges; il suivit les sociétés dans leur évolution, et, appliquant à ces recherches difficiles les méthodes scientifiques que son éducation professionnelle lui rendait familières, faisant de la physiologie la base de sa philosophie, et de cette philosophie scientifique la base de la politique et de la morale, il vit toutes choses à sa manière, autrement que les hommes du passé, autrement que ses contemporains.

Digitized by Google

lenteur dépend surtout de la cause qui a provoqué la formation du foyer inflammatoire.

Les abcès postpuerpéraux, ainsi que l'a bien établi M. Collineau, affectent d'abord, le plus ordinairement, une marche subaigüe ; il en est de même de ceux qui ont pour point de départ une typhlite ou une pérityphlite ; mais la marche est surtout lente jusqu'au moment où la suppuration s'est établie. A partir de cette période, l'abcès augmente, se distend, la peau rougit, s'amincit ; la collection décolle le péritoine et remonte dans la cavité abdominale.

Les inflammations du psoas et de l'os coxal sont encore plus lentes dans leur évolution ; et même, quand la suppuration est établie, le fascia iliaca s'opposant encore à l'ampliation du foyer, le pus met un temps assez long avant de venir se montrer à l'extérieur.

La durée varie donc suivant la terminaison de l'abcès, et ainsi que vous l'avez deviné par ce qui précède, cette *terminaison* peut être variable. Elle peut se faire par *résolution*, *suppuration*, *gangrène* ou *induration*.

Résolution. — Lente et rare. — M. Grisolle ne l'a rencontrée que 9 fois sur 73 cas, et M. Collineau, dans les 27 observations qu'il a rassemblées, ne l'a notée que quatre fois.

Cette terminaison est surtout fort rare dans les abcès puerpéraux.

M. Grisolle cite 1 cas sur 17, et M. Collineau ajoute à ce fait une observation fort curieuse tirée du service de M. Trousseau et rapportée dans la thèse de M. Farey (1856).

Cette terminaison s'observe quelquefois dans d'autres phlegmasies à marche lente du tissu cellulaire iliaque, dans la pérityphlite, le psoïtis, etc. M. Collineau, frappé de cette différence, est sorti en ce point, et dans la question relative au traitement, du cadre qu'il s'était tracé, et a pour un instant étudié ces abcès d'une manière générale ; mais il n'a pas tardé à revenir à son programme, ne rapportant de son excursion à travers les abcès divers de cette région, que les déductions pratiques qu'elle pouvait fournir.

La terminaison par *suppuration* est sans contredit la plus fréquente ; c'est presque la seule pour les phlegmons puerpéraux ; mais cette terminaison peut se faire attendre longtemps. La fluctuation profonde est quelquefois difficile à sentir, comme dans deux cas de Bourienne, dans lesquels pourtant l'abcès contenait une fois 400 et une autre 750 grammes de pus.

Lorsqu'il se fait une rupture, les signes qui l'annoncent sont caractéristiques. La tumeur s'affaisse tout à coup, et à moins que le pus tombe dans le péritoine, et provoque immédiatement une péritonite foudroyante, les symptômes diminuent ordinairement d'intensité ; et si l'on observe avec soin les évacuations des matières fécales ou de l'urine, ou l'écoulement qui peut se faire par la vulve, on ne tarde pas à reconnaître les caractères du pus mêlé à des produits excrémentitiels variables, mais pourtant facilement reconnaissables.

Je ne reviendrai pas sur les points où peut se faire cette rupture ; je les ai indiqués en commençant. Je dirai pourtant que j'admets avec M. Depaul que l'évacuation spontanée par le rectum doit être la plus fréquente, et cette rupture est dans les meilleures conditions de succès. Il en serait ainsi si elle se faisait par l'utérus et le vagin.

Une fois la poche ouverte, le foyer a une grande tendance à revenir sur lui-même, à moins qu'il soit situé sous l'aponévrose fascia iliaca.

M. Grisolle dit qu'en général l'abcès se ferme vers le neuvième jour, quand il y a la rupture dans l'intestin. M. Rigaud prétend, il est vrai, que la maladie exige quelquefois des mois pour guérir, mais ce sont des exceptions. Quand l'ouverture est faite, soit spontanément, soit avec le bistouri, à travers la paroi abdominale, règle générale, le foyer n'est pas détergé avant le quinzième jour, et il peut persister plusieurs mois. M. Grisolle a établi qu'il fallait en moyenne vingt-sept jours pour que la suppuration se tarisse.

Il peut survenir quelquefois des accidents, parmi lesquels je citerai la hernie du cæcum à travers l'ouverture. Cette complication est rare : Blandin en a rapporté un exemple.

Les symptômes s'amendent, la douleur disparait, la tuméfaction s'en va, la poche se ferme, et tout rentre dans l'état normal. Chose curieuse! le pus sort par l'intestin, et les matières fécales, le plus ordinairement, ne passent pas par le foyer; cette ouverture spontanée de l'abcès, dans la typhlite, ne se remarque guère que dans les cas où ils succèdent à une gangrène du cæcum ou de son appendice.

Dupuytren invoquait trois raisons pour expliquer cette particularité :

La première, c'est que les abcès se vident graduellement.

La seconde était tirée de l'obliquité de l'ouverture.

La troisième, enfin, du décollement de l'intestin, qui ferait office de soupape.

Si la suppuration est longue, les malades meurent par consomption deux ou six mois après le début des accidents, un à trois mois après l'ouverture de l'abcès.

On a vu la mort survenir dans toute sorte de circonstances ; que l'ouverture ait lieu par l'intestin, par la vessie, le col utérin, la paroi abdominale, ainsi que le prouvent les faits de Dance, Husson et Johnson.

Parfois, on peut rapporter l'abondance de la suppuration, non-seulement à la détérioration de la constitution, mais encore à la présence d'un corps étranger, comme dans le cas de John Bell.

Les parois de la poche ont le plus communément de la tendance à s'accoler ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors

---

Tel était l'homme que la Commission de l'instruction publique envoyait à Montpellier, dans cette illustre et antique Faculté, dépositaire des traditions de la médecine grecque, fière de son glorieux passé, et par là même assistant avec méfiance, sinon avec inquiétude, au mouvement de rénovation dont l'École de Paris avait pris l'initiative. Le nouveau professeur ne paraissait pas disposé à sacrifier sur l'autel du Vitalisme, non plus qu'à ranger Barthez parmi les demi-dieux; on connaissait son zèle ardent pour l'anatomie pathologique, qui, attachant l'esprit à la contemplation de la matière, le tient éloigné des sphères métaphysiques où plane le Principe Vital. On savait qu'il considérait la recherche des causes finales comme à jamais illusoire, et la Nature Médicatrice comme un mot vide de sens. On se disait enfin, et ici on avait raison, qu'une Faculté qui comptait l'illustre Delpech au nombre de ses membres pouvait bien se suffire à elle-même, et n'avait pas besoin d'aller, malgré elle, recruter ses professeurs de chirurgie parmi les disciples d'une autre École.

Lallemand ne trouva donc qu'un accueil assez froid parmi ses collègues. Les étudiants eux-mêmes, croyant voir en lui une créature de la réaction cléricale, ne lui témoignaient d'abord aucune sympathie ; mais leurs préventions se dissipèrent dès qu'ils connurent les tendances libérales de leur jeune maître. Bientôt ils purent admirer le talent de celui dont ils aimaient déjà le caractère. Ils se groupèrent autour de lui, s'attachèrent à sa personne, et lui donnèrent en maintes circonstances des marques éclatantes de leur estime et de leur affection. Cette popularité, qui ne l'abandonna jamais, était justifiée, d'ailleurs, par son dévouement à l'instruction des élèves et par sa bienveillance pour tous les travailleurs, à qui il prodiguait sans compter son temps et ses conseils.

Son titre de professeur de clinique l'avait fait chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi, et cette position, qui, du premier coup, le signalait à l'attention du public, lui valut dans la clientèle une fortune rapide. Mais il n'était pas encore, comme il le devint plus tard, le premier chirurgien du Midi : à côté de lui

Digitized by Google

le pus peut s'altérer et provoquer des accidents d'infection putride.

La mort, dans quelques circonstances, peut arriver même avant l'ouverture de la poche.

Il peut arriver qu'à la place d'un abcès on rencontre un autre mode de terminaison, l'*induration*. Il reste, dans ce cas, des noyaux indurés qui finissent par disparaître.

Mais cette terminaison n'est malheureusement pas très fréquente.

Enfin, on a vu quelquefois une *gangrène du cœcum* ou du muscle psoas iliaque. La gangrène est une terrible complication, presque toujours mortelle, mais il est des faits où la guérison a pu être obtenue par les efforts de la nature, ainsi que le prouve une observation publiée à Heidelberg et le huitième fait du mémoire de Burne.

J'ai déjà signalé une hernie observée par Blandin; il peut survenir aussi une éventration par la distension et l'éraillure de la paroi abdominale. Enfin, pour compléter le tableau des complications qui peuvent se montrer pendant le cours de cette affection, je mentionnerai l'œdème plus ou moins considérable du membre, et les douleurs névralgiques consécutives plus ou moins pénibles.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est souvent difficile au début, et l'on n'arrive à reconnaître sûrement la nature de la maladie que lorsque la tuméfaction est déjà bien développée.

Au début, douleur dans la fosse iliaque, douleur dans les mouvements, dans les efforts de toux, de déplacements, exaspérée par la pression. Symptômes généraux plus ou moins graves; constipation. Point de soulèvement dans les parties malades; difficulté d'exploration.

A la deuxième période, augmentation de ces signes. Tuméfaction manifeste; difficulté extrême de bien la limiter.

A la troisième période, saillie de la région malade; soulèvement de la peau; tumeur bien circonscrite; fluctuation.

A la quatrième période, la tumeur est plus saillante, la peau rouge et amincie, la fluctuation tellement manifeste qu'il semble que le pus va s'échapper à la moindre pression. Les symptômes généraux si graves, la douleur si vive dans les deux premières périodes ont diminué; mais souvent les phénomènes adynamiques ont pris une prédominance marquée.

La position de la cuisse pour le psoïtis; la lenteur de la marche de la maladie et les douleurs sourdes au début, la constipation opiniâtre et le siége pour la typhlite et la pérityphlite; un accouchement récent et la suppression des lochies et de la sécrétion du lait, pour les phlegmons postpuerpéraux : telles sont en quelques lignes les indications qui ressortent pour le diagnostic de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent.

Au début, cette affection pourrait être confondue avec des accidents de métrite, de phlegmon péri-utérin, du ligament large. Mais le siége de la douleur dans tous ces cas, écarte l'idée d'un phlegmon de la fosse iliaque.

Un simple dépôt de matières stercorales permet une exploration assez facile de la région, et l'on peut alors sentir cette tumeur bosselée, dure, irrégulière, remontant plutôt vers le centre de la cavité abdominale. Or, la bénignité des symptômes qui ont précédé l'apparition de la tumeur, écarte encore l'idée d'une tumeur franchement inflammatoire dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

La péritonite se distingue par des symptômes suraigus, des vomissements verts, porracés, et de la douleur plus généralisée.

Un étranglement interne provoque des vomissements d'une nature spéciale et persistante, et n'a vraiment de commun avec l'affection qui nous occupe, et encore dans certains cas, que la constipation.

Plus tard, quand on sent une tumeur, surtout si elle est mobile, on pourrait songer à un rein déplacé, mais le phlegmon iliaque n'a jamais la mobilité du rein, et s'en distingue encore par les phénomènes inflammatoires.

Il peut vous paraître singulier, messieurs, que je parle ici d'un déplacement des reins; mais voici un fait observé par M. Nélaton, que je ne devais pas oublier en parlant des abcès de la fosse iliaque.

Un malade se présente à M. Nélaton, portant une tumeur énorme fluctuante, dans la fosse iliaque. Je glisse sur les détails de l'observation, et sur le diagnostic qui fut porté; j'arrive à la fin de l'observation. Le malade mourut, et la tumeur franchement purulente, située dans la fosse iliaque, était constituée par un rein déplacé et détruit par la suppuration. C'est surtout dans ces cas, messieurs, qu'il faut étudier avec soin les antécédents. Une tumeur semblable persiste avant d'arriver au point où nous la trouvons, non des semaines ou des mois, mais des années. Il en est de même des ostéosarcomes, ou des encéphaloïdes de la fosse iliaque. Pourtant, quand on est consulté, il peut arriver que le malade n'ait pas eu conscience de la présence de ces tumeurs. Mais, ce qui éloignera de suite l'idée d'un phlegmon iliaque, c'est l'absence de phénomènes inflammatoires.

Quand la tumeur est franchement fluctuante, elle ne peut pas être confondue avec un kyste de l'ovaire enflammé, dont le développement est plus lent et le siége plus près de la ligne médiane. Une ovarite ne marche pas en général vers une suppuration aussi nette; une tumeur anévrysmale ne détermine point de symptômes inflammatoires et a des signes spéciaux.

Le phlegmon iliaque une fois reconnu, j'ai dit plus haut à quels caractères spéciaux on reconnaîtrait son origine. J'ajouterai que, si les abcès ganglionnaires peuvent offrir quelques difficultés, une exploration attentive fera, dans presque tous les cas, rencontrer des bosselures se prolongeant vers l'arcade crurale et le sommet de la cuisse, et aussi des ganglions dans

---

brillait l'étoile de Delpech, que personne ne pouvait éclipser.

Delpech, on peut le dire, était le fondateur de l'école chirurgicale de Montpellier. Jusque-là on avait vu paraître de loin en loin dans cette Faculté quelques chirurgiens distingués; mais l'enseignement de la chirurgie n'y tenait qu'un rang tout à fait secondaire; ce fut la main puissante de Delpech qui, pour la première fois, lui donna tout son essor. Il ne manquait à cet homme remarquable aucune des qualités qui font les grands chirurgiens et les grands professeurs : une élocution brillante et facile lui permettait d'exprimer dans un langage attrayant les idées qui jaillissaient en foule de son esprit original et fécond; sa main, habile entre toutes, exécutait avec une élégance merveilleuse, et avec une précision bien rare à cette époque, les opérations les plus difficiles et les plus hardies. Sa plume enfin, rapide, infatigable, consignait dans des écrits nombreux et répandait au loin, dans l'espace et dans le temps, les conceptions de son génie.

On dit que Dupuytren, malgré la distance, ne voyait pas grandir sans inquiétude une école qui n'était pas la sienne, et que la gloire de ce rival lointain le poursuivait et le troublait jusque dans son sommeil. On ajoute que ce sentiment de jalousie n'avait pas été sans influence sur la part qu'il avait prise à la nomination de Lallemand, et qu'en envoyant à Montpellier un homme de cette force il songeait moins à lui être utile qu'à diminuer, par un partage inévitable, la grande position de Delpech. On raconte enfin qu'il avait dit à Lallemand, la veille de son départ : « Si vous voulez réussir à Montpellier, étudiez Delpech; voyez ce qu'il fait, ce qu'il dit; appliquez-vous à dire l'inverse et à faire le contraire. »

Rien ne me paraît plus invraisemblable que cette histoire, dont les amis particuliers de Lallemand n'ont pas eu connaissance. Il est bien vrai que les relations des deux chirurgiens de Montpellier furent froides et réservées. Il était bien difficile qu'il en fût autrement; mais elles ne furent jamais hostiles. Lallemand se posa si peu en rival de son collègue, il chercha si peu à le supplanter dans la clientèle, qu'au lieu de concen-

Digitized by Google

le voisinage. Enfin, ces signes seront appuyés encore des symptômes négatifs des autres tumeurs de cette région.

PRONOSTIC.

Ces abcès constituent une affection grave, sans doute, mais à priori, en ne songeant qu'au siége de l'abcès, à son voisinage du péritoine, à la facilité avec laquelle l'inflammation peut gagner cette grande séreuse abdominale, ou le pus de l'abcès fuser dans le péritoine, on est tenté de se demander comment guérissent ces abcès.

Ils guérissent pourtant, même assez souvent. M. Grisolle a constaté 20 guérisons sur 73 cas.

Ces abcès sont plus graves après l'accouchement, plus graves chez la femme, même en dehors de la puerpéralité ; aussi, d'après le relevé de M. Grisolle, il serait mort un tiers des femmes et un quart seulement des hommes. Mais, s'il existe un abcès stercoral, la gravité est plus grande encore ; aussi M. Grisolle constate 5 morts sur 7.

Si le pus sort par l'intestin, c'est heureux, disent les auteurs. C'était déjà l'opinion de Baglivi. C'était celle de Dupuytren et de Dance ; je partage cette manière de voir.

Si l'abcès s'ouvre en dedans, du côté de l'intestin, et en dehors du côté de la peau, dans un fait de Graves, c'est surtout très dangereux.

Disons enfin que les abcès par congestion de la fosse iliaque sont excessivement graves, quand le pus fuse dans l'articulation coxo-fémorale.

Permettez-moi de vous citer brièvement ici trois observations d'abcès de la fosse iliaque, ayant eu pour origine une affection du cæcum. Dans un cas (hôpital de la Charité, service de M. Malgaigne, que je remplaçais provisoirement), il s'agissait d'un abcès très volumineux avec amincissement considérable de la peau ; je l'ouvris ; il sortit un pus crémeux, bien lié ; l'abcès était vaste, la suppuration fut abondante ; le malade s'affaiblit, le pus devint fétide, et la mort arriva promptement.

Un second malade entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais M. Robert. Il portait à la partie supérieure et externe de la cuisse une énorme tumeur fluctuante, contenant une quantité considérable de gaz. Je l'ouvris. Il sortit plus de deux litres de pus, avec des gaz tellement fétides que la salle en fut infectée. Le malade succomba. Le pus né dans la fosse iliaque avait fusé entre les deux épines iliaques. Le cæcum n'était pas ouvert ; la mort arriva par suite de la rupture de la poche dans le péritoine.

Enfin, toujours à l'Hôtel-Dieu, M. Guérard me fit appeler pour ouvrir un abcès développé dans la fosse iliaque chez un jeune homme, et tenant à une altération du cæcum. Cette poche était proéminente, franchement sonore. Je n'hésitai pas à l'ouvrir. Il sortit d'abord des gaz (non fétides!) et puis du pus. Le foyer descendait jusqu'au détroit supérieur du bassin. Ce malade guérit ; mais j'ose avancer que c'est là une assez rare exception, pour les abcès de cette nature.

TRAITEMENT.

J'arrive enfin à la thérapeutique des abcès iliaques. M. Collineau a consacré quelques pages à cette partie de son travail, et elles ne sont pas les moins bien réussies. Il a résumé d'une manière assez claire ce qui a rapport à cette partie de son mémoire.

La thérapeutique, messieurs, est, il faut le dire, délicate et difficile dans les phlegmons de la fosse iliaque. Les moyens pour combattre cette phlegmasie sont nombreux, mais il faut les employer avec discernement.

La première indication est celle-ci : prévenir la formation du pus. Mais pour la remplir, il est important de se reporter à ce qui a été dit plus haut sur l'étiologie des abcès, et d'établir d'abord un bon diagnostic, ainsi que j'espère vous le démontrer.

Chez les femmes en couches, c'est surtout au traitement local, associé, s'il y a lieu, à des émissions sanguines, qu'il faut avoir recours.

Dans la typhlite, on aura recours avec avantage aux laxatifs, aux bains, aux cataplasmes.

Dans le psoïtis, les bains, les émissions sanguines modérées, et avant tout le repos. Mais précisons davantage cette partie de la question.

Les émissions sanguines ont été préconisées par tous les auteurs. Puzos les voulait très fréquentes, répétées ; Deleurye seulement quand il y a de la fièvre. Or, les émissions sanguines générales, les saignées, devront être employées chez les sujets vigoureux, bien constitués, au début de l'affection, et quand l'état du pouls semble indiquer surtout l'usage de la lancette. Les émissions sanguines locales, et notamment l'application des sangsues, doivent bien plus souvent être employées. On peut y revenir plusieurs fois dans les premiers jours qui suivent le développement de la maladie ; mais il faut par-dessus tout consulter l'état général du sujet. Une application de quinze à vingt sangsues sera presque toujours éminemment utile, mais si le sujet est affaibli, il faut agir avec une grande circonspection, et si la phlegmasie marche vers la suppuration, il faut s'arrêter et revenir tout de suite aux topiques locaux. Chez les nouvelles accouchées, la maladie a une tendance extrême à gagner vers la suppuration quoi qu'on fasse, et il faut être sobre d'émissions sanguines.

Je recommanderai surtout l'usage d'un large vésicatoire volant. C'est un bon résolutif, un résolutif puissant et qui a donné à notre maître, M. Velpeau, d'excellents résultats. Pour ma part, sans rejeter les saignées générales ou locales, je n'hésite pas à l'employer quand la douleur et l'empâtement persistent après une première application de sangsues.

---

trer son activité sur des travaux de chirurgie, il commença, dès 1820, la publication de ses *Lettres sur l'encéphale*, ouvrage médical, anatomique, physiologique, historique même, mais nullement chirurgical. Ce fut ce livre qui fut le fondement de sa célébrité. De toutes parts on lui adressa des malades atteints d'affections cérébrales ; de riches familles entreprirent de longs voyages pour venir le consulter, et il eût dépendu de lui de faire une grande fortune dans cette spécialité lucrative s'il n'eût compris que sa position de professeur de clinique ne lui permettait pas de renoncer à la pratique de la chirurgie.

Les nombreux élèves qui suivaient ses visites à l'hôpital Saint-Éloi trouvaient en lui un maître familier qui, sans avoir besoin de les connaître, les interrogeait au lit du malade, discutait avec eux le diagnostic et les indications, recevait leurs objections, et y répondait avec bienveillance. Passant de là à l'amphithéâtre, il commençait ordinairement sa leçon par une exposition assez froide, car il n'avait pas cette faconde méridionale qui donnait tant de charme à l'enseignement de Delpech. Mais peu à peu sa langue se déliait ; après l'exposition venait la discussion, et c'était là qu'il excellait. Sa parole alors acquérait un degré de précision et de clarté vraiment extraordinaire. L'admirable enchaînement de ses idées, et le jour nouveau qu'il savait répandre sur les sujets même les plus rebattus, finissaient par captiver complétement son auditoire. Sa logique était en quelque sorte irrésistible ; il pesait et maniait si bien les éléments du diagnostic qu'il mettait tout le monde de son avis, alors même qu'il se trompait. — Mais il se trompait rarement, et, sous ce rapport, il avait bien quelque avantage sur Delpech. Il n'était pas ce qu'on appelle un opérateur brillant ; il maniait le couteau avec plus de prudence que de rapidité, avec plus de fermeté que de grâce. En cela, il était bien inférieur à son rival ; mais, soit qu'il mît plus de soin dans les pansements, soit qu'il veillât mieux à l'hygiène de ses salles, il l'emportait sur lui par le nombre de ses succès. Ses malades avaient en lui une confiance sans bornes, et c'était justice, car il les aimait comme ses enfants. Il allait ordinairement les voir

Digitized by Google

Puis viennent les onctions mercurielles, les cataplasmes, les bains, les boissons adoucissantes, une alimentation douce et légère (du bouillon de poulet, de l'eau lactée, etc.).

Quant aux laxatifs, ils demandent à être employés avec un grand discernement.

Dans le phlegmon iliaque postpuerpéral je les rejette, car les mouvements qu'ils provoquent dans les intestins ne peuvent que tirailler davantage le tissu cellulaire et accélérer la suppuration. Dans la typhlite, au contraire, ils doivent être mis en usage.

Toutes les fois donc que, hors l'état puerpéral, je puis explorer avec assez de facilité les fosses iliaques douloureuses, et surtout la fosse iliaque droite, que je sens une tuméfaction profonde, bosselée, peu douloureuse, que le sujet est habituellement constipé, j'ai tout de suite, et avant tout, recours aux laxatifs, et je donne la préférence à l'huile de ricin, à la dose de 20 à 40 grammes, répétée plusieurs jours de suite, et aux lavements huileux, abondants et plusieurs fois par jour.

Mais si la femme est récemment accouchée, que la fosse iliaque est très sensible, qu'il y a une tuméfaction difficile à préciser, je prescris d'abord un lavement, et s'il survient un soulagement sensible, j'arrive à ordonner l'huile de ricin par la bouche; dans le cas contraire, c'est surtout aux émissions sanguines locales (vingt sangsues) que je m'adresse, me réservant d'avoir recours plus tard aux laxatifs huileux.

Dans ces dernières circonstances, je recommanderai l'usage des opiacés à l'intérieur, aidé des cataplasmes et des onctions mercurielles. Mais il faut prendre bien garde qu'un purgatif mal administré peut surexciter le travail phlegmasique. Autant un purgatif est utile dans les cas d'engorgement de l'intestin par les matières fécales, autant il peut être nuisible dans les cas de phlegmasie franche du tissu cellulaire des fosses iliaques. Les opiacés, associés au sulfate de quinine (60 à 80 centigrammes à 1 gramme par jour, pour 30 grammes de sirop diacode ou 0,05 centigrammes d'extrait thébaïque), donnent de bons résultats dans les phlegmons iliaques postpuerpéraux ou le psoïtis au début.

Je rejette les mercuriaux à l'intérieur quand ils ne seront pas administrés tout à fait au début de l'affection, et surtout après l'accouchement.

Il ne faut pas perdre de vue que je ne traite ici que des inflammations de la fosse iliaque, et que, par conséquent, je ne m'occupe que des moyens de thérapeutique qui peuvent lui être opposés.

Quand le pus est formé, je pense que l'on peut encore avoir recours, si on n'a pas pu le faire avant, à l'application d'un vésicatoire volant. Je rejette en effet les incisions prématurées, préconisées dans le siècle dernier, et j'adopte l'opinion de Dance. Le vésicatoire combat avantageusement les phlegmasies circonvoisines, et hâte la localisation de l'inflammation et la formation du pus. Je m'explique : si la phlegmasie peut encore se terminer par résolution, le vésicatoire est un excellent résolutif; mais s'il est appliqué trop tard, il devient alors le meilleur maturatif que nous possédions.

Je me hâte, messieurs, car je crains de fatiguer votre attention.

Quand le foyer est bien constitué, qu'il fait saillie sous les téguments, il faut l'inciser, et l'inciser assez largement. Mais quelle direction faut-il donner à l'incision? c'est un point important à examiner.

L'incision parallèle à l'arcade crurale a de la tendance à se fermer comme une boutonnière; l'incision perpendiculaire au ligament de Fallope est toujours trop peu étendue. Dans ces circonstances, j'aime mieux une incision légèrement oblique; et encore, suivant le précepte de M. Malgaigne, je recommande de couper avec des ciseaux chacune des lèvres de la plaie, à sa partie moyenne. On a ainsi une incision bien béante, presque cruciale, et qui laisse au pus un facile écoulement. N'ayez pas peur du péritoine, le pus l'a décollé et refoulé en haut. Quant à l'artère épigastrique, si on la coupe, on en pratique la ligature assez facilement.

L'incision faite, vient l'usage des cataplasmes, des lavages émollients faits avec précaution, et des lavages iodés. C'est ce qu'a fait avec succès M. Collineau dans l'observation qu'il nous a rapportée dans son travail. Mais ces injections irritantes et modificatrices doivent être réservées pour les cas où l'abcès est détergé, et où les parois du foyer n'ont pas de tendance à s'accoller, ou bien pour les cas où la suppuration s'altère et devient fétide.

Quand l'abcès s'ouvre dans un organe voisin, il faut avoir recours à des lavages fréquents, et de même que dans tous les autres cas, insister sur un traitement général tonique : bonne nourriture, vins généreux, viandes rôties et grillées, œufs, huile de foie de morue, vin de quinquina, etc.

Pour les abcès développés dans la gaîne du psoas, il faut attendre, pour les ouvrir en bas, que l'abcès proémine beaucoup, car il faut les ouvrir près de l'artère fémorale. C'est une opération délicate. Pour ma part, je pense que l'on peut avantageusement les traiter d'abord comme des abcès par congestion, et les ouvrir et les vider avec un trocart, puis les remplir d'une solution iodée, avant d'avoir recours à une ouverture large, si elle devient nécessaire. J'en dirais autant des abcès froids. Si l'abcès proémine vers la région lombaire, l'incision est plus facile et plus vite indiquée. — Enfin, il est des cas où la douleur est telle qu'il faut inciser profondément, quand on a reconnu la présence d'un foyer.

J'ai fini, messieurs, permettez-moi de vous remercier de votre bienveillante attention, et de résumer en deux lignes ce que j'ai dit de notre confrère M. Collineau.

J'ai lu avec plaisir son travail. Il a demandé des recherches

---

deux fois par jour. Lorsqu'ils quittaient l'hôpital, il leur faisait généreusement remettre, par les religieuses, des secours de convalescence. Lorsqu'un opéré présentait des accidents qui paraissaient dus à quelque influence nosocomiale, il le faisait transporter dans sa propre maison, où il le soignait, à ses frais, comme un membre de sa famille. Qui de nous, messieurs, n'a été vingt fois témoin du désespoir d'un amputé à qui une opération inévitable n'a sauvé la vie que pour le jeter dans la misère, d'un maçon qui ne peut plus monter à l'échelle, d'un tailleur de pierre qui n'a plus qu'un bras pour tenir son marteau? Qui ne sait combien cette agitation morale, cette perspective effrayante aggrave l'état des opérés? Ceux de Lallemand n'avaient point de pareilles angoisses; ils pouvaient être sans inquiétude sur leur avenir; c'était lui qui s'en chargeait. Après leur guérison, il leur cherchait un emploi compatible avec leur situation; et lorsqu'ils n'étaient propres qu'au travail des mains, il leur faisait, à ses frais, apprendre l'état de tailleur. Plusieurs fois il paya jusqu'à 400 francs pour l'apprentissage d'un seul amputé.

Ces actes de générosité et de philanthropie éclairée furent révélés à l'occasion d'un fait extrêmement grave qui faillit briser la carrière universitaire de Lallemand.

Le Conseil des hôpitaux de Montpellier n'avait pas cédé sans regret à l'Université le droit de nommer les professeurs de clinique. Les médecins ou chirurgiens ordinaires, choisis par eux, étaient sous leur dépendance; mais ceux qui ne portaient le tablier d'hôpital qu'en qualité de professeurs, ne leur devant rien, échappaient à leur domination. Lallemand n'était pas fait pour effacer en eux les regrets qui suivent toujours la perte d'un vieux privilége. Sa roideur, sa rude franchise, jointes au peu de vénération qu'il se sentit toujours pour les personnages administratifs, avaient indisposé depuis longtemps les membres du Conseil, qui, appartenant d'ailleurs au parti royaliste, plusieurs même à la Congrégation, voyaient en lui un dangereux révolutionnaire, un impie audacieux, un ennemi de la société.

Il faut dire aussi qu'il prêtait un peu le flanc à ces accusations, car il n'avait jamais pris la peine de cacher sa manière de voir,

Digitized by Google

nombreuses, multipliées, et M. Collineau a tout fait pour rendre complète l'étude qu'il avait entreprise.

Ce mémoire est l'œuvre d'un jeune travailleur, intelligent, habile, et qui, par ce premier travail, a prouvé tout ce qu'il pourrait faire à l'avenir. Ordre, érudition, méthode, rien ne manque à ce premier essai. M. Collineau a déjà offert à la Société sa thèse fort intéressante, dont M. Costilhes, notre excellent collègue, nous a rendu compte. Sa thèse est bien faite, mais son mémoire lui est encore supérieur.

Il me reste, messieurs, à vous proposer de nommer M. Collineau membre de la Société de médecine de la Seine, et ce sera une bonne acquisition.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Cas de mort brusque par embolie, observation lue à la Société de médecine par M. Briquet.

Obs. — Joséphine Baudouin, âgée de vingt-sept ans, demoiselle de comptoir, femme assez grande et assez forte, est affectée, depuis plusieurs années, de varices de toute la hauteur de la veine saphène gauche, depuis le pied jusqu'au pli de l'aine. Cette personne n'a jamais été enceinte.

Ces varices, qui sont considérables, ont déjà été deux fois le siége de phlébites fort intenses qu'on est chaque fois parvenu à calmer.

Au commencement du mois de novembre de cette année, cette femme, qui, à raison de ses occupations dans un magasin, est forcée de se tenir constamment debout, a été reprise, pour la troisième fois, d'une inflammation de toute l'étendue de la saphène variqueuse.

Elle entre à la Charité le 19 novembre.

A ce moment, toute l'étendue de la veine et de ses principales divisions était occupée par du sang complétement coagulé formant de gros cordons durs, environnés d'un tissu cellulaire, indurés et recouverts par une peau rouge.

A l'aide de la position, de topiques émollients et de soins appropriés, la phlegmasie allait en diminuant; la fièvre était tombée, la saphène n'était plus que médiocrement douloureuse au toucher; tout, en somme, allait au mieux, et la malade comptait se lever sous peu de jours, lorsque, le 8 décembre dernier, après avoir passé une excellente nuit, et, après avoir pris très gaiement sa tasse de chocolat, elle fut saisie brusquement par un sentiment de malaise indéfinissable qui la fit appeler à son secours; on se hâte et on la trouve la figure profondément altérée, d'une pâleur extrême; un violent mal se faisait sentir dans la poitrine; l'agitation des membres supérieurs était violente, il y avait une anhélation extrême; la malade s'écriait qu'elle allait étouffer, et sa respiration était fort gênée; il n'y avait qu'un pouls filiforme avec des battements de cœur très tumultueux, mais sans bruit anormal. On s'empresse par tous les moyens de faire cesser cet état d'angoisse et de syncope; mais on voit la mort arriver au bout de vingt minutes.

A l'*autopsie* on trouve la saphène externe, ainsi que ses divisions principales, occupées par un caillot dur, consistant, noirâtre, plus ou moins adhérent aux parois rouges de la veine épaissie; ce caillot s'arrête brusquement au pli de l'aine, à l'endroit où la saphène profonde vient déboucher dans le tronc qui va devenir la veine iliaque gauche; cette saphène profonde est libre ainsi que toutes ses divisions; le sang qu'elles contiennent est complétement fluide, et il est évident que ce sont elles qui ont servi de passage au sang veineux du membre inférieur pour établir une circulation supplémentaire.

La veine iliaque est libre, blanche et parfaitement normale, le caillot s'étant arrêté au niveau du ligament de Poupart. La veine cave est parfaitement libre jusqu'à son entrée dans le cœur. Cet organe lui-même a les chairs un peu molles, friables, et de couleur feuille morte. Rien de notable, si ce n'est que l'oreillette et le ventricule droits contiennent une certaine quantité de sang parfaitement liquide, lequel s'écoule lors de l'incision du cœur, et laissent ces cavités parfaitement blanches et vides. Le ventricule gauche était également vide et contracté. Jusque-là on ne voyait rien d'anomal.

Mais en incisant l'artère pulmonaire, on la trouve remplie par un caillot qui, replié sur lui-même, était appliqué contre l'origine des deux divisions de l'artère, et occupait tout l'espace compris entre les valvules sigmoïdes et la bifurcation de l'artère; ce caillot était parfaitement libre dans le tuyau artériel auquel il n'adhérait aucunement. Les parois de l'artère pulmonaire, ainsi que tout l'endocarde, étaient d'une blancheur et d'un poli parfaits.

Le caillot lui-même, long de 15 centimètres, était parfaitement cylindrique, et le diamètre de ce cylindre était loin d'être celui de l'artère, puisqu'il a à peine un peu plus d'un centimètre. Il est aisé de voir qu'il ne s'est pas fait de la même manière que les concrétions qui se produisent quelquefois dans l'artère pulmonaire. Son apparence se rapporte mieux à la veine iliaque dont il a le calibre.

Il est rougeâtre, très consistant, complétement dur, et composé à l'intérieur de fibrine coagulée.

Les poumons sont pâles et presque exsangues. Il n'y a pas d'autre altération appréciable dans les organes. Les veines profondes de la cuisse et de la jambe avaient un volume normal; leur calibre était régulier, sans aucun renflement, et leur volume était à peu près égal à celui des veines profondes du membre inférieur droit, où il n'y avait pas de varices. Ces veines profondes étaient remplies de sang liquide.

Il n'est pas douteux que, sous l'influence du cours ascendant du sang veineux dans la veine iliaque, il n'y ait eu dans cette veine un caillot mobile qui la remplissait sans adhérer à ses parois; que sous une action quelconque ce caillot s'est séparé de celui qui occupait la crurale; que la malade étant horizontalement placée dans son lit, ce caillot n'ait cheminé vers le cœur, qu'il n'ait été de l'oreillette droite dans le ventricule droit, et de là dans l'artère pulmonaire, où, appliqué contre la bifurcation artérielle, il a arrêté en même temps la respiration et la circulation, et causé la mort brusque par asphyxie et par syncope.

---

soit en religion, soit en politique. Il frayait ouvertement avec les libéraux, ouvrait sa bourse à tous les réfugiés suspects, brillait par son absence dans les cérémonies du culte, souscrivait pour les écoles protestantes, citait les vers de Béranger, raillait les jésuites de robe courte, et manifestait tout son mépris pour les hypocrites. A l'hôpital même, dans ses conversations avec ses élèves, il ne savait pas se retenir. Il prétendait que le carillon de la cathédrale de Saint-Pierre, voisine de ses salles, troublait le repos de ses malades. On raconte même qu'un jour, pendant sa leçon, importuné par le bruit des cloches, il sortit de l'amphithéâtre et emmena ses auditeurs sur la promenade du Peyrou, où il termina sa clinique. On juge, d'après cela, quelle animosité nourrissait contre lui le parti royaliste. Le conseil des hôpitaux, indigné de sa conduite, n'aspirait qu'à se défaire de lui; mais il fallait un prétexte; car si de vagues accusations de tendance suffisaient pour briser de simples fonctionnaires, elles ne pouvaient atteindre un membre du haut enseignement, un professeur de Faculté, que le ministre seul pouvait révoquer.

Les choses en étaient là lorsqu'une armée française, commandée par le premier prince du sang, alla réprimer en Espagne le mouvement constitutionnel, et replacer ce beau pays sous le joug des moines. Un grand nombre de prisonniers espagnols furent dirigés sur Montpellier, et de là sur les villes du centre. L'hôpital Saint-Eloi, à la fois civil et militaire, recevait chaque jour beaucoup de soldats fiévreux ou blessés, qu'on évacuait le plus tôt possible pour faire place à leurs compagnons d'infortune. Les autorités militaires, ne voyant en eux que des victimes de la guerre, respectaient leur malheur et les traitaient avec humanité. Mais les autorités civiles en jugeaient autrement, et ne croyaient devoir aucune commisération aux ennemis de Sa Majesté Catholique. Lallemand s'était fait remarquer par sa générosité envers ces malheureux, à qui il fournissait des souliers, des chemises et de l'argent, en rendant les sœurs de l'hôpital complices de sa bienfaisance. On crut y voir une protestation contre l'expédition d'Espagne. Il n'aurait fait rien de semblable, disait-on, pour des soldats français! Il l'avait fait

Digitized by Google

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur la production des cellules du blastoderme sans segmentation du vitellus chez quelques articulés*, par M. *Ch. Robin*. — Le but de ce travail est de mettre en relief l'importance d'un ordre de faits restés jusqu'alors inconnus, et relatifs au mode de production de la membrane blastodermique.

Jusqu'à présent les observations existant dans la science ont toujours fait penser que les premières cellules de l'embryon apparaissaient d'une seule et même manière chez tous les animaux; que la segmentation du vitellus était un phénomène absolument général; qu'elle seule amenait la production de ces cellules, et que nul autre acte physiologique ne conduisait à ce résultat. Mais M. Robin a reconnu qu'il existe des animaux chez lesquels le vitellus ne se segmente pas, et pourtant leur ovule fécondé présente un blastoderme des plus nettement caractérisés, formé de deux ou plusieurs rangées de cellules superposées, d'abord ovoïdes, puis devenant polyédriques par pression réciproque. Ainsi le phénomène de la segmentation du vitellus, considéré jusqu'à présent comme un fait sans exceptions, ne s'accomplit pas dans l'ovule de certains articulés (Tipulaires culiciformes, Muscides); la production des cellules blastodermiques, qui en marque la fin dans le vitellus des autres êtres, a lieu chez ceux-là d'après un mode différent de génération des éléments anatomiques, celui dit de *gemmation*.

Ainsi la production des cellules animales par gemmation n'est pas un phénomène exceptionnel, un mode de génération de ces éléments restreint à quelques circonstances spéciales. Les observations contenues dans ce mémoire prouvent qu'il est chez les animaux plus général qu'on ne le pensait; il acquiert, en effet, chez certains d'entre eux une importance égale à celle de la segmentation du vitellus, phénomène dont la découverte eut un retentissement si légitime, alors que MM. Prévost et Dumas le firent connaître les premiers en 1824. (*Renvoi à l'examen de la section d'anatomie et de zoologie.*)

— M. *Rayer* présente, au nom de M. *Aug. Vinson*, un deuxième mémoire *sur l'ulcère de Mozambique*. (*Comm.* : MM. Serres, Rayer, J. Cloquet.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Analyse des gaz de l'emphysème général traumatique de l'homme*, par MM. *Demarquay* et *Ch. Leconte*. — Les auteurs de ce travail se proposent de compléter l'histoire physiologique de l'emphysème traumatique de l'homme, en communiquant à l'Académie une série d'analyses de gaz retirés du tissu cellulaire d'un homme chez lequel un emphysème très intense se développa à la suite d'une fracture de côte. Ce malade, qui est encore à la Maison municipale de santé, est en bonne voie de guérison.

Le gaz était recueilli à l'aide d'un trocart explorateur très fin, fixé à une vessie de caoutchouc dans laquelle on faisait exactement le vide. L'analyse était faite immédiatement sur le mercure; l'acide carbonique était absorbé par la potasse, l'oxygène par la solution alcaline d'acide pyrogallique. Le gaz non absorbé était considéré comme de l'azote.

Il résulte de ces expériences que dans l'emphysème de l'homme l'air atmosphérique se modifie exactement de la même manière que l'air injecté dans le tissu cellulaire des animaux. Il y a d'abord absorption d'oxygène, exhalation d'acide carbonique qui semble indépendante de l'oxygène disparu. L'azote forme à lui seul les neuf dixièmes du mélange; puis, pendant la résorption du mélange, l'oxygène augmente, et l'acide carbonique disparaît.

Si l'on fait abstraction de l'azote, on voit que l'oxygène et l'acide carbonique des gaz de l'emphysème se rapprochent beaucoup des rapports de ces gaz extraits du sang à l'aide du procédé imaginé par M. Claude Bernard, procédé qui, à raison de l'emploi de l'oxyde de carbone, s'oppose à la transformation ultérieure de l'oxygène en acide carbonique.

Les nombres signalés par MM. Leconte et Demarquay s'éloignent, au contraire, très notablement de ceux obtenus par Magnus pour les gaz du sang; mais il faut remarquer que dans le procédé de Magnus une partie de l'oxygène se transformait pendant l'expérience en acide carbonique, qui domine toujours de deux à cinq fois l'oxygène, même dans les gaz du sang artériel.

ANATOMIE PHILOSOPHIQUE. — M. *Flourens* donne lecture de l'extrait d'une lettre que lui adresse M. le professeur *Martins* (de Montpellier) sur l'*ostéologie comparée des articulations du coude et du genou dans la série des mammifères, des oiseaux et des reptiles*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Madin* (de Verdun), *Lemoine* (de Château-Chinon), *Judrin* (de Semur). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 et 1861 dans les départements du Var et de la Haute-Loire. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Le rapport de M. le docteur *Rieux* sur le service médical des eaux minérales d'Évian (Haute-Savoie) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire sur les anomalies congéniales de l'oreille

---

souvent, mais on avait intérêt à l'oublier. Enfin, l'arrivée du colonel Minusir fit naître l'occasion qu'on attendait depuis longtemps. Cet officier espagnol, atteint d'un coup de feu à l'épaule, demanda et obtint la faveur de rester quelque temps à Montpellier pour se faire extraire sa balle par Lallemand. Sur un premier certificat, le général lui permit de prendre une chambre à l'hôtel, et de la partager avec un gendarme; mais le lendemain de l'opération, pendant une hémorrhagie, il reçut du préfet l'ordre de partir pour Bourges ou de se rendre à l'hôpital; il échappa encore à cette alternative, grâce à un nouveau certificat de son chirurgien. Enfin, quelques jours après, on lui fit une seconde sommation plus pressante que la première. Cette fois Lallemand perdit patience, et déclara énergiquement par écrit que la pourriture d'hôpital régnait dans les salles des blessés, et que si le colonel, transporté malgré lui dans le foyer du mal, succombait à cet accident, sa mort serait un véritable assassinat! Le mot était brutal, même violent. On n'osa plus tourmenter le colonel; mais il n'en fallait pas tant pour donner prise aux ennemis de Lallemand. Le préfet s'émut, le maire s'indigna, le Conseil des hospices délibéra. Il ne fut plus question du colonel espagnol, parce qu'ici l'administration n'avait pas le beau rôle; mais calomnier à ce point la salubrité des salles! dire que l'hôpital est un foyer de putréfaction! Si c'était vrai, il fallait donc le dire il y quelques jours, lorsque Madame la duchesse d'Angoulême avait visité les salles. Il ne fallait pas exposer Son Altesse Royale à cette contagion funeste! — Et comme il n'y avait pas de médecins dans le Conseil pour expliquer que la pourriture d'hôpital est accident *des plaies*, que ce mot ne veut pas dire putréfaction, qu'on peut s'en servir sans calomnier personne, on déclara que « M. Lallemand était dans » une exaltation telle, qu'il y aurait *danger imminent* à laisser » dans les mains de ce médecin le soin des blessés ». En conséquence, on décida qu'il serait suspendu de ses fonctions jusqu'à ce que M. le préfet eût avisé à son remplacement définitif.

Cet arrêté fut pris le 13 novembre 1823. Huit jours après, Delpech fut chargé du remplacement provisoire; M. de Bonald,

Digitized by Google

interne, par M. le professeur *Michel* (de Strasbourg). (*Comm.* : MM. Velpeau, Robin et Bouvier). — *b.* La description et le modèle d'une nouvelle forme de speculum, par M. le docteur *L. Sandras*. (M. Robert, *rapporteur*.) — *c.* Une lettre concernant la pulvérisation des eaux minérales, par M. le docteur *Niepce*, médecin inspecteur des eaux d'Allevard. (*Commission des eaux minérales.*) — *d.* Une lettre de M. *Bouhier* (de Grancey-le-Château), accompagnant l'envoi d'un *Traité d'hygiène, de matière médicale*, etc., composé en latin par *Platine* (de Crémone) au XV[e] siècle, traduit en français par *messire Desdier Christol* (de Montpellier), et intitulé : *De l'honneste volupté et santé*. — *e.* Un pli cacheté adressé par M. le docteur *A. Durand* (de Bourg-la-Reine). (*Accepté.*) — *f.* Une lettre de MM. *Baillière et fils*, qui offrent à l'Académie une collection de thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Paris (de 1619 à 1792).

3° M. Charrière dépose le modèle d'un nouvel appareil d'éclairage laryngoscopique, construit sur les indications de M. le docteur *Mandl*.

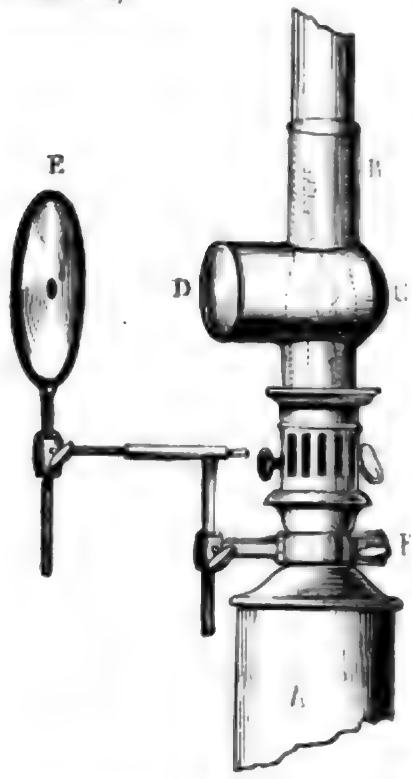
Cet appareil se compose d'un abat-jour cylindrique posé sur la lampe, et qui enveloppe la flamme de toutes parts.

Il se termine d'un côté par un miroir concave, de l'autre côté par une lentille convexe ; l'un et l'autre ont un diamètre de 10 à 12 centimètres, et sont placés de sorte que la flamme se trouve au foyer.

La lumière puissante que donne cet appareil, dont M. Mandl fait usage depuis dix-huit mois, est dirigée, à l'aide d'un miroir concave, dans la plaque où elle doit éclairer.

Le laryngoscope placé sous la luette, le miroir concave fixé habituellement sur des lunettes ou sur un manche placé entre les dents, se trouve maintenant supporté par la lampe elle-même à l'aide de trois branches qui permettent les trois mouvements.

L'observateur, complétement isolé de l'appareil d'éclairage, est alors entièrement maître de ses mouvements, comme on le voit par la figure.



A. Lampe qui sert de support au miroir.
B. Abat-jour qui enveloppe la flamme.
C. Réflecteur métallique interne et concave.
D. Lentille convexe.
E. Miroir concave qui dirige la lumière sur le malade.
F. Bague brisée pour fixer l'appareil sur la lampe.

4° MM. *Robert* et *Collin*, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un instrument destiné à faire des coupes très minces dans les tissus pour les étudier, par transparence sous le microscope.

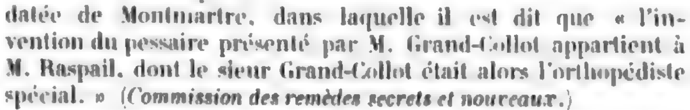
Cet instrument, dont une partie a été construite sur les indications de M. le docteur *Follin*, chirurgien des hôpitaux, permet de faire avec facilité et promptitude des sections de tissus végétaux ou animaux, normaux ou pathologiques, à $\frac{1}{100}$ de millimètre.

Les différents appareils construits déjà dans ce but, et en particulier le double couteau de Valentin, sont des instruments imparfaits qui ne font que des coupes inégales et souvent trop épaisses pour être convenablement examinées par transparence.

L'instrument construit par MM. Robert et Collin, et représenté ci-contre, donne des coupes d'une minceur extrême et d'une égale épaisseur. Il est formé de trois parties : 1° un pied D, large et lourd, de façon à donner une grande résistance à la base de l'instrument ; 2° une colonne B, dans laquelle glisse une tige mue par une vis micrométrique dont le parcours est indiqué par une aiguille qui tourne sur le cadran C. Cette tige est destinée à porter la pièce au-dessus de la boîte A ; la plate-forme F qui termine cette boîte est analogue à celle des microscopes, et l'on fait glisser un couteau mince et flexible G qui peut convenablement trancher à $\frac{1}{100}$ de millimètre les tissus qu'on dispose sur une tige de bois tendre, sur de la moelle de sureau, ou qu'on fait dessécher.

L'étendue de la boîte A peut être agrandie ou diminuée suivant qu'on écarte ou qu'on rapproche les deux vis EE. On peut, à l'aide des pièces H et I, qu'on dispose dans la boîte A, changer la forme de cette boîte et la transformer en un cylindre H ou un carré I.

Dans une certaine disposition de l'appareil, il est permis de faire des coupes très minces sans imprimer à la pièce une compression qui pourrait en altérer la texture. C'est ainsi qu'on peut faire facilement, et avec promptitude, des coupes excessivement minces de la rétine.



4° M. le docteur *Sales-Girons* adresse une lettre relative à la pénétration des poussières dans les voies respiratoires.

5° M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre anonyme, datée de Montmartre, dans laquelle il est dit que « l'invention du pessaire présenté par M. Grand-Collot appartient à M. Raspail, dont le sieur Grand-Collot était alors l'orthopédiste spécial. » (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Tardieu* fait hommage : 1° d'une brochure intitulée : *Lettres sur l'exercice de la médecine légale*, par M. le docteur *Louis Pénard ;* 2° du premier volume de la GAZETTE DES EAUX, au nom de M. *Germond de Lavigne*, rédacteur en chef.

M. *Roche* dépose sur le bureau une brochure ayant pour titre : *Accidents saturnins observés sur des ouvriers émailleurs*, par M. le docteur *Beaugrand*.

recteur de l'Académie, s'empressa de confirmer la sentence ; mais le Conseil royal de l'instruction publique siégeant à Paris pouvait seul la ratifier. L'instruction marcha lentement. Je laisse à penser combien de pieuses dénonciations furent adressées à M. de Frayssinous, grand maître de l'Université, qui, quelques mois auparavant, pour moins que cela, avait dissout la Faculté de médecine de Paris. On avait voulu engager dans cette affaire l'évêque de Montpellier. Mais ce vénérable prélat, qu'une piété sincère et éclairée tenait à l'abri du fanatisme, fit précisément le contraire de ce que l'on attendait de lui. Les religieuses de l'hôpital Saint-Éloi étaient allées le voir à l'insu de Lallemand, qui avait déjà quitté Montpellier. Elles lui avaient dit le dévouement de Lallemand pour ses malades, sa bienfaisance inépuisable, sa générosité, et comment il disposait en faveur des pauvres de l'argent gagné chez les riches. L'évêque, touché jusqu'aux larmes, se souvint alors de la parabole du bon Samaritain, et, jugeant qu'un incrédule charitable valait mieux qu'un orthodoxe égoïste, il écrivit à l'évêque d'Hermopolis que « des passions aveugles avaient tiré des imputations calom» nieuses d'un fait qui honorait au contraire le zèle et l'huma» nité de M. Lallemand ». Un pareil témoignage devait être d'un grand poids dans la balance ; le Conseil royal, d'ailleurs, ne tarda pas à comprendre que l'affaire du colonel Minusir n'avait été qu'un prétexte, et à démêler les véritables causes de la destitution du chirurgien de Saint-Éloi. Il refusa donc de ratifier la décision de M. de Bonald, et Lallemand, réintégré dans ses fonctions, rentra victorieusement à Montpellier, après une absence de dix mois.

Il fut accueilli avec acclamation par les élèves ; les libéraux de la ville lui firent une ovation, et lui firent savoir qu'il serait leur candidat lorsqu'on renouvellerait la chambre des députés.

Son premier soin fut d'aller remercier le digne évêque qui avait donné en sa faveur un si bel exemple de tolérance. Il fut reçu avec une bonté paternelle, et comme il exprimait le regret de ne pouvoir partager les croyances de son bienfaiteur, celui-ci

Digitized by Google

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Tardieu*, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel et général sur le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1859.

M. Tardieu définit les attributions et les devoirs de la commission dont il est le rapporteur, attributions et devoirs qui ne se bornent pas à reproduire devant l'Académie des observations plus ou moins importantes, plus ou moins bien recueillies, mais qui doivent consister surtout à éclairer l'autorité sur toutes les questions de nature à intéresser les progrès de la médication hydrothermale.

M. Tardieu insiste particulièrement sur la décadence dont est menacée l'inspection médicale en raison des abus consacrés par le décret de janvier 1860. « L'inspection des eaux minérales, dit M. le rapporteur, est en péril, et, avec elle, l'une des institutions médicales dont s'honore le plus notre pays. Si l'on en excepte quelques-unes des sources principales, que la vigilance de l'État, qui les possède, une notoriété séculaire, une impulsion puissante ou quelque autre circonstance particulière mettent à l'abri de toute fâcheuse atteinte, il est impossible de ne pas concevoir de justes motifs d'inquiétude sur l'avenir qui menace un grand nombre d'établissements. Tous les rapports qui ont été adressés à l'Académie pour l'année 1859 portent l'empreinte de ce sentiment, et en contiennent la vive et parfois éloquente expression. Pour les uns, la suppression possible du médecin inspecteur, résultat prévu du classement prochain des établissements; pour les autres, l'abaissement continu du chiffre des malades, que l'usage rendu libre des eaux minérales soustraira de plus en plus à l'observation médicale et à la statistique ; pour le plus grand nombre, l'absence d'autorité, d'où découlent inévitablement des difficultés sans cesse renaissantes entre les propriétaires des sources et les représentants de l'administration ; de l'autre, les conflits à tous égards déplorables d'une concurrence sans limite et sans mesure : tels sont les sujets d'appréhension que trahissent les documents que nous avons à examiner, tels sont les symptômes d'un mal profond sur lequel il appartient à l'Académie d'appeler la haute sollicitude de M. le ministre, sous peine de voir s'éteindre dans le découragement le zèle et l'ardeur de nos savants médecins inspecteurs, et tomber en ruine ceux de nos établissements d'eaux minérales que ne relèvera pas, chose plus honteuse encore et plus funeste cent fois à l'intérêt public, l'industrialisme, qui, sous tant de formes déjà, les convoite et les envahit. »

— M. *Devergie* aurait voulu que la commission formulât des propositions spéciales résumant le rapport de M. Tardieu, et destinées à appeler plus spécialement l'attention de l'administration sur certains points importants.

— M. *Tardieu* fait remarquer que ces points ont été mis suffisamment en relief dans le cours du rapport, et qu'il n'appartenait pas à la commission de prendre l'initiative de l'innovation réclamée par M. Devergie.

— M. *Larrey* annonce qu'un des jeunes médecins de l'armée, M. Guérin, s'occupe depuis longtemps d'un projet tendant à organiser un service officiel de bains de mer pour les soldats malades, comme il existe pour les eaux minérales. Il espère que cet utile projet ne tardera pas à recevoir une solution favorable.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur un mémoire de M. *Bernard*, ancien pharmacien, relatif à l'emploi thérapeutique de l'iode à l'état naissant.

— M. *Bussy* prétend, contrairement à une assertion contenue dans le rapport, qu'il n'y a aucune analogie entre l'iode séparé d'une de ses combinaisons, suivant le procédé de M. Bernard, et ce qu'on nomme en chimie *l'état allotropique* des corps.

— M. *Chatin* pense, au contraire, que l'iode à l'état naissant doit jouir de propriétés physiologiques sinon différentes, au moins plus actives que celles de l'iode à l'état ordinaire.

— M. *Poggiale* dit qu'il n'y a dans le moyen proposé ni un remède nouveau ni un remède utile. L'Académie, au terme même de ses règlements, n'a donc pas à statuer.

— M. *Bouley* demande que M. Poggiale dise à l'Académie pourquoi la première commission chargée d'examiner le travail de M. Bernard a cru devoir s'abstenir de faire un rapport.

— M. *Poggiale* répond que c'est parce que le remède a figuré pendant plusieurs mois à la quatrième page des journaux.

Après de nouvelles explications échangées entre MM. *Robinet*, *Boudet*, *Chatin*, *Poggiale*, *Fontan*, *Gibert* et *Bouley*, M. le président, sur la proposition de plusieurs membres, met aux voix les conclusions du rapport, qui sont rejetées.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

ICTÈRE HÉMORRHAGIQUE ESSENTIEL. — ATAXIE LOCOMOTRICE.

M. *Monneret* lit l'observation d'un nouveau cas d'ictère hémorrhagique essentiel, dont l'autopsie lui inspire quelques réflexions sur les lésions anatomiques que l'on attribue à cette affection. Tandis que les médecins français, à qui l'on doit la meilleure et la plus ancienne relation de l'ictère grave, sont restés dans une sage réserve quand il s'est agi d'expliquer la

---

le serra dans ses bras avec émotion, en lui disant : « Mon enfant, » je ne vous en veux pas de votre franchise ; je vous en estime » peut-être davantage. » Cette entrevue ne fut pas la dernière. L'évêque aimait la philosophie et les sciences ; la conversation vive et instructive de Lallemand l'intéressait au plus haut point ; mais, parmi les sujets qui excitaient sa curiosité, il y en avait un qu'il ne pouvait envisager sans effroi, c'était la phrénologie. Localiser les facultés, n'était-ce pas couper l'âme en morceaux, et plonger dans le matérialisme? Lallemand qui, au besoin, savait manier le paradoxe, lui démontra tant bien que mal que ses craintes étaient exagérées, et que la doctrine phrénologique n'excluait nullement le spiritualisme. Le prélat rassuré se mit à étudier les ouvrages de Gall, en demandant de fréquentes explications à Lallemand sur les points d'anatomie qu'il ne pouvait comprendre par lui-même. Finalement, convaincu que la phrénologie n'était pas incompatible avec la religion, il résolut de le dire en chaire. Il donnait de temps en temps des *conférences* sur divers sujets de philosophie, et il annonça à Lallemand que dans sa prochaine conférence il traiterait la question de la phrénologie. Celui-ci alla l'entendre, en compagnie d'un juif, d'un calviniste et d'un anglican, et se montra très satisfait des progrès de son éminent élève.

Ce fut un petit scandale dans le camp des libéraux. Il allait à l'évêché ! on l'avait vu à l'église ! il trahissait la bonne cause ! Lallemand, paraphrasant à son tour la parabole du Samaritain, jugea qu'un évêque tolérant et éclairé valait bien tel électeur à 500 francs qui ne savait pas l'orthographe. Il retourna donc chez l'évêque, mais on ne lui pardonna pas.

D'un autre côté, les capitaines de recrutement de la Congrégation, entraient en campagne pour attirer à eux un homme qui avait déjà le bout du doigt dans leur engrenage. Ne pouvant pas encore le mettre sur leurs listes, ils lui envoyaient convocation sur convocation. Il avait beau se plaindre à l'évêque, l'évêque avait beau blâmer ce zèle inconsidéré, la grêle continuait sans interruption. Un jour, pendant son déjeuner, Lallemand voit entrer chez lui un collecteur qui lui demande 15 francs. Il

Digitized by Google

maladie, les médecins allemands ont prétendu le faire par une atrophie particulière du foie. C'est là une de ces erreurs graves, qui n'auraient aucune espèce de succès si elles naissaient dans notre pays, et auxquelles on n'accorde d'importance qu'à cause de leur origine étrangère. Or, cette prétendue atrophie n'existait pas dans le cas présent, comme elle manquait dans plusieurs faits déjà relatés par M. Monneret, dans son travail antérieur sur l'ictère grave. Les mesures obtenues par la percussion pendant la vie, la mensuration et les pesées exactes de l'organe après la mort, montrent qu'au contraire il y avait hypertrophie positive du lobe gauche, et intégrité du lobe droit. L'examen microscopique n'a démontré qu'une déformation et une infiltration graisseuse des cellules hépatiques, mais celles-ci ne sont nullement détruites. Il n'y a pas plus de réalité, dans la prétendue vacuité de la vésicule biliaire, qui était au contraire distendue par une bile présentant ses réactions normales. Les autres lésions trouvées sur le cadavre ne peuvent non plus expliquer la nature de l'ictère grave; on peut seulement affirmer qu'il n'est pas dû à l'atrophie du foie. Un seul fait de ce genre suffit pour mettre à néant toutes les théories germaniques bâties sur l'atrophie aiguë. Les lésions de la cellule, les infiltrations de graisse, l'hypertrophie de l'élément celluleux se rencontrent à différents degrés dans les maladies du foie, et ne peuvent caractériser telle ou telle maladie. La rapidité des symptômes se concilie mal d'ailleurs avec les notions que nous possédons sur le grand acte pathologique qu'on nomme atrophie : or, l'auteur n'a jamais vu l'ictère grave dépasser la fin du second septénaire, et il faut que Frerichs et les auteurs allemands, qui étendent sa durée à quatre septénaires, aient commis quelque erreur de diagnostic. Un grand nombre d'ictères funestes ne sont pas des ictères graves hémorrhagiques essentiels. L'hypothèse d'une congestion atonique n'est pas plus admissible que celle de l'atrophie, puisque tous les symptômes de la congestion manquent. Une modification profonde de la nutrition de l'organe, fût-elle démontrée, ne suffirait même pas pour expliquer les phénomènes morbides, puisque la cirrhose, caractérisée par un changement bien manifeste dans la nutrition de cette glande, ne donne rien de semblable.

Il y a une altération commune à presque toutes les maladies qui lèsent la contexture du foie, c'est celle du sang qui amène la disposition aux hémorrhagies. Ce n'est pas la nature de la maladie, mais son siége, c'est-à-dire la fonction de l'organe hépatique qui prépare ce résultat. L'ictère grave, selon l'auteur, s'attaque bien plus à la fonction hématosique du foie qu'à sa fonction choléagogue. Le rôle de cette glande dans l'hémopoïèse est démontré par les différentes maladies qui peuvent y siéger. L'ictère grave, par sa rapidité, trouve surtout son analogue dans la fièvre jaune. En terminant, l'auteur déplore les tendances anatomo-pathologiques exagérées de ceux qui cherchent dans une lésion microscopique l'explication d'une des maladies les plus obscures de la nosologie.

Aux résultats anatomiques il ne faut pas oublier d'ajouter l'ensemble des phénomènes morbides. C'est pour avoir méconnu cette vérité qu'on a vu les mêmes lésions accusées tour à tour d'être les causes des maladies les plus différentes. Gardons-nous de retomber dans les aberrations de ceux qui ont placé dans la lésion des plaques de Peyer la cause de la fièvre typhoïde : substituer des altérations microscopiques aux lésions visibles à l'œil nu, ne serait que perpétuer cette erreur sous une autre forme.

M. *Barth* s'associe à la manière de voir de M. Monneret, sur les prétentions exagérées de l'anatomie pathologique microscopique, qui a dernièrement enfanté une *pathologie cellulaire*, au grand détriment des études cliniques et des traditions que nous ont laissées les recherches des anciens.

— La Société procède à la nomination d'une commission formée de MM. Béhier, Grisolle, Monneret, Potain et Roger, pour examiner les mémoires qui ont été présentés pour concourir au prix fondé par la Société.

— M. *Bourdon* lit un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches cliniques et anatomiques sur l'ataxie locomotrice progressive*. Rappelant le travail qu'il a présenté à la Société dans la dernière séance, au nom de M. *Duménil* (de Rouen), et dont nous avons rendu brièvement compte (Voyez Gazette hebdomadaire, 1862, n° 2), l'auteur fait remarquer que ces observations fournissent un nouvel appui aux idées qu'il a lui-même soutenues, il y a peu de temps, sur le siége des lésions de l'ataxie musculaire progressive. (Voyez Gazette hebdomadaire, 1861, n° 41, page 660, et *Archives générales de médecine*, novembre 1861, page 513.) M. Bourdon trouve encore une série de faits confirmatifs, observés en Allemagne par M. le professeur Friedreich (d'Heidelberg), et mentionnés au compte rendu de la trente-sixième réunion des médecins et naturalistes allemands, tenue cette année à Spire. (Voyez aussi Gazette médicale, 9 novembre 1861, page 703.) Grâce à ces faits, grâce à quelques observations nouvelles, M. Bourdon espère être en mesure de montrer que l'autopsie, qui avait été le point de départ de son premier travail, n'est plus aujourd'hui seulement une *autopsie d'attente*, comme le disait alors avec raison son savant collègue, M. le professeur Trousseau. Aujourd'hui, il n'est plus douteux que les désordres connus sous le nom d'*ataxie locomotrice*, répondent à une lésion des cordons postérieurs de la moelle et des racines postérieures.

Avant d'arriver à la démonstration du fait, M. Bourdon s'attache à bien préciser, au point de vue clinique, ce que l'on doit entendre par ces mots : *défaut de coordination*, ou *ataxie locomotrice*. Il ne s'agit évidemment pas des convulsions, ni de la chorée, ou des divers tremblements déjà bien connus,

---

paye sans regarder, sans même quitter la table, croyant qu'il s'agit de sa souscription annuelle pour l'école protestante. Mais bientôt, détrompé, il court après le collecteur, le rejoint au milieu de la rue, redemande impérieusement son argent, et biffe lui-même son nom sur la feuille. Cette scène fit du bruit, mais fut diversement rapportée.

Les congréganistes n'espérant plus, après cet éclat, l'attirer dans leurs rangs, racontaient qu'il était bien vrai que M. Lallemand n'était plus sur leurs listes, et ils montraient la feuille où il avait lui-même biffé son nom. — Il n'y est plus, disaient les autres, il y était donc? Basile ne répondait rien : se taire n'est pas mentir. Lorsque approcha l'époque de l'élection des députés, ces rumeurs furent habilement exploitées par le parti royaliste, qui avait tout intérêt à diviser les voix de l'opposition. Lallemand rétablit la vérité des faits dans une lettre imprimée adressée à *Monsieur l'évêque*. Personne n'eut rien à lui répondre, mais le mal était fait et sa candidature échoua.

Cet échec était peu de chose en soi; ses ennemis lui avaient même rendu un service signalé en l'écartant de la carrière parlementaire qui lui eût fait perdre sa brillante position dans l'enseignement et dans la pratique. Mais la calomnie lui avait fait une morsure qui devait saigner longtemps. L'aspect d'un homme qui, dans les flux et reflux de notre siècle, est toujours resté fidèle à son drapeau, humilie les faibles, les indécis, les habiles, les caméléons de toute espèce. Le nombre, hélas! en est bien grand, et c'est une consolation pour eux de pouvoir se dire qu'aucun autre n'est plus parfait qu'ils ne le sont eux-mêmes. Ils accueillent avec complaisance, sans le plus léger examen, un bruit qui a couru il y a trente ans, à deux cents lieues, au milieu des partis politiques, à propos d'une élection, et qui, démenti alors, reconnu faux et ridicule, reparait plus tard comme une tache d'huile, quand l'accusé n'est plus là pour se défendre. — Moi aussi, messieurs, j'avais entendu dire que Lallemand avait un jour fait un acte d'hypocrisie, qu'il avait avili son caractère en se faisant admettre, comme beaucoup d'autres incroyants, dans la trop célèbre Congrégation,

Digitized by Google

pas plus que de l'affection décrite nouvellement sous le nom de *paralysie agitante* : dans toutes ces maladies, les mouvements irréguliers existent même quand le malade veut rester en repos, tandis que ceux dont il est question ne se produisent que quand *il veut se livrer à un acte locomoteur*. Mais il est d'autres troubles de la fonction locomotrice plus difficiles à distinguer de ces derniers : tels sont ceux de quelques malades atteints de lésions du cervelet ; ceux-ci sont caractérisés par le manque d'équilibre, par des mouvements mal assurés, comme ceux d'un homme ivre, plutôt que par l'impossibilité de diriger leurs mouvements, qui est propre aux ataxiques : telle est encore l'inhabileté, la maladresse qui résulte de la paralysie de la sensibilité cutanée ; ce sont des phénomènes d'hésitation, qui n'arrivent pas aux véritables désordres de coordination. Ces derniers qui, depuis les travaux de Charles Bell, de MM. Landry et Duchenne (de Boulogne), ne peuvent plus être confondus avec les paralysies du mouvement, présentent deux formes bien distinctes selon qu'ils dépendent d'une paralysie du sens d'activité musculaire ou de ce qu'on a appelé l'ataxie locomotrice.

Les désordres provenant de la perte du sentiment d'activité musculaire consistent dans une sorte de tremblement, de vacillation dans les actes locomoteurs les plus simples, mais ces oscillations sont immédiatement arrêtées, et les mouvements sont rectifiés par le sens de la vue. Lorsque l'affection occupe les membres inférieurs, le malade est obligé pour marcher d'avoir exactement le regard fixé sur ses pieds ; dans l'obscurité, le malade peut perdre la possibilité d'exécuter le moindre mouvement. Ces désordres ne sont pas seulement dus à l'anesthésie musculaire, comme le voulait M. Landry. M. Bourdon admet avec Müller et M. Duchenne (de Boulogne), que tout mouvement est précédé d'une appréciation instinctive, dont le point de départ est au cerveau, et qui règle la quantité de force qui doit être produite en vue d'un acte donné. Cette détermination ne peut être le résultat d'une impression *reçue par le muscle*, puisqu'elle précède la contraction. C'est cette faculté que M. Duchenne a nommée *conscience musculaire* ou *aptitude locomotrice*, et que M. Bourdon nommerait *instinct locomoteur*.

Les troubles qui caractérisent l'ataxie locomotrice proprement dite, sont bien autrement prononcés, et persistent, presque complétement, même avec l'intervention de la vision. Si le malade veut marcher, ses jambes se projettent dans tous les sens comme celles d'un pantin ; les usages de la main sont plus ou moins empêchés : si le malade veut saisir un objet, les doigts s'agitent dans des directions différentes, et ont peine à converger vers cet objet. (Voyez le mémoire de M. Duchenne (de Boulogne.) Dans les observations rapportées par M. Bourdon, on voit notés des troubles de la coordination des muscles de la face, de la langue, du voile du palais, du pharynx et même du larynx. La face présente surtout un grimacement désagréable, dès que le malade éprouve une émotion ou dès qu'il veut parler. (Observations de M. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 32ᵉ livraison, page 19, et de M. Tessier (de Lyon), *Gazette médicale de Lyon*, 1861, p. 539.)

L'ataxie de la langue se traduit par un embarras de la parole, lequel ne tient pas à l'oubli des mots, mais à une irrégularité de contraction des muscles qui retarde ou rend incomplète l'articulation de certaines syllabes. Les désordres du palais et du pharynx amènent la dysphagie et le rejet des boissons par le nez. Enfin le désordre des muscles du larynx et des muscles respirateurs peut rendre la respiration et la parole faibles, entrecoupées et saccadées. Tous ces désordres se montrent exclusivement dans les mouvements composés, et les muscles, dont les mouvements sont si troublés dans leur coordination, conservent, d'ailleurs, leur force de contractilité, ce qui établit une distinction bien nette entre cette affection et la paralysie générale des aliénés. Au début de cette dernière affection, le diagnostic cependant peut être fort difficile quand le strabisme amaurotique et les douleurs fulgurantes propres aux ataxiques font défaut. Tous ces désordres ne semblent pas explicables seulement par la paralysie du sentiment d'activité musculaire, comme l'admet M. Landry, et avec lui MM. Becquerel et Monneret. Ce qui frappe particulièrement M. Bourdon, c'est le défaut de rapport qui existe entre cette paralysie et les désordres du mouvement. Si ces derniers étaient sous la dépendance de la première, il devrait y avoir une proportion directe entre les deux phénomènes, et l'anesthésie musculaire ne devrait jamais manquer quand les troubles de la myotilité sont très caractérisés : or, c'est ce qui a été observé chez plusieurs malades, notamment chez celui de M. Bourdon. Enfin ce fait, que l'intervention de la vue ne fait plus cesser les désordres, détermine l'auteur à admettre une ataxie locomotrice, indépendante de la paralysie du sens musculaire.

Cependant cette affection ne sera pas toujours la maladie progressive et fatale décrite par M. Duchenne (de Boulogne). Le même ensemble de symptômes peut survenir dans l'hystérie, la chlorose, les intoxications saturnine et alcoolique, au même titre que d'autres troubles nerveux observés dans ces maladies ; seulement, dans ces cas dont M. Duchenne admet la réalité, les accidents se bornent ordinairement aux désordres du mouvement.

Dans une observation présentée récemment à la Société d'hydrologie par M. le docteur Bourguignon, on trouvait en même temps de l'anesthésie cutanée, de la diplopie, du strabisme, de la dysphagie, des troubles de la phonation, des fourmillements, de la paralysie des membres, etc. ; mais ce cas mixte, où la guérison fut obtenue en quatre mois par l'hydrothérapie et l'électrisation, rentrerait plutôt dans la classe des

---

Si ces bruits calomnieux avaient eu le moindre fondement, vous n'entendriez pas aujourd'hui son panégyrique ! Qu'il me pardonne de m'en être ému, et d'avoir fait une enquête sur sa vie privée avant de me décider à vous parler de lui....

En 1845, Lallemand quitta Montpellier pour venir à Paris prendre possession d'un fauteuil à l'Académie des sciences.

— Le dimanche 26 janvier, à une heure, le docteur Auzoux a commencé son cours d'Anatomie humaine et comparée.

— Par arrêtés du 17 janvier 1862, M. Guitard est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Bordeaux (emploi vacant). M. Friant est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. le docteur Vincent, décédé.

— On lit dans le *Journal de médecine vétérinaire de Lyon* :

Un concours était ouvert le 4 novembre dernier, à l'École d'Alfort, pour la nomination d'un chef de service de clinique et de pathologie. Aucun candidat ne s'étant présenté, ce concours n'a pu avoir lieu, et la place reste vacante. Un autre concours a été ouvert à l'École de Toulouse, le 18 du même mois, pour une place de chef de service de physique, de chimie, de botanique et d'hygiène. Un seul candidat s'est présenté ; il s'est retiré au moment de subir la première épreuve, et ce concours, de même que le précédent, n'a pu avoir lieu.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a reçu douze mémoires pour le prix de la Société.

Les auteurs des mémoires nᵒˢ 11 et 12 ont omis de joindre au manuscrit un pli cacheté contenant à l'extérieur le titre et l'épigraphe, et à l'intérieur le nom et l'adresse ; ils sont priés d'envoyer au plus tôt cette note complémentaire à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société.

— A la suite d'un concours sur la question de la diphthérie, la Société médicale d'Indre-et-Loire a réservé le prix consistant en une médaille d'or, qu'elle avait proposée, et a décerné : 1° une médaille d'honneur en vermeil à M. Jardin, médecin à Vallignières (Gard) ; 2° deux mentions honorables, l'une à M. Chonnaux-Dubisson, médecin à Villers-Bocage (Calvados) ; l'autre à M. le docteur Hulin-Origet, de Chalonnes (Maine-et-Loire.)

Digitized by Google

ataxies locomotrices nerveuses, sans lésion anatomique appréciable des organes encéphalo-rachidiens.

Maintenant, l'ataxie proprement dite peut-elle être symptomatique d'une altération matérielle de ces organes? M. Bourdon en doute beaucoup pour le cerveau et le cervelet, en l'absence de toute autopsie probante. Il le croit, au contraire, fermement pour la moelle épinière, lorsque l'altération a pour siége les cordons postérieurs, la substance grise et les racines correspondantes, comme on le voit dans son premier mémoire et dans les observations de MM. Duménil, Cruveilhier, Hatin et Ollivier (d'Angers). Il croit de plus que des lésions, quelle que soit leur nature, produiront les mêmes troubles si elles occupent ce même siége. Les analogies des affections cérébrales et médullaires, où l'on voit des altérations très différentes produire, suivant leur siége, des hémiplégies ou des paraplégies bien déterminées, autorisent cette manière de voir. Une hémorrhagie, un ramollissement, une tumeur quelconque, peuvent devenir, par leur présence, par le travail inflammatoire qu'ils provoquent, ou par la simple compression qu'ils exercent, la cause de cette atrophie, de cette destruction des éléments histologiques de la moelle (cellules nerveuses et tubes nerveux), sur lesquelles insiste M. Bourdon.

L'ataxie locomotrice progressive, telle que M. Duchenne l'a décrite, est-elle le résultat d'une de ces lésions, ou bien une simple névrose? L'auteur n'hésite pas à se déclarer pour la première opinion. Une seule autopsie négative, celle du malade de M. Nonat, peut jusqu'à présent lui être opposée ; mais, dans ce cas, l'examen microscopique de la moelle n'avait pas été fait. Maintenant il resterait à prouver que la lésion de l'ataxie locomotrice progressive est toujours celle que M. Bourdon a, décrite, c'est-à-dire la dégénérescence avec atrophie des tubes nerveux, des cordons et des racines postérieures de la moelle, et une altération analogue des cellules nerveuses de la substance grise, altération que l'on retrouve, d'ailleurs, dans les nerfs moteurs de l'œil et qui existe aussi sans doute dans la papille du nerf optique, dont l'atrophie a été constatée à l'ophthalmoscope chez les ataxiques atteints d'amaurose. La marche lente et progressive de la maladie, ses complications paralytiques, sa terminaison toujours fatale, répondent bien à une lésion de ce genre, qui paraît due à un travail pathologique chronique et peu susceptible de réparation. Mais il n'existe encore que deux autopsies confirmatives appuyées sur l'examen microscopique : celle du premier mémoire de M. Bourdon, et un nouveau cas observé il y a quelques jours par M. Oulmont. Il faut donc attendre encore des faits plus nombreux pour dire si la lésion est toujours la même ou si elle ne coïncide pas avec d'autres altérations, et si, dans ce cas, la maladie aurait présenté une forme particulière ; enfin si les complications ordinaires de l'ataxie, telles que l'anesthésie cutanée et musculaire, sont dues à la lésion de telle ou telle région particulière.

Sur treize faits, dont deux avec examen microscopique, dont M. Bourdon analyse les observations, on a trouvé la même lésion des cordons, racines postérieures et substance grise de la moelle, dégénérescence gris jaunâtre, quelquefois rosée, avec aspect semi-transparent, gélatineux, et intégrité des cordons antérieurs, du cerveau et du cervelet, quelquefois lésion du nerf optique et des tubercules quadrijumeaux. Les symptômes ont été : le défaut de coordination des mouvements, avec amblyopie ou amaurose, et, dans quelques cas, douleurs fulgurantes ; ordinairement anesthésie de la peau. Celle des muscles n'a pas toujours été cherchée ; elle manque dans le fait de M. Oulmont et dans celui de M. Bourdon. Dans tous les cas, la force musculaire était conservée, et la marche de la maladie a été lente.

En résumant son travail, M. Bourdon pose les conclusions suivantes : 1° il existe une affection indépendante de la paralysie du sens musculaire, qu'on peut appeler *ataxie locomotrice simple*; 2° elle peut être liée à une foule de maladies nerveuses, asthéniques ou diathésiques, et exister sans altération matérielle appréciable des centres nerveux ; 3° le même trouble de la myotilité peut être symptomatique de lésions diverses occupant les cordons postérieurs de la moelle et les racines correspondantes ; 4° enfin un certain nombre d'autopsies permet de croire qu'une dégénérescence spéciale des éléments histologiques des mêmes organes, occupant la même région, et quelquefois les nerfs moteurs de l'œil et la papille du nerf optique, détermine une entité morbide spéciale, que M. Duchenne (de Boulogne) a décrite sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*. Ce dernier point doit encore être l'objet de quelques réserves.

D^r^ E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Nous avons reçu les cinq premiers numéros d'un journal bimensuel qui vient de se fonder à Saint-Pétersbourg sous la direction du docteur Georg Krich. Cette publication nouvelle nous semble combler une véritable lacune ; il existe déjà plusieurs feuilles médicales en Russie ; mais, rédigées dans la langue du pays, elles restent à l'état de lettres mortes pour la généralité des médecins. Aussi voyons-nous apparaître avec joie ce recueil périodique écrit en allemand, car il aura l'avantage de répandre parmi nous la connaissance de la littérature médicale russe, et de nous initier à l'état et aux progrès de notre art dans un pays avec lequel nous n'avons eu jusqu'ici que des relations trop restreintes. Nous sommes heureux, pour notre part, d'être les premiers à souhaiter la bienvenue à ce nouveau journal, et nous transmettrons exactement à nos lecteurs les principaux travaux qui y seront contenus. Dans les cahiers qui nous sont parvenus, nous trouvons deux documents intéressants dont nous voulons aujourd'hui faire connaître les principales conclusions.

D^r^ Jaccoud.

Sur l'étranglement interne par diverticule intestinal vrai, par Wenzel Gruber.

Ayant observé un exemple d'étranglement interne par diverticulum intestinal, l'auteur a rassemblé tous les faits analogues, et cette étude comparative lui a inspiré un travail plein d'intérêt sur une des variétés les plus rares de l'occlusion intestinale. Il s'est proposé surtout de déterminer le mécanisme de l'étranglement dans les cas où le diverticulum a son extrémité libre, et il est arrivé sur ce point à des conclusions un peu différentes de celles de Parise. Mais, quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur cette question, Gruber n'en aura pas moins rendu un grand service en réunissant et en rapprochant des observations qui sont pour la plupart restées inconnues en France. L'étranglement par diverticulum de l'intestin grêle présente, comme on le sait, deux variétés : tantôt l'appendice est adhérent par son extrémité périphérique, ce qui est le cas le plus fréquent (14 observations) ; tantôt le diverticulum est libre à son extrémité ampullaire, ce qui constitue, à proprement parler, l'étranglement par nœud diverticulaire. Le fait de Gruber appartient à cette dernière variété, ce qui porte à 7 le nombre des cas connus jusqu'à ce jour.

Dans cette observation, il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui avait toujours été en parfaite santé. Il est pris, le 8 mars 1861, de coliques et de constipation ; le 11, les vomissements apparaissent ; le 12 au matin, le malade entre à l'hôpital, et il meurt à midi et demi.

L'étranglement appartient à l'iléum ; il siége à 3 pieds 3 pouces 1/2 au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le diverticulum naît de l'iléum à 3 pieds 2 pouces environ au-dessus du cæcum ; il part de la paroi intestinale opposée à l'insertion du mésentère, se dirige de *droite à gauche* derrière le pédicule de l'anse incarcérée, puis revient vers son point de départ en croisant de *gauche à droite* la partie antérieure de ce pédicule. Arrivé là, le diverticulum s'introduit, comme un bouton dans

Digitized by Google

une boutonnière, entre le bord gauche de sa portion originelle et la racine étranglée de l'anse intestinale ; il se dirige alors en arrière, croise, en passant derrière elle, la première partie de son trajet, et se termine enfin par son extrémité libre dilatée en ampoule, à droite de sa première portion. En résumé, les deux premières parties de l'appendice, considérées ensemble, décrivent un anneau qui circonscrit un orifice transversalement ovalaire, dont le grand diamètre est d'un pouce, tandis que le petit ne mesure que trois quarts de pouce ; cet orifice a donné passage à une anse intestinale longue de 8 pieds 9 pouces (1).

(1) Il s'agit sans doute du pied de Russie, qui vaut 53 centimètres.

De l'examen des faits qu'il a rassemblés, l'auteur conclut que le diagnostic de l'étranglement diverticulaire est impossible pendant la vie, et que les signes indiqués par Parise n'ont pas une valeur absolue. La ponction de l'ampoule appendiculaire proposée par le médecin français permettrait certainement la réduction de l'étranglement; mais, comme l'a fort bien dit Malgaigne dans son rapport, il s'agit avant tout de reconnaître la lésion, et ce n'est pas chose facile. Quant au mécanisme de l'occlusion, Gruber diffère de Lévy et de Parise en ce qu'il regarde le diverticule comme *passif* au moment où l'étranglement a lieu ; il faut d'abord, suivant lui, que l'appendice ait formé une boucle; cela fait, c'est l'anse intestinale qui est seule *active* : elle s'introduit peu à peu dans l'orifice anomal, et, dès ce moment, le nœud est solidement maintenu par la dilatation de l'ampoule. (*Petersburger medicinische Zeitschrift*, 1861, n° 2.)

Anévrysme de l'aorte thoracique avec perforation de l'œsophage, par Wahl.

Nous consignons ici cette observation remarquable, parce qu'elle a donné lieu à une erreur de diagnostic dont il est bon d'être prévenu.

Obs. — *Un homme de trente*-cinq ans était arrivé à l'hôpital, souffrant de dyspnée et de toux ; à gauche l'expansion du thorax est diminuée ; il y a de la matité dans la région axillaire et en arrière; en haut et en arrière respiration prolongée, partout ailleurs de ce côté le bruit respiratoire fait absolument défaut. La matité précordiale dépasse le bord droit du sternum d'un travers de doigt environ. A la pointe, bruit de souffle systolique très intense; les tons de l'aorte sont purs, le deuxième bruit surtout est nettement frappé. Il n'existe pas de pulsations thoraciques ; le pouls qui est petit, à 120, n'est perceptible qu'à droite; il fait absolument défaut à gauche dans la sous-clavière, l'humérale, la radiale et la cubitale. Dysphagie assez considérable depuis quelques semaines. On porta le diagnostic suivant : *pleurésie gauche et insuffisance mitrale; rétrécissement peut-être cancéreux de l'œsophage; obstruction lente de la sous-clavière gauche*.

A l'*autopsie* aucune trace de pleurésie, hydrothorax gauche considérable ; le poumon gauche est exsangue, il n'est perméable à l'air qu'au sommet; les bronches sont remplies d'un mucus purulent épais. Le cœur a son volume normal; toutes les valvules sont saines. La sous-clavière gauche est oblitérée par un thrombus. Au niveau de son origine, sur l'aorte, commence un sac anévrysmal qui adhère aux corps vertébraux dont il a déterminé l'usure à une assez grande profondeur ; il se prolonge jusqu'à l'orifice aortique du diaphragme. Les parois du sac sont sclérosées, le contenu consiste en caillots épais disposés par couches. L'œsophage présente deux perforations au point même où il est croisé par l'aorte. De ce point jusqu'à l'extrémité inférieure du canal, les tuniques sont épaissies, et cette modification a porté surtout sur la musculeuse.

Dans les réflexions dont il a fait suivre la relation de ce fait, l'auteur examine ces deux questions : D'où vient qu'une lésion aussi grave n'ait donné lieu à aucun des signes physiques qu'on lui attribue? Comment cet anévrysme de l'aorte pouvait-il produire un ensemble symptomatique, qui justifiait si complétement l'idée d'une insuffisance mitrale?

Pour ce qui est du premier point, les pulsations sur le côté gauche de la colonne vertébrale ne peuvent se manifester que lorsque le sac s'accroît d'avant en arrière, et lorsqu'il a usé complétement les côtes, de façon à se mettre directement en contact avec les parties molles de la région thoracique postérieure. Wahl a rappelé à ce sujet les recherches intéressantes de Hammernjik (*Physiol. Pathol. Untersuchungen*, Prague, 1847), et il a montré qu'en raison de ses dispositions anatomiques dans le cas actuel, la tumeur anévrysmale ne pouvait déterminer aucune pulsation appréciable. D'un autre côté, la sclérose du sac rend très bien compte de l'absence d'un double bruit de claquement, puisque le premier de ces bruits est le résultat de l'expansion de la paroi, et que le second n'est autre que le deuxième ton prolongé des valvules aortiques. Or, le sac avait perdu toute élasticité, par conséquent toute faculté d'expansion, et, par suite de la présence des caillots, il ne pouvait plus *conduire* le deuxième bruit aortique. Quant au souffle systolique perçu au niveau de la pointe du cœur, il y a eu erreur de lieu : ce souffle était produit dans l'anévrysme, et l'auteur l'attribue au passage rapide du courant sanguin de la cavité anévrysmatique dans l'aorte abdominale, dont le calibre était resté normal. (*Petersburger Medicinische Zeitschrift*, 1861, n° 5.)

— Nous ferons remarquer en terminant que l'absence de claquements (nous ne disons pas *de souffles*) dans le fait précédent justifie, contre la théorie de Bellingham, la doctrine de Lyons et de Bamberger sur le mode de production des claquements dans l'anévrysme aortique. J.

Traitement de la coqueluche, par Wright.

L'auteur conseille la formule suivante :

Vin d'antimoine..............	20 gouttes.
Teinture d'aconit............	4 —
Fertrate de potasse et de fer....	0,40 centigr.
Eau distillée................	30 grammes.

Pour un adulte. On administre cette dose trois fois par jour et deux fois durant la nuit. Du reste on modifiera la formule selon les indications particulières de chaque cas. Si la toux continue, on augmente la proportion d'antimoine ; si les symptômes laryngiens prédominent, on donnera plus d'aconit. Enfin, si l'on a affaire à un enfant pâle et émacié, ce sera le fer dont on devra accroître la dose. (*The Lancet*, 1861 ; *Revue médicale française et étrangère*, 15 décembre 1861.)

Argyriasis avec dépôt métallique dans les intestins, le foie, la rate et les reins, par Frommann.

Un épileptique avait pris pendant neuf mois du nitrate d'argent d'abord à la dose de 75 milligrammes par jour, puis il était arrivé à la dose quotidienne de 50 centigrammes. Au bout de quatre mois de traitement, la surface cutanée avait pris une coloration grisâtre; il y avait de l'insomnie, des vomissements, des douleurs gastriques. Le malade succomba aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire. — La muqueuse intestinale était criblée de petits granules pigmentaires noirs que l'on retrouva également dans la rate, dans le foie, dans le rein. L'analyse chimique a montré que les granules du foie contenaient 9 milligrammes de chlorure d'argent; 8 grammes de substance rénale desséchée renfermaient 7 milligrammes de chlorure d'argent.

En rapportant ce fait intéressant, l'auteur a pour but de montrer la nécessité d'une extrême réserve dans l'administration du nitrate d'argent à hautes doses. (*Presse médicale belge*, 1861.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie interne, par le professeur Grisolle, 8e édition; 2 vol. in-8°, chez Victor Masson et fils.

M. Grisolle se présente si fréquemment devant le public une nouvelle édition de son *Traité* à la main, que la critique se lasserait de le suivre, si elle ne recevait du succès même de l'ouvrage, et surtout d'un ouvrage plein de mérite, l'obli-

Digitized by Google

gation d'en signaler les modifications successives et les retranchements ou additions. Cette fois moins que jamais, il nous est permis de nous abstenir. De toutes les éditions, la huitième, que publie aujourd'hui M. Grisolle, est assurément celle qui a été le plus remaniée et le plus agrandie. Quand on la confronte au hasard avec la précédente, ainsi que nous avons pris la peine de la faire, on rencontre à chaque instant des passages destinés, les uns à compléter l'historique de la maladie, les autres son histoire naturelle; ceux-ci à jeter un nouveau jour sur une question d'étiologie ou de pratique, ceux-là à rendre l'expression d'une opinion plus nette ou plus réservée. Mais ces changements sont peu de chose à côté de la refonte presque complète de certains chapitres, et de la description de maladies, au nombre de dix-sept, qui n'avaient pas figuré dans les éditions antérieures. Nous remarquons que M. Grisolle a supprimé un mot dans son ancien titre. Son *Traité* n'est plus *élémentaire*. L'adjectif, en effet, commençait à devenir par trop modeste, et personne ne s'étonnera de le voir retranché.

Les articles qui ont subi des modifications considérables sont relatifs aux affections suivantes : Fièvre typhoïde, variole, rougeole, congestion utérine, muguet, stomatite mercurielle, stomatite ulcéreuse, angine couenneuse, gastrite ulcéreuse, croup, péritonite, phlegmon péri-utérin, hématocèle rétro-utérine, empoisonnement par le phosphore, empoisonnement par l'iode, empoisonnement alcoolique, empoisonnement putride, maladies vénériennes, œdème douloureux, cancer des poumons, ténia, acéphalocystes, parasites végétaux, dyspepsie, migraine, goutte comparée au rhumatisme, etc.

Quant aux descriptions nosographiques nouvelles, elles concernent la métrite interne, l'hémorrhagie méningée rachidienne, les empoisonnements par le chloroforme et par le sulfure de carbone, la syphilis viscérale, les contractures éphémères, l'ataxie musculaire locomotrice, la paralysie du nerf radial, les paralysies rhumatismales, les paralysies consécutives, les paralysies essentielles à marche aiguë, les paralysies essentielles de l'enfance, la paralysie progressive des lèvres, du voile du palais et de la langue, l'état nerveux, le vertige nerveux, l'exophthalmie et l'ictère grave.

En parcourant cette double liste, les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE reconnaîtront peut-être avec satisfaction qu'elle comprend un grand nombre d'états pathologiques sur lesquels nous avons appelé particulièrement l'attention dans ces derniers temps : notamment la cachexie exophthalmique, l'ictère grave, le ténia, les acéphalocystes, les paralysies consécutives, etc. On sera d'abord étonné de n'y pas rencontrer d'autres états morbides étudiés avec un grand soin depuis quelques années, et que nous avons également cherché, pour notre compte, à mettre en lumière : par exemple, l'*embolie*, la *laryngite typhoïde*. Mais ce n'est pas oubli de la part de l'auteur. Il est parlé de l'embolie au sujet des concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux; et les ulcérations typhiques du larynx sont mentionnées à l'article *Fièvre typhoïde*. M. Grisolle, à la vérité, n'accorde pas à l'étude de l'une et de l'autre de ces deux lésions tous les développements qu'elle eût pu comporter. L'embolie ne survient pas seulement par la migration de caillots sanguins, et il a été publié, en France et à l'étranger, sur le mode de production, sur la marche spéciale et sur les caractères anatomiques de la laryngite typhoïde, des travaux que nous aurions aimé à voir mentionner. Mais, en général, les chapitres nouveaux du TRAITÉ DE PATHOLOGIE se distinguent, comme le livre tout entier, par l'exactitude des citations, la vérité du tableau nosologique et la constante justesse des appréciations. Sans vouloir en donner une analyse même succincte, nous croyons les caractériser avec exactitude en disant qu'ils sont conçus dans un esprit clinique dont la sagesse sait soustraire aux incertitudes naturelles d'une physiologie pathologique en travail des questions que la physiologie a néanmoins posées, et doit faire mûrir un jour sur le terrain de la pratique.

A. DECHAMBRE.

VI

VARIÉTÉS

On parle d'une démarche faite par une commission de la Faculté de médecine de Paris auprès de M. le ministre de l'instruction publique pour lui soumettre une combinaison destinée à rétablir les avantages du concours pour la nomination des professeurs, sans nuire au droit actuel de l'administration. En d'autres termes, le ministre nommerait le professeur sur une liste de candidats, mais cette liste serait dressée par la Faculté après un concours. Celui-ci subirait certaines modifications que nous croyons connaître, mais que nous nous dispenserons quant à présent de spécifier.

— Dimanche dernier, 26 janvier, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine la réunion générale de l'Association des médecins du département de la Seine, où l'on a entendu un excellent rapport de M. Orfila, secrétaire général. Il résulte du dernier rapport du comité des fonds que l'avoir consiste en un capital produisant près de 10,000 fr. de rentes, sans compter la fondation Moulin, consistant en une bourse fondée au collége Saint-Louis pour le fils d'un médecin.

— L'administration des hôpitaux de Paris vient de perdre un de ses membres les plus distingués et les plus honorés, dans la personne de M. Partout, directeur de l'hospice de la Salpêtrière.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a mis au concours pour les années 1862 à 1864 les questions suivantes :

Première question. — « Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches, la formation des globules du sang. »

Prix : une médaille de 1500 fr. — Clôture du concours, 15 juin 1864.

Deuxième question. — De l'opium dans la pratique obstétricale, en se basant sur des faits cliniques et en envisageant la question au point de vue de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement à terme, de la délivrance, des couches, etc. »

Prix : une médaille de 600 fr. — Clôture du concours, 15 juin 1863.

Troisième question. — « Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement par de nouvelles expériences les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire. »

Prix : une médaille de 500 fr. — Clôture du concours, 20 octobre 1862.

Quatrième et cinquième question. — Deux prix d'encouragement, de 300 fr. chacun, seront décernés aux auteurs des deux mémoires manuscrits sur la médecine pratique ou la thérapeutique appliquée que l'Académie aura reçus avant le 15 juin 1863, et qu'elle aura d'ailleurs jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à concourir pour ces prix.

Sixième question. — Un prix de 500 fr. sera décerné au médecin qui aura transmis, avant le 15 juin 1863, un travail inédit réellement utile pour élucider les causes ou améliorer le traitement des maladies auxquelles des ouvriers travaillant dans l'intérieur des houillères de notre pays sont particulièrement exposés.

Ce prix est créé au nom de la commission administrative des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi.

— M. Chapuis, second médecin en chef de la marine à la Guyane française, a été nommé premier médecin en chef dans la même colonie.

— La liste de souscription pour le monument à élever à notre ancien collaborateur et ami M. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, vient d'être close; elle comprend 324 souscripteurs. On a réuni dans un même volume les différentes notices publiées à l'occasion de sa mort, et une photographie, due au talent artistique de M. le docteur Kœberlé, qui reproduit d'une manière frappante la physionomie si animée et si expressive de l'illustre professeur. (*Gazette des hôpitaux*.)

La Table et les Titres de la GAZETTE (1861), seront distribués à Paris et expédiés par la poste le mardi 4 février.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 7 FEVRIER 1862. — N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur l'hygiène hospitalière. — Phlegmon du ligament large ; abcès iliaque ; psoitis. — II. **Revue clinique.** Pathologie externe. Cancroïde récidivé occupant toute la lèvre inférieure et les deux commissures. — Extirpation ; cheiloplastie, modification nouvelle du procédé opératoire. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Sur la non-identité du chancre et de la syphilis. — Observation de paralysie d'une des cordes vocales. — Sur les ecchymoses sous-pleurales comme signe médico-légal. — Extirpation du rein pour un cancer encéphaloïde. — V. **Bibliographie.** Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Lisbonne en 1857. — Anatomie pathologique et symptomatologique de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle en France et à l'étranger.

I

Paris, 6 février 1862.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE ; ABCÈS ILIAQUE ; PSOITIS.

La discussion sur l'hygiène hospitalière est enfin reprise ; elle a amené mardi dernier à la tribune MM. Renault et Devergie, ainsi que M. Bonnafont, membre correspondant ; et notre collaborateur, M. Le Fort, dont le nom est si souvent prononcé dans ce débat, a adressé une nouvelle lettre à l'Académie. L'intervention de la GAZETTE HEBDOMADAIRE dans l'importante question qui agite en ce moment le corps médical et l'administration des hôpitaux a été assez active jusqu'ici pour qu'elle ne soit pas pressée de présenter ses dernières remarques. Nous attendrons donc une autre séance.

L'Académie a entendu deux lectures : l'une de M. Fonssagrives (de Brest), l'autre de M. Danet. Les idées judicieuses de M. Fonssagrives sur le rôle de l'inflammation dans la phthisie sont déjà connues de nos lecteurs (t. VI, p. 783, et VII, p. 667) ; et nous analyserons plus loin le mémoire de M. Danet. Ces deux travaux d'ailleurs seront l'objet de rapports qui ramèneront sur eux l'attention. Enfin M. Demarquay a annoncé qu'il avait pratiqué l'ovariotomie pour un kyste multiloculaire sur une jeune fille de dix-neuf ans. MM. Nélaton et Trousseau ont été invités à suivre les résultats de l'opération, pratiquée depuis quarante-huit heures, et dont l'issue seule pourra faire apprécier l'importance.

A. D.

Dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n°s 3 et 5) vient d'être publié le remarquable rapport de M. le docteur Bauchet sur un travail de M. le docteur Collineau, ayant pour titre *Abcès de la fosse iliaque*. Nous avons pensé que, à la suite de ce rapport, il ne serait point sans intérêt de rappeler quelques-unes des considérations cliniques auxquelles a été conduit M. le professeur Trousseau, par l'étude comparée de deux observations d'abcès iliaque. De cette étude, il ressort que les symptômes du

---

FEUILLETON.

Revue professionnelle en France et à l'étranger.

SOMMAIRE. — Un mot à l'UNION MÉDICALE ; question de principe. — Projet de rétablissement du concours à la Faculté de médecine de Paris. — *Suite et non fin* de l'affaire Pamard. — Responsabilité médicale : cas divers ; différence entre la France et l'étranger. — Une place vacante à *Ophthalmic Hospital*. — Médecins rayés du *Medical Register* par suite de condamnations judiciaires. — Qui veut connaître le sexe de son enfant avant la naissance ?

Nous ne nous croyons pas si coupable que le prétend L'UNION MÉDICALE pour avoir inséré la lettre du docteur Kerdakivillec, relative à la correspondance de ce journal avec notre confrère M. Mougeot. La doctrine exposée à cette occasion par M. Latour nous paraît même, à ne lui rien céler, assez singulière. Nous aurions dû refuser un *factum* pseudonyme qui mettait en scène un de nos collègues de la presse, et notre correspondant, pour ce fait, est déclaré par antiphrase peu courageux.

Notre collègue nous permettra-t-il de lui dire qu'il se flatte peut-être en supposant que notre correspondant ait besoin de courage pour combattre visière levée sur le terrain de la philosophie médicale ? On en peut douter à l'esprit qui brille dans la lettre et au savoir qui s'y laisse deviner. La signature est-elle réelle ? Nous ne le croyons pas nous-même. Mais où est le crime ? L'UNION MÉDICALE accepte-t-elle l'usage du pseudonyme dans la polémique ? Oui, puisqu'elle s'en sert une ou deux fois par semaine. Pourquoi n'en veut-elle pas dans cette circonstance ? Parce qu'on s'attaque à elle, ou, d'une manière plus générale, parce qu'on s'attaque à un rédacteur de journal. Mais qu'est-ce, de grâce, que cette aristocratie d'un nouveau genre ? Depuis quand le journaliste est-il affranchi des conditions ordinaires de la polémique, et comment les usages qu'il crée lui-même, bons pour le public, sont-ils blessants pour lui ? Le mal vient-il de ce que la lettre, mettant en cause un journal, a été accueillie par un autre journal ? Mais où voulez-vous qu'une lettre soit publiée, si ce n'est dans une

psoïtis appartiennent surtout à la lésion du nerf crural, et non pas, comme on le croit généralement, à la lésion du muscle psoas iliaque.

OBS. — Une femme de trente-cinq ans, accouchée le 30 août 1861, était restée à l'hôpital des Cliniques jusqu'au 18 septembre, présentant de la douleur dans la région de l'hypogastre. Elle quitta cet hôpital malgré les recommandations du chef de service, et fut obligée, chez elle, de garder le lit jusqu'au 5 octobre, époque à laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 5. On constata alors l'existence d'un phlegmon du ligament large du côté droit; bientôt il y eut abcès, et le travail inflammatoire envahit la fosse iliaque correspondante. Vers les premiers jours de novembre, les urines laissaient déposer une grande quantité de pus; il parut très probable qu'une fistule avait établi une communication entre l'abcès du ligament large et la cavité de la vessie.

Cependant l'inflammation de la fosse iliaque marchait toujours, et vers le milieu de novembre, on put reconnaître une tumeur très manifeste tendant à descendre vers le ligament de Fallope. En même temps survinrent des douleurs très vives dans la région iliaque et dans tout le membre inférieur; la moindre pression sur la tumeur, le plus petit mouvement imprimé au membre inférieur déterminaient des douleurs extrêmes. La douleur était continue, et se réveillait par paroxysmes plusieurs fois par jour; alors la malade poussait des cris et troublait le repos des autres malades.

La tumeur iliaque faisait saillie immédiatement au-dessus du ligament de Fallope; la fluctuation était évidente en ce point; mais comme les urines continuaient par intervalles à présenter un dépôt purulent, on espérait que peu à peu le foyer iliaque se viderait par la vessie. Il n'en devait point être ainsi. Les douleurs étaient toujours extrêmes, paroxystiques; le membre inférieur, depuis plusieurs semaines, avait pris la position décrite dans le psoïtis, c'est-à-dire que la cuisse était légèrement fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse, et tout le membre, soutenu par les coussins, était dans une légère rotation en dehors. La fièvre était continue, le pouls petit, fréquent, avec redoublement de fréquence chaque soir; il y avait des sueurs profuses nocturnes, et comme la malade s'affaiblissait de jour en jour, M. Trousseau pria M. Robert d'ouvrir l'abcès iliaque. L'incision fut faite au-dessus du ligament de Fallope, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, à 4 ou 5 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure; à peine avait-on incisé la peau, qu'un flot de pus verdâtre, non fétide, bien lié, sortit en abondance, puis le pus devint sanglant.

Le lendemain de l'incision, 10 décembre, il y avait un mieux relatif, la malade avait un peu dormi. Le pus mêlé de sang qui continuait à s'écouler de la plaie n'avait aucune fétidité. On veut relever les forces de la malade par un régime convenable. Mais, le 12 décembre, la fièvre redouble, la muqueuse buccale se recouvre de plaques de muguet, la déglutition devient difficile, très douloureuse, puis impossible. En même temps, la voix est nasillarde, d'une faiblesse extrême; la respiration s'embarrasse, les bronches s'engouent, et la malade succombe le 13 décembre, c'est-à-dire quatre jours après l'ouverture de l'abcès iliaque. La malade, dans les derniers jours, n'avait point présenté les symptômes de l'infection purulente.

L'*autopsie* est faite le 15 décembre. La masse intestinale est enlevée avec soin, afin de pouvoir bien étudier les rapports de l'abcès iliaque. Nous constatons alors un vaste abcès de la fosse iliaque, abcès sous-aponévrotique, au milieu duquel baignent le muscle psoas iliaque, les vaisseaux iliaques et le nerf crural. Une assez grande quantité de pus occupe la cavité de l'abcès, cavité circonscrite par du tissu cellulaire induré et l'aponévrose iliaque. Cet abcès a pour limite supérieure le bord de l'os iliaque; puis, inférieurement, il présente une ouverture qui est celle faite par le chirurgien au-dessus du ligament de Fallope. Mais au-dessous de l'arcade crurale, l'abcès avait deux prolongements : l'un, qui suivait le muscle psoas jusqu'à son insertion sur le petit trochanter; l'autre suivait le nerf crural. La fusée purulente, qui suivait le tendon charnu du psoas, avait envahi l'articulation coxo-fémorale, qui était ouverte et remplie de pus; la tête du fémur était dénudée de son cartilage. La fusée, qui avait suivi le trajet du nerf crural, s'arrêtait à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'arcade fémorale. Le nerf crural baignait dans le pus; son névrilème était d'une couleur noirâtre. Les vaisseaux fémoraux étaient libres au milieu de l'abcès, ils étaient entourés d'une gaîne de tissu cellulaire induré; l'artère ne présentait point d'altération notable; la veine renfermait des caillots cruoriques de nouvelle formation, non adhérents, et qui n'avaient en aucun temps apporté de gêne à la circulation veineuse. La veine cave inférieure était indemne de toute altération.

Nous avons fait remarquer que l'articulation coxo-fémorale était profondément altérée par le travail de suppuration; de même la symphyse sacro-iliaque droite; elle était ouverte, pleine de pus, et les surfaces articulaires étaient le siége d'un travail inflammatoire manifeste. L'abcès du ligament large, qui avait été très probablement le point de toutes ces altérations pathologiques, n'offrait plus de communication directe avec l'abcès iliaque; les feuillets du ligament large étaient très épaissis, et l'utérus presque accolé à la paroi droite du petit bassin par le fait de la rétraction que les tissus malades avaient subie après l'évacuation du pus par la fistule vésicale.

L'étude clinique avait conduit à supposer une fistule vésicale. L'examen nécroscopique devait retrouver l'ouverture de communication entre l'abcès du ligament large et la cavité de la vessie. Après avoir détaché tous les organes compris dans l'excavation pelvienne, nous ouvrîmes la vessie par la partie supérieure et antérieure, afin de bien examiner les parois de ce réservoir. Alors il nous fut permis de constater l'existence d'une fistule vésicale communiquant encore avec l'ancien foyer du ligament large. Cette fistule occupait la partie latérale droite du bas-fond de la vessie, à 3 ou 4 centimètres en arrière de l'orifice de l'uretère droit.

L'utérus, le vagin et le rectum, examinés avec soin, ne nous montrèrent aucune autre communication de l'abcès avec leurs cavités. Ces organes n'offraient point d'altération. Le muscle psoas iliaque était en contact immédiat avec le pus, mais ses fibres ne présentaient point d'altérations organiques; les fibres musculaires superficielles avaient seulement une coloration verdâtre due au contact du liquide purulent; étudiées au microscope, ces fibres offraient la structure normale des muscles striés.

Les poumons étaient engoués, sans trace de phlegmasie. Les sommets renfermaient quelques amas tuberculeux ramollis. Dans le foie, de même que dans les poumons, il n'existait point traces d'abcès métastatiques. A la surface du foie, on constata par places de petites taches jaunâtres de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à contours irréguliers. Au niveau de ces taches, le microscope dévoila la présence de globules graisseux plus abondants que dans les cellules des autres parties du foie. La rate était petite, non ramollie; les veines avaient la coloration, la forme et la texture normales.

L'exposé clinique de cette observation et les détails anatomiques dans lesquels nous sommes entré, nous semblent présenter une telle harmonie qu'il serait presque superflu de faire ressortir par des remarques étendues l'accord parfait de la sym-

feuille *publique?* La question reste toujours la même, et du moment où le pseudonyme est reconnu licite, il faut bien admettre qu'on lui donne asile quelque part.

Quant à la substance même de la lettre, on n'y trouverait pas un mot qui portât sur autre chose que des opinions doctrinales. Conséquemment, en montrant tant de mauvaise humeur, M. Latour s'expose à laisser croire qu'il s'est senti blessé ailleurs que dans sa dignité. Quand on a trouvé le moyen d'être *tolérant* en vitalisme, il serait bien aisé de l'être en *polémique scientifique*. Qui peut le plus peut le moins. M. Pidoux montrera, nous l'espérons, une inconséquence d'un autre genre et plus généreuse. Peu enclin à la tolérance en matière de doctrines médicales, — nous le louons d'un sentiment inspiré par une profonde conviction, — il supportera tranquillement une opposition légitime. « Nous ne savons ce que fera M. Pidoux », dit l'UNION MÉDICALE. Eh bien, nous, nous croyons le deviner. M. Pidoux ouvrira son introduction au traité de thérapeutique, ou tel autre de ses écrits : il y rencontrera les termes les plus vifs, et parfois les plus amers, sur les doctrines de fort honnêtes gens de ce temps-ci, et il trouvera dès lors assez douce l'épître de notre Bas-Breton.

— La nouvelle que nous avons donnée d'une démarche faite par la Faculté de médecine auprès de M. le Ministre de l'instruction publique, dans le but de provoquer le rétablissement du concours, a mis en quelque émoi la presse médicale; et un journal, en critiquant ce qu'il croit savoir du mode projeté, expose tout un plan d'épreuves dont l'adoption le déterminerait à « féliciter sincèrement la Faculté ». N'ayant ni autant de ressources d'esprit ni autant de confiance en nos vues, nous attendrons, pour examiner cette question délicate, qu'elle ait fait un pas de plus; nous croyons seulement pouvoir dire à notre honoré confrère que, sur plusieurs points de son programme, il en sera vraisemblablement réduit à mettre ses compliments en réserve. Sa *deuxième épreuve* notamment, consistant dans la production d'un « programme imprimé du cours

Digitized by Google

ptomatologie avec des lésions anatomiques ; qu'on nous pardonne cependant de rappeler les faits principaux, et d'établir pour ainsi dire leur physiologie pathologique.

Que voyons-nous ? Une femme récemment accouchée, affectée d'un phlegmon, puis d'un abcès du ligament large. Le travail inflammatoire s'étend, par voie de continuité, au tissu cellulaire du petit bassin et de la fosse iliaque. L'abcès du ligament large se vide dans la vessie, tandis que l'abcès iliaque sous-aponévrotique fait de profonds ravages, il pénètre dans la symphyse sacro-iliaque, puis, cherchant à se forer une issue, il dissèque le nerf crural, fait saillie au-dessus du ligament de Fallope, après avoir disséqué le *facies superficialis* de la paroi abdominale antérieure. C'est là que le chirurgien porta son bistouri ; mais déjà l'abcès avait fusé au-dessous de l'arcade crurale, en suivant le nerf crural, et le muscle psoas jusqu'à son insertion trochantérienne ; chemin faisant, il gagne l'articulation coxo-fémorale et dénude le cartilage de la tête du fémur.

Voilà les faits principaux, et, pour quiconque voudra se rappeler la disposition anatomique de ces régions, il sera facile de comprendre la marche du travail inflammatoire. Les connexions de l'utérus, du ligament large et du bas-fond de la vessie, par l'intermédiaire du tissu cellulaire qui les unit, expliquent l'ouverture de l'abcès du petit bassin dans la vessie. Quant à l'abcès iliaque, sa marche, sa tendance à fuser vers les régions indiquées, sont si fréquentes qu'elles pourraient être prévues ; mais il n'en est pas moins remarquable de voir le travail inflammatoire étendre ses ravages vers les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.

Les graves altérations articulaires suffiraient à elles seules pour nous expliquer les douleurs éprouvées par la malade ; tout mouvement était devenu un affreux supplice ; et si l'on n'a point oublié que le nerf crural avait été disséqué par le pus, que plusieurs de ses filets détachés par le travail inflammatoire du faisceau nerveux, nageaient dans le pus, n'aura-t-on pas *encore une explication plus* satisfaisante de l'acuité des douleurs qui s'irradiaient dans tout le membre inférieur, et se manifestaient avec le caractère paroxystique si remarquable dans les lésions nerveuses ?

Enfin cette altération du nerf crural n'était-elle pas la raison pathologique des symptômes que nous avions observés, et que l'on attribue ordinairement au psoïtis, et si nous remarquons que le muscle psoas iliaque, dans notre observation, n'était point altéré par le travail inflammatoire, ne serons-nous pas autorisé à penser que les symptômes du psoïtis n'appartiennent point à la lésion du muscle psoas, mais bien à la lésion du nerf crural ?

Pour démontrer la valeur de cette remarque, que faudrait-il ? Il faudrait, d'une part, trouver des observations d'inflammation du muscle psoas, sans la symptomatologie du psoïtis, et, d'autre part, montrer la symptomatologie du psoïtis dans les observations où le nerf crural était gravement compromis par le travail inflammatoire. Dans les recherches médicales, comme en toutes choses, il est d'heureux hasards : le lendemain du jour où nous faisions l'autopsie ci-dessus rapportée, nous assistions à l'examen nécroscopique d'un jeune homme qui avait été affecté de fièvre typhoïde. M. Lefeuve, interne du service de M. Horteloup, et qui procédait à cette autopsie, nous invita à constater l'existence d'un énorme abcès situé dans l'épaisseur du muscle psoas de ce sujet. Les fibres musculaires seules servaient de gaine à cet abcès. Le pus contenu dans ce kyste musculaire était épais, mélangé à du sang, et la fibre musculaire flottante dans l'abcès lui-même était en partie désorganisée ; quelques portions de muscles plus tard examinées au microscope n'offraient plus que de pâles stries longitudinales, et les stries transversales n'étaient plus apparentes que par places sur un faisceau de fibres ; de plus, la gaine de la fibre renfermait une notable quantité de globules graisseux fins et brillants. *Le faisceau nerveux qui constitue le nerf crural avait été épargné par le travail inflammatoire.* — L'autopsie permettait de constater qu'il n'y avait eu aucune modification dans la position normale du membre inférieur ; il était allongé et parallèle dans sa direction au membre de l'autre côté. De plus, l'interne du service ajoutait que ce malade n'avait jamais accusé de douleurs ni aucun symptôme qui pût faire penser à l'existence d'un psoïtis. M. Trousseau, qui cherchait la cause de la suppuration intra-musculaire, et qui ne la trouvait point suffisamment expliquée par la fièvre typhoïde, pensa que l'abcès du psoas n'était probablement qu'un abcès métastatique consécutif à une infection purulente, laquelle probablement avait eu sa raison anatomique dans les ulcérations des glandes de Peyer. L'infection purulente est rare après la fièvre typhoïde ; cependant l'hypothèse du savant professeur fut immédiatement confirmée par la présence de nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons. Ceci dit, pour que cette observation trouve sa place à côté des autres cas d'infection purulente par ulcération des plaques de Peyer, revenons au fait principal pour le moment, à savoir à l'absence des symptômes du psoïtis dans un cas de suppuration bien réelle du muscle psoas.

Dans ce fait, il y avait psoïtis proprement dit, c'est-à-dire inflammation du tissu cellulaire interfibrillaire et désorganisation de la fibre musculaire, et cependant la position du cadavre sur la table anatomique indiquait, ce qui fut confirmé par les renseignements cliniques, qu'il n'y avait point eu flexion de la cuisse sur le bassin et rotation du membre en dehors. Remarquons, d'autre part, que l'anatomie pathologique établissait que le nerf crural n'avait point été compromis par le travail inflammatoire.

Ne suffit-il pas d'avoir rapproché ces deux observations pour être en droit d'établir :

---

objet de la chaire », cette épreuve, appliquée aux chaires de clinique, rencontrerait d'assez sérieuses difficultés ; et nous doutons également que la Faculté, comme le ministre, montrent beaucoup de goût pour une argumentation publique entre les candidats, portant « sur leurs travaux et leurs titres scientifiques ». Notre confrère, enfin, est mal renseigné, si nous le sommes bien nous-même, quand il suppose que « les professeurs de la Faculté sont loin d'être unanimes sur la question de principe », tirant de là cette induction que peut-être ils ne se sont mis d'accord « que sur une question d'expédients ». Le principe du rétablissement du concours a été admis unanimement par la Faculté, ou du moins n'a été combattu par personne, dans la séance où il a été évoqué par un des professeurs. Quant aux *expédients*, comme nous le disions tout à l'heure, nous les ferons connaître et les apprécierons en temps et lieu.

— Nous avons mentionné les principaux éléments de l'affaire Pamard. Laissant absolument de côté la question de savoir lequel des deux Pamard l'Académie a cru nommer correspondant, et ce qu'ont pu en croire le père et le fils, nous avons simplement exposé, au point de vue historique, les raisons alléguées à l'avantage ou au désavantage de M. Pamard fils. Comme nous l'avions prévu, connaissant le texte de la loi et l'interprétation qu'il reçoit de la jurisprudence, le tribunal de police correctionnelle a condamné les journaux qui avaient imputé à notre confrère avignonnais d'avoir usurpé sciemment le titre d'académicien. Le respect de la chose jugée ne nous empêche pourtant pas de trouver fâcheux qu'un titre de cette nature, émané d'une institution créée par ordonnance royale, ne soit pas rangé parmi ces qualités ayant un *caractère public* dont il s'agit dans l'art. 20 de la loi du 26 mai 1819 (1).

(1) Art. 20. « Nul ne sera admis à prouver la vérité des faits diffamatoires, si ce n'est dans le cas d'imputation contre [illegible] toutes personnes ayant agi dans un caractère public, de faits relatifs à leurs fonctions. »

Digitized by Google

1° Que la symptomatologie du psoïtis appartient surtout à la lésion du nerf crural ;

2° Que, dans certains cas, il peut y avoir grave altération du muscle psoas sans qu'on rencontre les symptômes assignés au psoïtis ?

3° On comprend que l'inflammation du muscle psoas et les inflammations de la fosse iliaque pourront souvent donner lieu aux symptômes caractéristiques de la lésion du nerf crural, lorsque ce nerf aura été consécutivement envahi par le travail inflammatoire environnant.

Il est de toute justice de rappeler que M. le professeur Monneret avait déjà fait cette remarque dans son *Compendium de médecine pratique*, et que M. le professeur Grisolle, dans son remarquable mémoire *Des abcès iliaques*, avait accordé une très grande part à la lésion du plexus lombaire et du nerf crural pour expliquer les douleurs qui accompagnent les phlegmons et abcès iliaques. Mais nous croyons qu'il appartient à M. le professeur Trousseau d'avoir surtout appelé l'attention sur les remarques qui font le sujet de cette communication, à savoir que les symptômes du psoïtis ne sont point la conséquence de la lésion du muscle, mais bien de la lésion du nerf crural lui-même.

Dr Dumontpallier.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie externe.

Cancroïde récidivé occupant toute la lèvre inférieure et les deux commissures. — Extirpation ; chéiloplastie, modification nouvelle du procédé opératoire, par M. Trélat, chirurgien des hôpitaux, etc.

Les procédés de chéiloplastie ont été singulièrement perfectionnés depuis trente ans environ ; on serait tenté de croire, au premier abord, que toute perte de substance des lèvres, quelles qu'en soient la forme et l'étendue, peut être réparée par une opération sur laquelle l'expérience des chirurgiens est faite. Des tentatives très variées, souvent heureuses, prouvent l'extrême diversité des indications qui se sont offertes aux opérateurs. C'est pour cette raison que M. Velpeau a pu écrire : Le chirurgien doit deviner plutôt qu'apprendre la chéiloplastie. Deviner ne serait plus aujourd'hui une expression exacte ; il faut apprendre et connaître les nombreuses ressources dont l'art dispose pour pouvoir les employer ou, suivant le besoin, les modifier.

Chaque fois qu'une opération heureuse offre dans son ensemble ou seulement dans ses détails un caractère de nouveauté, il y a intérêt à la décrire ; elle accroîtra le nombre de ces ressources, et permettra de satisfaire aux indications semblables ou analogues qui se représenteront assurément.

Ces courtes réflexions motivent suffisamment l'observation suivante, rédigée sur les notes de M. Laborde, interne distingué des hôpitaux, que je remercie de sa coopération :

Obs. — Le nommé Boudier (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-huit ans, homme de peine, marié, se présentait à la consultation de la Charité le 8 octobre dernier pour une affection qu'il portait à la lèvre inférieure. Si le doute n'était guère permis, même à un examen immédiat et superficiel, sur la nature du mal ni sur le seul remède efficace qui pût y être apporté, son ablation par une opération sanglante, celle-ci du moins exigeait un examen plus circonstancié du malade. Sa sollicitation spontanée d'entrer à l'hôpital levait toute difficulté, et il fut admis le même jour au n° 3 de la salle Saint-Jean.

C'est un homme de petite taille, habituellement occupé aux travaux des champs. A part l'affection toute locale qui l'amène, il jouit d'une parfaite santé, et en a les apparences.

Le malade fait remonter très exactement à trois ans le début de sa tumeur. A cette époque, dit-il, apparut pour la première fois au côté gauche de sa lèvre inférieure, comme une petite verrue. Il n'en connaît point la cause ; mais il raconte très explicitement qu'il avait l'habitude de fumer une pipe très courte, constamment tenue du côté gauche de la bouche, juste sur la partie de la lèvre inférieure qui paraît être devenue le siége primitif du mal.

Quoi qu'il en soit de cette circonstance et de son influence étiologique, que nous n'avons pas à discuter ici, la petite excroissance fit, pendant deux années, des progrès très lents qui l'amenèrent au volume approximatif d'une grosse amande et à l'occupation de toute la portion gauche de la lèvre. Très inquiet, le malade alla consulter à *la Trappe*, et là subit une première opération, sur laquelle il ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement ; une trace très visible, sous forme de cicatrice linéaire verticale, d'environ 1 centimètre et demi, est située sur la lèvre inférieure. Il y avait juste un an, le 7 août dernier, qu'elle fut pratiquée. Mais à peine quatre mois s'étaient-ils écoulés, que le mal se reproduisait avec une extrême rapidité. C'est au point qu'aujourd'hui il n'existe plus, à proprement parler, de lèvre inférieure. Toute celle-ci a disparu sous une tumeur oblongue, mamelonnée, à bords renversés, à large surface ulcérée. Ses limites, apparentes en longueur, c'est-à-dire dans le sens transversal, semblent dépasser à peine les commissures ; mais, en réalité, elles sont plus reculées, à cause de la marche plus envahissante du cancroïde à l'intérieur de la bouche que sur la peau. On constate aisément par le toucher et la vue que la muqueuse labiale tout entière et une notable portion de la face interne des joues sont occupées par la tumeur. Celle-ci s'étend, de chaque côté, en dehors et un peu en haut, de 2 centimètres à gauche, de plus de 1 centimètre à droite. La lèvre supérieure elle-même est intéressée à ses deux extrémités, à gauche au moins de 1 centimètre, à droite de 6 à 7 millimètres. En somme, la tumeur occupe toute la lèvre inférieure jusqu'au cul-de-sac gingivo labial, les deux commissures, une certaine étendue des joues, les deux extrémités de la lèvre supérieure.

Ainsi constituée, elle se renverse de dedans en dehors, de manière à présenter à l'extérieur une surface ulcérée et saignante, saillant en avant de 2 centimètres. Cette surface est dure, calleuse au toucher, et dénuée de toute douleur spontanée ou provoquée. La peau qui lui fait suite est saine et mobile à partir du sillon mento-labial. L'arcade dentaire, avec

---

non abrogé par les dispositions des lois postérieures, et permettant la preuve des faits réputés diffamatoires. Quoi qu'il en soit, nous continuons aujourd'hui à enregistrer, sans en tirer aucune conséquence, les *éléments de fait* relatifs au débat.

1° Dans la liste des membres de l'Académie, imprimée en tête du premier volume des Mémoires de l'Académie, les prénoms manquent souvent ; mais la qualité de *fils* est accolée au nom patronymique de certains membres dont les pères appartiennent déjà à l'Académie (Andral fils, Huzard fils, Bernard fils, etc.) ou jouissent en province de quelque notoriété (Le Bidois fils, Lalaurie fils). Le nom de M. Pamard n'est suivi d'aucune désignation spéciale.

2° Le dictionnaire biographique du département de Vaucluse, publié par le docteur Barjavel (1841), donne à M. Pamard *père* le titre de membre de l'Académie, et à M. Pamard *fils* celui de membre *adjoint correspondant* de l'Académie. Il est sûr pourtant qu'un seul Pamard a été nommé correspondant.

3° Dans l'Annuaire de l'Académie de 1839, M. Pamard père est désigné parmi les membres correspondants *décédés*.

Une autre pièce encore est produite ; mais, comme elle ne fait pas partie de documents *publics*, nous ne croyons pas pouvoir la mentionner.

Cette grave question est débattue en ce moment même devant le Corps législatif, où siége notre confrère, et nous croyons savoir que l'Académie sera fortement invitée à se prononcer catégoriquement. En attendant, M. le président Bouillaud a sagement prévenu une émotion inutile en engageant M. Pamard à ne pas se présenter aux séances de l'Académie.

— L'étendue de la responsabilité médicale est une des questions qui intéressent le plus les médecins et surtout les chirurgiens. Lorsqu'une opération a été faite avec des motifs suffisants, exécutée suivant les règles, on ne saurait sans injustice rendre l'opérateur responsable d'un insuccès toujours possible,

Digitized by Google

sa muqueuse, et la portion de l'os maxillaire sous-jacente, paraissent être également saines. Un seul ganglion tuméfié et induré existe du côté droit, aux environs de la glande sous-maxillaire ; mais cette induration médiocre peut très bien s'expliquer par un état inflammatoire subaigu, explication qui s'est vérifiée par la suite.

Il est facile de pressentir les symptômes qu'une affection semblable devait engendrer : écoulement continu des liquides salivaires mélangés de sanie ; impossibilité de rétention des aliments introduits dans la bouche, soit liquides, soit solides ; grandes difficultés de la mastication ; impossibilité, enfin, de l'articulation des sons, surtout les sons labiaux. Est-il besoin de dire les tristes modifications qu'elle apporte en même temps à la constitution et à l'aspect de la face? Devenu un objet de dégoût et de répulsion pour lui-même et pour les autres, ce malheureux malade demandait avec les plus vives instances qu'on le débarrassât de sa tumeur. Il était d'autant plus pressant qu'il avait fait de côtés et d'autres des demandes infructueuses, et que le voyage à Paris était pour lui une *ultima ratio*.

Après avoir bien examiné la tumeur, je constatai que la perte de substance résultant de l'ablation totale serait limitée en bas par le sillon mento-labial, de chaque côté par une ligne qui de ce sillon gagnerait la joue, et en haut par des lignes allant de la lèvre supérieure à l'extrémité des lignes précédentes. Les points circonscrits par les lettres A B C, A' B' C' que le lecteur placera facilement, quoiqu'ils manquent sur la figure 1) donneront une idée exacte des parties qui devaient être enlevées. Pour combler ce large orifice, je pouvais mettre en œuvre un certain nombre de procédés connus auxquels se rattachent les noms de Chopart, Morgan, Roux de Saint-Maximin, Lisfranc. On connait le caractère générique de tous ces procédés qui dérivent d'une même idée : attirer en haut, à la place de la lèvre enlevée, les téguments du menton et du cou détachés de leurs adhérences et libérés par des incisions médianes ou latérales. Tous aussi ont un inconvénient commun, la nouvelle lèvre, que rien ne soutient par en haut, que rien ne repousse par en bas, a une continuelle tendance à descendre. Ajoutons qu'à plusieurs reprises, on a observé des suppurations fort longues de la surface profonde des lambeaux. C'est là un danger, un écueil, dont il faut tenir le plus grand compte dans les hôpitaux de Paris. Pour ce double motif, je rejetai tous ces procédés. Je voulais trouver une manière de faire qui me donnât moins de tiraillements et plus de fixité des parties déplacées. J'étais fort attiré par le procédé que M. Sédillot nomme *à double lambeau* (Sédillot, *Médecine opératoire*, t. II, p. 258), ou par celui que M. A. Guérin attribue à M. Syme (*Chirurgie opératoire*, p. 277). Mais, dans l'un et l'autre cas, on n'enlève que la lèvre inférieure, en respectant les commissures; j'étais, au contraire, obligé de les sacrifier très largement. J'abandonnai donc les lambeaux verticaux à base supérieure de M. Sédillot, auxquels j'aurais été obligé de donner une longueur d'autant plus considérable que je les éloignais davantage des commissures, et je m'attachai à un plan d'opération offrant des analogies avec celle de M. Syme, mais en différant d'une façon très notable.

J'aurais vivement désiré pouvoir border la lèvre nouvelle avec une portion de muqueuse conservée ou empruntée au voisinage. On sait que ce principe, nettement formulé par Delpech, a donné de beaux succès à Serre (de Montpellier). Ce chirurgien conservait la muqueuse labiale, et appliquait face pour face, sur elle, les lambeaux d'emprunt. Au point de vue de l'autoplastie, cette conduite offrait l'inappréciable avantage d'avoir une lèvre mobile, grâce à sa muqueuse. Mais cet avantage ne constituait parfois qu'un bénéfice illusoire dans les cas de cancroïde. Là, en effet, il faut savoir sacrifier largement tout ce qui peut être atteint pour arriver à un résultat utile ; c'est la règle première, dominante, trop acceptée de tous pour qu'il soit nécessaire d'y insister. La troisième observation de Serre (*Traité des restaurations de la face*, p. 113), où la récidive suivit de près l'opération, montre l'inconvénient d'une semblable parcimonie.

Sans doute c'est un point capital dans la chéiloplastie que d'obtenir cette doublure muqueuse, et aucun chirurgien ne perdra de vue ce but si important ; mais, encore une fois, le succès définitif doit passer avant un succès opératoire, qui pourrait être de trop courte durée. Ces considérations me firent renoncer à un perfectionnement qui me semblait dangereux dans la circonstance, et, le 16 octobre, je pratiquai l'opération suivante :

Décubitus dorsal, anesthésie par le chloroforme.

Je fais sur la lèvre supérieure, du côté gauche, une incision de 1 centimètre comprenant toute son épaisseur et dirigé en haut et un peu en dehors. De cette incision en part une autre, A B, se dirigeant vers le centre de la joue, longue de 35 millimètres. Une troisième, B C, allant rejoindre le sillon mento-labial, a 42 millimètres. Ces deux dernières incisions, formant un V ouvert en dedans, sont conduites de manière à intéresser plus largement la muqueuse buccale que la peau ; elles sont obliques aux dépens de la face interne de la joue, ce qui permet de ménager la peau en dépassant partout les limites de la tumeur. Pour éviter une répétition inutile, je dirai tout de suite que la même manœuvre fut suivie pour le V du côté droit. La branche supérieure de celui-ci, composée d'une première partie un peu plus verticale et d'une seconde plus longue et plus horizontale, mesure 28 millimètres; sa branche inférieure, 38 millimètres. La tumeur ne tenait plus alors que par sa partie inférieure ; une incision horizontale, profonde et longue de 3 centimètres, la détacha au niveau du sillon mento-labial. Chemin faisant, j'avais lié les deux coronaires labiales et tordu deux artérioles.

Aussitôt après cette ablation, la bouche, largement ouverte, presque jusqu'aux masséters, put être débarrassée des caillots et du sang qui s'y étaient accumulés.

---

et qu'il ne dépend pas de lui de prévoir ou de prévenir. Je le pansay et Dieu le guarit, a dit A. Paré ; si nous faisons honneur à la divinité d'une part de nos succès, elle doit en bonne justice avoir sa part de nos revers. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on est souvent trop disposé à rapporter le succès à la nature et le revers au médecin.

Est-ce à dire pour cela que nous soyons absolument irresponsables ? Non, sans doute. Si un malheur arrive par une négligence évidente, par l'ignorance ou la légèreté de l'homme de l'art, celui-ci fût-il muni de tous les titres légaux, ne peut échapper à la loi commune en vertu de laquelle tout homme doit réparation du dommage qu'il a causé par sa faute. C'est la doctrine qui paraît avoir dirigé la haute cour, conformément à la jurisprudence française, dans un jugement que nous trouvons rapporté dans le CHICAGO TIMES. Cette doctrine était-elle applicable dans l'espèce ? C'est ce que le fait permettra peut-être de juger.

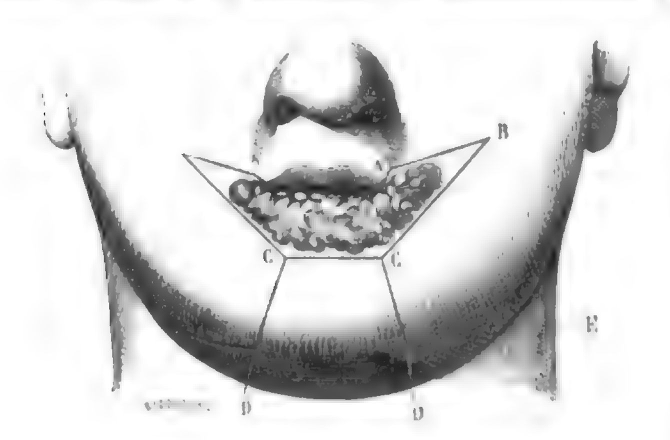
Une jeune fille, domestique à City hotel, portait depuis son enfance une tache sur l'œil gauche ; elle alla trouver le docteur Padwell. Celui-ci, d'après le récit de la malade, lui promit d'enlever la tache, de rétablir l'intégrité de la vision, et cela sans danger pour l'œil droit. La guérison devait même être complète en six ou sept jours. Julia Fanell consentit à se laisser opérer et paya d'avance à son chirurgien la somme de 150 francs. L'opérateur traversa l'opacité avec une aiguille, la fit saillir en avant et l'enleva avec des ciseaux, ouvrant ainsi largement la chambre antérieure, laissant écouler l'humeur aqueuse et détruisant la vision qu'il avait promis, disait-on, de conserver intacte. Mais ce ne fut pas tout. Sous l'influence d'un refroidissement, l'œil droit à son tour devint douloureux, s'enflamma, et après l'instillation de quelques gouttes de collyre, la vue se perdit également de ce côté ; la malade était aveugle.

Contrairement à ces assertions, le docteur Padwell affirmait que la malade était venue le voir dans l'intention formelle de se faire enlever l'œil gauche, de manière à pouvoir y adapter

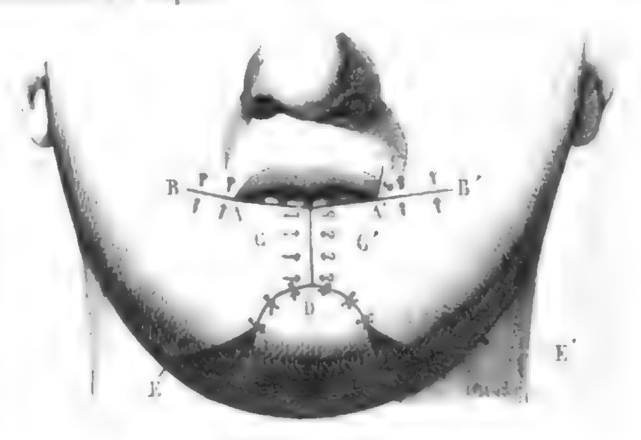
Digitized by Google

Après un moment de repos, je taillai les lambeaux autoplastiques.

Des deux extrémités C et C' de l'incision horizontale, je fis partir deux autres incisions dirigées en bas et un peu en dehors, longues de 30 centimètres ; elles dépassaient un peu le bord inférieur de la mâchoire. Les deux lambeaux furent limités par une dernière incision semblable de chaque côté, D E ; celle-ci, longue de 28 millimètres, très légèrement courbe, à concavité supérieure, formait un peu plus d'un angle droit avec la ligne C D. Ces incisions intéressaient la peau, le tissu cellulo-graisseux, les muscles sous-jacents. Immédiatement je détachai chaque lambeau de ses adhérences profondes jusqu'au delà de sa base B E. Après ce temps de l'opération, chacun d'eux représentait assez bien l'extrémité inférieure d'une jugulaire de casque. Je m'assurai que les lambeaux, remontés vers la lèvre supérieure, venaient facilement à la rencontre l'un de l'autre sur la ligne médiane, et je procédai alors à la réunion.



Si l'on comprend bien la situation, il est aisé de voir que le menton intact et conservé dans sa position normale allait servir de soutien à la nouvelle lèvre. En effet, reportant les lambeaux vers la lèvre supérieure, au-dessus du menton, je les réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, suivant leurs bords C D, C' D', à l'aide de quatre points de suture entortillée. Les trois épingles supérieures furent placées avec la plus grande facilité, l'inférieure seule nécessita une traction modérée. Je m'occupai alors de fermer les deux V qui cernaient chaque commissure. Cette réunion consista en un rapprochement des branches après glissement vers la ligne médiane de la branche inférieure sur la supérieure ; ce glissement était une conséquence forcée de la suture des deux lambeaux. A droite, deux épingles furent suffisantes pour obtenir la suture B A (fig. 2). Mais, à gauche, comme l'incision supérieure offrait une forte brisure décrite plus haut, après avoir réuni suivant B' A', j'obtins au niveau de la commissure un gros pli, une sorte de godron de la lèvre supérieure d'un très mauvais effet. Heureusement, en affrontant l'un à l'autre les deux côtés de ce pli suivant une petite ligne presque verticale en A', je pus rétablir la lèvre supérieure en position et la maintenir par une épingle (non figurée) qui intéressait à la fois le lambeau inférieur, la joue et la lèvre supérieure. Aujourd'hui que la guérison est achevée, toute trace de boursouflure a disparu.



Il reste à décrire une dernière partie de l'opération un peu difficile à faire bien comprendre, parce que la laxité des tissus a permis un résultat qui paraîtrait impossible à première vue. La ligne D E (fig. 1) de chaque côté s'est allongée au point de nous donner D E de la figure 2. Du reste, on éprouvera moins de surprise si l'on veut bien se souvenir que cette ligne D E est tracée sur les parties inférieures et latérales de la face, où les téguments jouissent d'une remarquable mobilité. Je pus alors, en écornant légèrement avec le bistouri les angles C (fig. 1) du menton conservé, unir celui-ci en haut et sur les côtés avec le bord inférieur D E de chacun des deux lambeaux. Cette réunion, à l'exception du point inférieur, fut faite par la suture entrecoupée. De chaque côté, j'abandonnai à la suppuration deux petits espaces triangulaires de 15 millimètres de hauteur, résultant du déplacement des lambeaux.

L'opération était achevée et donnait un aspect dont on peut très bien juger par la figure 2. Il n'y avait de tension qu'en un seul point, en D, encore celle-ci était-elle assez modérée pour que la pression des doigts pût déterminer le froncement de la suture. Cette tension déterminait une forte saillie du menton très favorable au maintien des lambeaux et à la conservation des formes. La nouvelle lèvre offrait une hauteur qui permettait d'attendre en toute sécurité la rétraction prévue (1).

(1) C'est pour conserver l'analogie entre les deux figures que le dessinateur a laissé voir les dents dans la seconde; elles étaient complétement couvertes par la lèvre nouvelle.

---

un œil artificiel, et que l'œil droit n'avait été perdu que par les imprudences de l'opérée. La cour après de longs débats rendit un jugement qui condamnait le docteur Padwell à payer à miss Fanell 50 000 francs de dommages-intérêts.

Le tribunal avait eu la prudence de ne pas s'en rapporter à ses propres lumières et avait fait appeler devant lui, *pour lui ouvrir les yeux* sur cette délicate contestation, les oculistes et les professeurs de chirurgie de la Faculté. Leur avis fut sans doute peu favorable à leur confrère, si l'on en juge par le résultat ; il est juste de dire qu'il pouvait être tenu compte en cette circonstance de considérations extra-médicales, mais professionnelles. Le docteur Padwell s'était dit d'abord chirurgien d'un hôpital ophthalmique de New-York qui n'existait pas, il était.... mais je m'arrête.

> Ce qu'il était, je pourrais vous le dire ;
> Mais je me tais par respect pour...

nos lois. Voulez-vous savoir si notre confrère est membre correspondant ou non, de quelque société savante, allez-y voir ; mais, en cas de négative, n'en dites rien dans ce pays-ci, où MM. les juges ne plaisantent pas.

— Ce n'est pas le seul exemple de responsabilité que nous apportent les journaux étrangers. C'est encore par négligence qu'un ouvrier mineur nommé Quail a cité devant les assises de Liverpool M. Hall, son chirurgien. Le malade avait reçu à la jambe une grave blessure qui avait amené une double fracture. M. Hall sut lui conserver son membre, mais il ne put empêcher une subluxation du tibia en arrière et une légère claudication. Tout autre eût remercié son chirurgien de lui avoir évité l'amputation. Quail n'en jugea pas ainsi ; il prétendit que la subluxation n'avait pas été reconnue, demanda et obtint 1125 francs de dommages-intérêts. Cependant, non-seulement le déplacement avait été diagnostiqué, mais M. Hall avait voulu replacer l'appareil contentif, et le malade s'y était refusé. Que devait faire le chirurgien ? Ce qu'il fera sans doute main-

Digitized by Google

On appliqua sur les plaies des compresses mouillées ; dans la journée, l'opéré put prendre, à l'aide d'un biberon, de l'eau rougie et du bouillon.

Le surlendemain, 18 octobre, on remarque sur l'aile droite du nez et la joue correspondante une rougeur diffuse et quelques phlyctènes, premiers signes d'un érysipèle qui ne dépasse pas la commissure droite. Tout va bien du côté du menton.

Le 19, l'érysipèle occupe le nez et les deux joues, surtout la droite. La réunion primitive de la commissure droite est manquée ; les sutures inférieures sont en bon état ; on peut enlever tous les points intermédiaires. Le malade, atteint de bronchite chronique, a des quintes de toux d'autant plus rebelles qu'il éprouve plus de difficulté à se débarrasser des crachats qui s'amassent dans l'arrière-gorge. Ces efforts répétés nous inspirent de nouvelles inquiétudes. Julep kermès, potion opiacée, potages, vin de Bordeaux. Toute la face est recouverte de farine d'amidon et d'un masque de ouate ne laissant à nu que les yeux et la bouche.

Le 20, on enlève tous les points de suture restants, excepté l'épingle inférieure de la suture verticale médiane, qu'on laisse en place jusqu'au 22. A ce jour, l'érysipèle marche vers le front et les oreilles, en respectant le cuir chevelu ; sur la face, il est à la période de déclin. Une petite portion du lambeau inférieur droit, comprise entre l'épingle supérieure et le bord libre, s'est mortifiée et se détache ; cela produira en ce point une petite encoche allongée ayant 3 à 4 millimètres de hauteur. L'état général est très satisfaisant.

Le 24, le nez et la lèvre supérieure se recouvrent de croûtes épaisses et adhérentes ; l'érysipèle s'arrête aux parties indiquées plus haut. La réunion est solide et complète sur toutes les sutures inférieures ; elle a échoué sur toute la plaie commissurale droite et dans une petite portion de la gauche. Nous sommes trop heureux que l'érysipèle nous tienne quitte à si bon compte.

Le lendemain, je pensai qu'on pourrait essayer la réunion secondaire à la commissure droite, et j'appliquai un point de suture enchevillée avec un fil métallique ; mais, au bout de vingt-quatre heures, la peau offrant une tension d'un rouge luisant, je craignis de rappeler l'érysipèle, qui avait débuté en cet endroit, et j'enlevai la suture, me réservant d'y revenir, si c'était nécessaire, après la guérison définitive. Ce même jour, j'eus à ouvrir un petit foyer purulent qui s'était formé en arrière de la petite plaie suppurante droite. Continuation du masque de ouate, qui nous semble avoir puissamment contribué à la limitation de l'érysipèle.

A partir de ce moment (28 octobre), tout marcha à souhait. Les croûtes d'érysipèle se détachèrent ; les deux commissures subirent un travail de réunion secondaire avec rétraction lente des angles, qui démontra l'inutilité de toute nouvelle opération sur ces deux points. La nouvelle lèvre perdait un bon tiers de ses dimensions primitives en hauteur ; elle contractait en même temps des adhérences inévitables par sa face postérieure avec l'arcade gingivale ; en même temps, les deux petites plaies triangulaires inférieures cachées sous la mâchoire se réduisaient à des dimensions insignifiantes.

Vers le 7 novembre, notre opéré était définitivement guéri. Le résultat désiré était atteint sur tous les points. Aujourd'hui 10 décembre, l'aspect du visage est très convenable ; la préhension des aliments s'opère bien, le malade est parfaitement heureux de son état, malgré quelques légers inconvénients dont il prend son parti. Sans doute on pourrait demander plus de facilité de la parole, une rétention plus complète de la salive, qui s'écoule en petite quantité au moment des repas ; mais c'est là, nous l'avons fait entendre plus haut, une exigence à laquelle il n'était pas possible de donner satisfaction.

Avec la conviction d'avoir réalisé, chez notre opéré, tout ce qu'il était permis de tenter, nous avons l'espoir d'avoir signalé à l'attention des chirurgiens un procédé de chéiloplastie applicable à certains cas difficiles pour lesquels on n'avait jusqu'ici que des moyens insuffisants.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1861. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *Milne Edwards* présente à l'Académie la première partie du VII^e^ volume de son ouvrage sur *la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux* ; ce fascicule est consacré à l'étude des phénomènes chimiques et physiologiques de la digestion et à l'histoire des sécrétions en général.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Observations physiques et météorologiques recueillies aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées)*, par M. *de Pietra-Santa*. — *Thermalité de l'eau minérale de Bonnes*. — De nouvelles observations thermométriques faites dans les conditions les plus précises démontrent que, dans les premières minutes, l'eau sulfureuse de Bonnes se refroidit plus promptement que l'eau du Torrent, préalablement portée à la même température de 32 degrés.

Relevés ozonométriques. — Des observations faites comparativement au mois de juillet 1861 aux trois stations des Pyrénées, de Paris et de Versailles, il résulte ce qui suit :

1° Aux Eaux-Bonnes, la courbe de l'ozone a été en rapport direct avec la courbe de l'hygromètre Saussure ; 2° cette courbe ozonométrique a oscillé entre les nuances 5 et 16 de l'échelle Bérigny ; 3° la courbe obtenue par les papiers de M. Houzeau (de Rouen) a montré une concordance parfaite avec la courbe obtenue par les bandelettes Jame (de Sedan) ; 4° à Paris, bien que l'humidité ait toujours été assez notable (de 70 à 85), la courbe de l'ozone s'est toujours tenue entre les degrés 1 et 3 de l'échelle Bérigny ; 5° à Versailles, il y a eu constamment plus d'ozone qu'à Paris, mais beaucoup moins qu'aux Eaux-Bonnes. (*Comm.* : MM. Andral, Péligot.)

COMITÉ SECRET. — La section de zoologie et d'anatomie présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*

---

tenant en pareille circonstance, et ce que lui conseille de faire le MEDICAL TIMES, appeler un consultant, et, si leur avis commun n'est pas adopté, abandonner la place.

Certes, dans ce cas, nul n'oserait en France, nous l'espérons du moins, accuser ou condamner le chirurgien ; mais en serait-il de même dans le cas suivant que rapporte le journal de médecine de Philadelphie ?

— Un gentleman, en s'éveillant, bâille à se démonter la mâchoire ; quoi de plus naturel chez un gentleman ? La mâchoire se luxe ; notre homme se lève tout alarmé, et court chez le plus voisin docteur, qui se trouve être un homœopathe. Celui-ci déclare que c'est un *trismus*, mais un trismus d'une nouvelle espèce, dû à la contraction des muscles abaisseurs.

Pendant quelques jours, les inévitables globules allèrent leur train ; par bonheur, un ami douta de la justesse de ce diagnostic, et engagea le bâilleur à prendre un autre avis. Le docteur Janney fut appelé, et, remplaçant les globules par ses propres doigts, ferma en quelques minutes la bouche du malade, et, du même coup, celle de l'homœopathe.

— Voici enfin un procès en responsabilité médicale plus singulier que les précédents, et qui serait impossible en France.

Il y a dix mois environ, le cadavre d'un enfant nouveau-né fut trouvé dans un champ à Egremont, près de Liverpool. Une enquête fut faite, et l'on rendit un verdict d'infanticide ; mais le meurtrier restait inconnu. Les soupçons se portèrent sur une femme nommée Weir. L'inspecteur de police d'Egremont requit le docteur Hodson pour procéder à l'examen médico-légal de la femme incriminée. Ils se transportèrent à son domicile accompagnés du coroner M. Charton et d'une sage-femme mistress Parker. L'accusée se refusa tout d'abord à tout examen, puis, bientôt changeant d'avis, accepta sans résistance. Cet examen, conduit avec la plus grande décence, ainsi que l'attestent les certificats du coroner, du commissaire et de la sage-femme, prouva l'innocence de l'accusée ; mais celle-ci intenta contre

Digitized by Google

En première ligne. . . . . . . M. Émile Blanchard.
En deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique. . . { M. Gratiolet. / M. Robin.
En troisième ligne. . . . . . M. de Lacaze Duthiers.
En quatrième ligne. . . . . . M. Aug. Duméril.

La section remarque que plusieurs zoologistes dont les noms figuraient sur les listes précédentes, et n'ont pas été inscrits sur celle-ci, ne se sont pas portés comme candidats pour la place actuellement vacante.

Les titres des candidats sont discutés; l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Académie de Médecine.

Séance du 4 février 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. La statistique médicale et chirurgicale de la Maison de santé d'Ingrandes-sur-Loire, par M. le docteur *Ollivier*. — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de la Loire-Inférieure. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Loubier* sur le service médical des eaux minérales de Propiac (Drôme) pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : *Recherches physiologiques sur des chiens, tendant à démontrer les relations qui existent entre les lésions traumatiques de la rate et les accès fébriles intermittents*, par M. *Guichard*, élève des hôpitaux. (*Comm.*: MM. Boudet, Longet et Piorry.) — *b*. Un travail ayant pour titre : *De l'iode à l'état de métalloïde, comme escharotique, dans le traitement des adénites scrofuleuses, cervicales, sus et sous-maxillaires, et des adénites inguinales d'origine syphilitique*, par M. le docteur *Prieur* (de Gray). (*Comm.*: MM. Gosselin, Devergie et Ricord.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Moura-Bourouillou* sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. (*Commission nommée.*) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Dutroulau*, relative à l'organisation du service médical des bains de mer. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une lettre de M. le docteur *Arlin* (de Poitiers), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *f*. La description et la figure d'un appareil destiné à remédier aux lésions et aux difformités qui succèdent à la coxalgie, par M. *Mathieu*, fabricant d'instruments. (M. Nélaton rapporteur.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Demarquay*, relative à une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée, dimanche dernier, à Saint-Germain-en-Laye. (*Comm.*: MM. Trousseau et Nélaton.)

— M. le docteur *Léon Le Fort* adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

En la combattant devant l'Académie, M. Davenne a donné à la note sur l'hygiène hospitalière publiée par moi dans la Gazette hebdomadaire, une importance que ne méritaient pas sans doute de simples renseignements, mais cela m'oblige à relever moi-même une erreur qui s'y trouve contenue.

Dans les visites fréquentes que j'ai faites pendant quelques mois à l'hôpital de Guy, j'ai suivi surtout les services de chirurgie, sans me préoccuper s'il existait ou non des salles d'accouchement, lesquelles ne m'offraient alors aucun intérêt spécial.

En voyant, dans la statistique officielle de l'hôpital, publiée par M. le docteur Steele, le compte rendu du service d'accouchement, j'ai dû croire qu'il existait dans cet établissement quelques salles réservées aux femmes en couches.

J'ai acquis aujourd'hui, par une remarque faite à ce sujet par The Lancet, la preuve que je me trompais. Les femmes accouchent hors des murs de l'hôpital, chez elles, et non dans les salles. J'ai donc eu tort de citer la différence de mortalité sur ce point spécial comme signe de conditions hygiéniques meilleures de l'hôpital; on trouve du reste assez de preuves sans celle-là en consultant les résultats obtenus en chirurgie.

Toutefois, si cette différence de mortalité de 1 sur 13, à Paris, de 1 sur 331 à Londres, s'explique plus naturellement par l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux, comme l'a dit M. Davenne, le vice de la spécialisation des Maternités.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mon profond respect,

Léon Le Fort.

— M. *Barth* fait hommage, au nom de l'auteur, d'un *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par M. *Deval*.

— M. *Littré* présente, de la part de M. *Ménière*, un volume intitulé : *Cicéron médecin*.

— M. *Trousseau* dépose sur le bureau la deuxième édition du *Traité d'électrisation localisée*, par M. *Duchenne* (de Boulogne), avec un atlas photographique joint à l'ouvrage.

— M. *Larrey* présente une brochure *sur l'emphysème consécutif aux plaies non pénétrantes de la poitrine*, par M. le docteur *Goffres*.

— M. *Coquet* dépose sur le bureau une brochure *sur le traitement de l'hydrocèle*, par M. le docteur *Rohlfs* (de Brême).

Lectures.

Pathologie. — M. le docteur *Fonssagrives* lit un mémoire intitulé : *Du rôle de l'élément inflammatoire dans la production et l'évolution des tubercules pulmonaires, et des modifications thérapeutiques spéciales qui en dérivent.* (Voir *Gazette hebdomadaire*, t. VI, p. 733, et t. VII, p. 667.) — (*Comm.*: MM. Louis, Roche et Barth.)

Reprise de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Renault* annonce que, depuis qu'il a pris la parole dans la discussion actuelle, il a reçu un grand nombre de communications venant à l'appui de ses assertions touchant les inconvénients de l'air confiné.

Parmi ces faits nouveaux, il en est deux qui lui paraissent concluants et dignes d'être cités.

Le premier est relatif à l'inoculation de la clavelée sur les moutons. Les accidents qui suivent cette opération sont extré-

---

le docteur Hodson une action en dommages-intérêts, et ce dernier fut condamné, malgré la production de certificats émanant de la police et du coroner.

Ajoutons que, chez nos voisins, le remède se trouve à côté du mal; nos confrères d'Angleterre ont pu organiser une souscription destinée à couvrir les frais de l'amende; ce que défend la loi française.

— Il existe à Londres un hôpital destiné au traitement des maladies des yeux, *Moorfields Ophthalmic Hospital*. Le service y est fait par des chirurgiens titulaires, MM. Poland, Bowman, et par des assistant-surgeons, MM. Wordsworth, Streatfield et Hulke. M. Poland ayant quitté Moorfields pour Guy's hospital, il s'agit de le remplacer; mais les règlements exigent, pour le grade de chirurgien titulaire, le titre de fellow du collége royal des chirurgiens, et de plus cinq années de service dans l'hôpital comme assistant-surgeon. Trois candidats sont donc en présence : les deux premiers ont plus de cinq ans de service, mais ne sont pas *fellows*; M. Hulke est *fellow*, mais n'a que trois années de service. Que faire? Fallait-il passer au-dessus des règlements, dans l'impossibilité de les appliquer? On ne l'a pas pensé, et on a bien fait. Rien ne presse, puisqu'il s'agit plutôt de titre que de fonctions, et le comité des gouverneurs a cru ne pouvoir mieux faire que de remettre l'élection à plus tard, pour permettre aux uns d'acquérir le titre qui leur manque, à l'autre l'ancienneté qu'il n'a pas, comme service hospitalier à Moorfields, car on connaît les travaux remarquables de M. Hulke sur le glaucome et d'autres parties de l'ophthalmologie.

— Le conseil du collége royal des chirurgiens d'Angleterre a rayé de la liste de ses membres les noms de John Nichol Watters, condamné à dix-huit mois d'emprisonnement pour escroquerie; David Griffiths Jones, condamné à un an pour parjure, et Daniel de la Chervis Gourley, puni de six mois d'emprisonnement pour abus de confiance.

Il ne faut pas oublier que l'inscription sur le *Medical Register*

Digitized by Google

rnement graves et fort communs quand les moutons sont parqués en grand nombre dans des écuries étroites; ils sont à peu près nuls, au contraire, si les moutons sont laissés aux champs et gardés en plein air.

Le second fait concerne les vers à soie. M. Guérin-Méneville affirme que les maladies des vers à soie s'observent surtout dans les magnaneries encombrées, tandis qu'elles sont fort rares dans les lieux où les vers à soie sont élevés en petit nombre.

M. *Bonnafont* donne lecture d'un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Sous le rapport des fournitures et de l'installation des malades, nos hôpitaux sont infiniment supérieurs à tous ceux de l'étranger; mais les salles y sont généralement trop vastes et contiennent un trop grand nombre de lits.

» 2° Il y aurait des expériences à faire pour constater ce qu'il y a d'utile ou de nuisible dans l'emploi des rideaux.

» 3° Dans la construction des nouveaux hôpitaux, il y aurait peut-être lieu d'étudier les différents systèmes adoptés dans les hôpitaux étrangers, ainsi que dans certains hôpitaux de France, qui pourraient servir de type : tel est l'hôpital de la marine à Rochefort.

» 4° D'après tout ce qui a été dit et écrit touchant les résultats chirurgicaux obtenus à l'étranger, il y aurait peut-être lieu de faire quelques expériences sur le mode de pansement qui y est employé, ainsi que sur le régime des opérés, afin de constater leur influence sur la marche des opérations.

» Mais la réforme qui pourrait être faite, sans trop d'inconvénients pour les malades et au très grand avantage de la salubrité des salles, ce serait de diminuer l'emploi des cataplasmes, source incessante d'odeurs désagréables pour les malades et devenant trop facilement un foyer d'infection s'ils ne sont pas éloignés des salles au fur et à mesure qu'on les enlève des malades.

» 5° La plupart des hôpitaux étrangers, comme à Londres, à Edimbourg, la Haye, Amsterdam et Berlin, étant situés au centre des villes, dans des quartiers populeux, ne possédant ni jardins ni promenades pour les malades, ne sauraient, par conséquent, présenter de meilleures conditions topographiques que ceux de Paris. S'il y a quelque différence dans les résultats obtenus dans les uns et dans les autres, cela doit tenir à des circonstances qu'il importe de chercher et d'étudier, en dressant des statistiques contradictoires à l'aide de faits consciencieusement recueillis.

» Mais en présence du savoir et du zèle incessant des chirurgiens, et de la bonne volonté de l'administration, manifestée à cette tribune par l'honorable M. Davenne, et plus récemment par la lettre si explicite de M. Husson, dans laquelle le nouveau directeur de l'assistance publique en appelle à vos lumières et sollicite la discussion sur une question si importante, on ne peut mettre en doute les heureux résultats qui ressortiront de ces débats. »

M. *Devergie*. Je désirerais vivement que la discussion actuelle eût une solution pratique. Dans ce but, j'émettrai une idée dont l'administration fera ou ne fera pas son profit.

M. Malgaigne a adressé à nos hôpitaux un reproche trop mérité peut-être, malgré tous les progrès accomplis depuis quarante ans par les soins diligents de l'administration; mais ces améliorations ont porté trop exclusivement sur la partie architecturale. L'administration ne s'est pas suffisamment préoccupée de la question hygiénique, médicale proprement dite. Les médecins et les chirurgiens n'ont pas été assez consultés; leurs avis, leurs conseils n'ont pas été réclamés avec assez d'insistance. On ne nous a pas mis à même de pouvoir éclairer convenablement l'administration sur la question de l'hygiène nosocomiale.

Cependant l'administration a diminué l'encombrement autant qu'elle a pu le faire; elle a supprimé les rideaux de laine qui entouraient les lits, et les a remplacés par des rideaux de toile; mais elle n'est pas descendue suffisamment dans les détails. L'aération des salles est mal comprise, mal pratiquée. M. Reveil, en 1860, a exécuté des recherches qui démontrent péremptoirement que l'air des hôpitaux est surchargé de gaz délétères. M. Chalvet, ancien interne des hôpitaux, est arrivé à des résultats analogues, en analysant l'air des salles de l'hôpital Saint-Louis. Le même médecin, ayant analysé la chaux provenant du grattage des murs, y a trouvé 46 pour 100 de matières animales.

Le système de chauffage, et celui d'éclairage surtout, sont on ne peut plus défectueux, et contribuent pour beaucoup à infecter l'air ou à le saturer d'acide carbonique. Les armoires ou les cabinets destinés à recevoir le linge de lit, le linge de pansement sont placés dans le voisinage des salles, et constituent des foyers permanents d'infection.

M. Devergie pense qu'il y aurait avantage à constituer auprès de l'administration de l'assistance publique un conseil permanent d'hygiène, ayant pour mission d'éclairer sans cesse l'administration sur les meilleures mesures à prendre pour l'assainissement et la salubrité des hôpitaux.

Hygiène publique. — M. *Gaultier de Claubry*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Devergie, lit un rapport sur des observations présentées par M. *Peyfal* dans la séance du 30 décembre 1859, relatives aux graves inconvénients qui résultent de l'absence de chauffage des wagons de deuxième et de troisième classe pendant les froids rigoureux.

La commission propose de demander à M. le ministre que des expériences nouvelles soient instituées dans le but d'élucider cette question d'hygiène publique. (*Adopté*.)

---

donne seule titre légal à l'exercice de la médecine, que cette inscription ne peut avoir lieu que pour les membres de certaines corporations médicales spécifiées par l'acte du parlement. La radiation de la liste du collége entraîne donc celle du *Medical Register*, et la perte du droit légal d'exercice. On voit que, en réalité, les médecins anglais vivent sous un régime disciplinaire assez sévère. Si jamais les *conseils de discipline* florissaient en France, il est douteux que leurs pouvoirs aillent jamais jusqu'à l'annulation des droits conférés par le titre légal.

L'article 28 du *Medical Act* spécifie que la radiation ne pourra avoir lieu pour la raison que le délinquant aurait adopté telle ou telle théorie de médecine ou de chirurgie. Il ne paraît donc pas pouvoir être appliqué aux homœopathes, mais il peut l'être à tous ceux qui, par des manœuvres de charlatanisme, par des fautes contre l'honnêteté professionnelle, portent atteinte à la considération du corps médical dont ils font partie.

— Aussi ne conseillerions-nous pas le séjour d'Angleterre à un docteur qui se prêterait à l'exploitation que la Gazetta medica italiana nous révèle en rapportant la réclame suivante :

« Combien de pères, et spécialement combien de mères, désireraient connaître d'avance le sexe de l'enfant qu'ils espèrent? Combien de fois de graves intérêts sont en question par l'incertitude sur le sexe de l'enfant qu'on attend avec impatience? Une expérience facile, et qui ne réclame ni toucher, ni examen, ni rien qui puisse alarmer la pudeur féminine, dissipera tous les doutes.

» Madame David sera visible tous les jours de deux à quatre heures, 70, rue Neuve-des-Mathurins. Les lundi, mercredi et vendredi, le prix de l'expérience est de 5 francs; il est de 10 francs pour les mardi, jeudi et samedi. Les dames qui désireraient que l'expérience se fît chez elles, sont priées d'écrire à madame David. *le docteur H.* se rendra à leur domicile. »

Aliquis *frères*.

Digitized by Google

MÉDECINE. — M. le docteur *Danet* lit un mémoire *sur l'origine de l'accès et sur la loi de ses intermittences*. — « L'accès est un ensemble de phénomènes pathologiques qui, caractérisant une maladie, apparaissent progressivement ou subitement pour disparaître de même en faisant place à l'état normal.

» Le corps renfermant des organes à fonctions intermittentes, et d'autres à fonctions intermittentes périodiques, M. Danet se demande si les lois qui régissent ces fonctions ne sont pas aussi celles qui régissent les accès.

» Deux observations, corroborées par celles de Chomel dans les cas de dyspepsie qui conduisent à des accès de fièvre intermittente, l'ont mis sur cette voie : la première observation est celle d'un homme opéré d'une hernie de l'intestin grêle, et qui était pris d'un accès de fièvre deux heures après chaque repas. — La deuxième observation est celle d'un homme qui, ayant reçu un coup de pied de cheval dans le côté gauche du ventre, était pris tous les deux jours, à la même heure, d'un accès de fièvre suivi de garderobe.

» Or, les fonctions des parties supérieures du tube digestif sont intermittentes, mais peuvent n'être pas périodiques, parce qu'elles dépendent des fonctions de l'estomac, qui sont elles-mêmes simplement intermittentes.

» Si donc un malade est atteint d'une lésion dans les régions supérieures du tube digestif ou d'une de ses annexes, M. Danet pense que le passage intermittent des aliments sur la partie malade produira des accidents analogues à ceux de sa première observation ; et que si la lésion se trouve dans la partie inférieure, les choses se passeront comme dans la deuxième observation. Dans les deux cas, si la lésion se prolonge, les phénomènes seront de longue durée ou même continus.

» M. Danet pense, avec beaucoup d'autres, que l'influx palustre, quel qu'il soit, frappe d'atonie le système ganglionnaire, d'où ralentissement dans la circulation des matières, accumulation de ces dernières dans les organes à fonction périodique, et nécessité d'un effort qui se traduit à l'extérieur par un accès. — Quiconque a subi les péripéties d'une garderobe difficile a parcouru les stades de l'accès intermittent. — Le sulfate de quinine à petite dose, excitateur par excellence du grand sympathique, régularise les mouvements de l'intestin et empêche l'accumulation : l'électricité, la douche froide agissent en faisant forcer l'obstacle, ce qui explique la médication employée contre ces affections.

» Lorsque la circulation inférieure est gênée par l'accumulation des matières contre un obstacle, le sang se porte en plus grande abondance dans les organes supérieurs ; de là engorgement des glandes annexes du tube digestif. — Quand l'obstacle est franchi, la circulation reprend son cours, et les organes se dégorgent ; mais si le phénomène se répète, il y aura hypertrophie de ces organes, d'où les maladies qui suivent les fièvres paludéennes.

» M. Danet a provoqué ces phénomènes sur vingt-deux chiens, en opérant des diminutions de diamètre sur les canaux excréteurs de leur économie.

» Il pense que, dans les névroses, les choses se passent encore de même, surtout au début ; les observations citées dans son mémoire tendraient à le prouver : ainsi tout le monde sait que les crises épileptiques se terminent par une évacuation abondante, soit d'urine, soit de matières stercorales ; il y a à la Salpêtrière une jeune fille qui n'a pas de crise quand elle a pu uriner.

» Les fièvres éruptives ne sont qu'un accès plus ou moins long qui se termine par l'éruption.

» Ainsi, partout, toujours, l'accès paraît produit par un effort que tente l'organisme pour rejeter une excrétion au delà d'un obstacle :

» Si l'obstacle est un et de peu d'étendue, l'accès est unique et de courte durée ;

» Si l'obstacle est multiple ou continu, l'accès est continu ;

» Si l'obstacle ne peut être vaincu, ou si l'effort est trop grand pour l'organisme, l'accès est pernicieux.

» En conséquence, M. Danet a cru pouvoir formuler le résultat de ses observations et de ses recherches en répétant avec Boerhaave :

» *La fièvre est une affection de la vie qui s'efforce d'écarter la mort*, et cela parce que :

» Tout obstacle à la circulation d'une matière cause une réaction dans l'organisme ;

» Tout accès est le résultat de cette réaction ;

» Tout accès intermittent a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction intermittente ;

» Tout accès périodique a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction périodique. » (M. Trousseau, *rapporteur*.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 7 FÉVRIER 1862.

Discussion sur quelques points de la phthisie pulmonaire.

M. *Lagneau* : de l'anthropologie de la France.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE PAR LES INJECTIONS IODÉES ET PAR LA SONDE A DEMEURE.

M. *Boinet* a donné lecture d'un rapport sur quatre observations de M. le docteur Philippart (de Roubaix) relatives à des hydropisies enkystées de l'ovaire traitées par la sonde à demeure et les injections iodées. Ces faits seraient, d'après M. Boinet, de nature à prouver que le jugement prononcé en 1856 par l'Académie contre l'emploi de cette *méthode a été* immérité, et fondé plutôt sur des vues théoriques que sur l'observation.

La première malade de M. Philippart avait vingt-trois ans. Le kyste, qui occupait l'ovaire droit, avait été longtemps, et par un grand nombre de médecins, pris pour une ascite. Après plusieurs ponctions toutes suivies de récidives, on fit le 18 octobre 1855 une ponction suivie d'une injection iodée. Trois autres ponctions avec injections furent faites plus tard ; elles n'amenèrent aucun accident, mais ne produisirent pas non plus d'amélioration. Ce fut alors qu'on se décida à laisser dans le kyste une sonde qui permettait de faire plusieurs fois par jour des lavages avec de l'eau simple ou iodée, et d'aspirer à l'aide d'une seringue les liquides sécrétés dans le kyste. La sonde était renouvelée au bout de huit jours. Ce traitement n'empêchait pas la malade de faire une promenade chaque jour ; tout allait bien lorsqu'il survint, après une injection poussée maladroitement par la sœur de la malade, une péritonite qui amena la mort en quelques heures.

La seconde observation est celle d'une femme de quarante ans qui a été guérie d'un kyste contenant 20 litres de liquide. Mais à deux reprises cette femme a éprouvé des accidents tellement graves à la suite des injections faites par M. Philippart que son état « offrait l'image de la mort ». L'observation de cette femme, que M. Philippart et M. Boinet considèrent comme radicalement guérie, s'arrête au mois de décembre 1861, et c'est le 11 août 1861 qu'est survenue la dernière péritonite traumatique que M. Philippart attribue à la perforation de la paroi kystique par l'injection.

La troisième observation est celle d'une femme de cinquante ans, dont le kyste « contenait 40 litres de liquide ». Cette femme, dont l'état général était déjà mauvais au début du traitement, mourut au bout d'un mois dans le marasme le plus complet, et épuisée par la suppuration fétide du kyste ovarique.

La quatrième malade a été la plus heureuse. Elle a guéri en moins de trois mois et demi à l'aide de la sonde et des injections iodées. Elle n'avait, il est vrai, que vingt-trois ans, et son kyste ne contenait que 4 litres de liquide.

Dans les réflexions dont il a fait suivre l'analyse très détaillée qu'il a donnée de ces quatre faits, M. Boinet a fait ressortir la difficulté que présente parfois le diagnostic des kystes de l'ovaire, si souvent pris pour des ascites. Dans un cas, le doute a persisté pour M. Philippart, même après une première injection iodée. Cependant l'absence de toute douleur au moment de l'injection devait, dit M. Boinet, éclairer sur la véritable nature de la maladie. Les kystes ovariques sont insensibles aux injections. Chez la première malade, par exemple, 200 grammes de teinture d'iode pure ont été laissés dans le kyste pendant dix minutes sans provoquer ni douleur ni inflammation. Le seul accident éprouvé par la malade a été de l'ivresse iodique, ivresse aussi différente de l'intoxication iodique que l'ivresse alcoolique est différente de l'alcoolisme. M. Boinet n'admet pas l'explication que M. Philippart a donnée des péritonites traumatiques survenues chez la seconde malade.

Si le kyste était une fois perforé comme le croit M. Philippart, il ne faudrait pas compter sur l'oblitération de cette perforation. Le liquide sécrété dans le kyste ne cesserait de couler dans le péritoine, et la mort serait inévitable. La pénétration du liquide de l'injection dans le péritoine est beaucoup plutôt due à la rupture, dans un point très limité, des adhérences qui unissent l'ouverture du kyste à l'ouverture abdominale. C'est donc, ajoute M. Boinet, à éviter ces déchirures, ces décollements des adhérences, que doivent tendre tous les efforts du chirurgien.

M. Boinet regrette qu'on ait employé les sondes à demeure chez la troisième malade. Dans un cas semblable, avec une tumeur aussi volumineuse et un état général aussi défavorable, il voudrait qu'on se contentât de faire des ponctions suivies d'injections iodées. Il faudrait avant tout chercher à réduire le volume du kyste, et ne recourir à la sonde à demeure qu'après avoir obtenu cette réduction du volume de la tumeur, et qu'après avoir constaté une tendance moindre du liquide à se reformer rapidement.

Toutefois M. Boinet est convaincu que, dans l'immense majorité des cas, une sonde à demeure peut être supportée par la malade, pendant des mois et même des années, sans déterminer d'accidents. Il trouve, de plus, à la sonde à demeure l'avantage de mettre à l'abri d'un épanchement de liquide dans le péritoine, et de favoriser la formation des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale.

« Le danger pour la malade ne vient pas de la présence de » cette sonde, en temps que corps étranger, mais bien du défaut de soins et de précautions de la part des chirurgiens et » des malades. » M. Boinet rappelle ensuite la nécessité de ponctionner le plus bas possible, afin que l'ouverture du kyste ne se trouve pas, après le retrait de la tumeur, beaucoup au-dessous de l'ouverture abdominale; ce qui rend extrêmement difficile l'écoulement du pus, et expose à tous les inconvénients du séjour prolongé de ce liquide dans la poche ovarique. Il faut aussi, ajoute M. Boinet, faire toujours la ponction du côté où le kyste a pris naissance.

Les kystes uniloculaires, qui contiennent un liquide épais, filant et gélatineux, sont les seuls auxquels le traitement dont il s'agit puisse s'appliquer. Les simples injections iodées sans sonde à demeure, suffisent souvent pour guérir les kystes uniloculaires dont le contenu est séreux, clair et limpide.

Quant aux kystes multiloculaires, dit en terminant M. Boinet, ils ne peuvent être traités par aucun de ces moyens; l'ovariotomie seule leur est applicable.

M. *Huguier* croit, comme M. Boinet, qu'il serait bon de ne faire la ponction que du côté où le kyste a pris naissance, mais il croit aussi qu'il est souvent impossible de dire si un kyste ovarique a pris naissance à droite ou à gauche.

Un kyste de l'ovaire gauche peut très bien se porter dans le cul-de-sac utéro-rectal, sur la ligne médiane, puis s'incliner à droite, et du moment où quelques adhérences se sont établies de ce côté, se développer tout entier dans la fosse iliaque droite.

S'il est vrai qu'il faut toujours ponctionner les kystes le plus bas possible, il n'est pas moins vrai, et M. Boinet a oublié de le dire, qu'il faut, toutes les fois que cela est possible, les attaquer par le vagin, surtout quand on veut employer les sondes à demeure. Enfin, ces sondes ne conviennent pas seulement, ainsi que l'a écrit M. Boinet, aux kystes uniloculaires à liquide filant, puisque leur emploi est nécessaire dans les kystes suppurés.

M. *Chassaignac* combat formellement l'emploi des sondes à demeure dans les kystes de l'ovaire. Chez une malade atteinte d'un de ces kystes et paraissant vouée à une mort prochaine, il fit une ponction par laquelle il introduisit un tube élastique à drainage, qu'il fit sortir par une contre-ouverture. Dans les premiers jours qui suivirent l'évacuation du kyste, l'état de la malade s'améliora très manifestement, son appétit et ses forces revinrent. Pendant cette première période du traitement, deux autres malades vinrent à l'hôpital réclamer des soins pour des affections semblables. Encouragé par sa première tentative, M. Chassaignac traita ces deux malades comme il avait traité la première. Le succès, — au début, du moins, — fut le même, et bientôt après une quatrième malade fut soumise au même traitement. Les bons résultats de ce drainage ne furent pas de longue durée. La première malade mourut épuisée par la suppuration de son kyste, et deux autres succombaient dans le même marasme. Une seule opérée échappa au sort de ses compagnes.

M. Chassaignac ne veut pas assimiler complétement cette méthode à la méthode conseillée par M. Boinet; il convient qu'il n'a fait ni injections iodées ni injections détersives, mais il croit que ces faits sont très défavorables à l'idée de faire traverser les parois de l'abdomen par un corps étranger laissé à demeure.

M. *Laborie* proteste avec M. Chassaignac contre l'emploi des sondes à demeure, et surtout contre la disposition où est M. Boinet, d'attribuer à l'impéritie ou à la négligence des chirurgiens les insuccès qu'éprouverait sa méthode.

M. *Depaul* ne trouve pas que les faits de M. Philippart soient aussi concluants qu'ils le paraissent à M. le rapporteur, ou du moins ils ne le sont pas dans le sens le plus favorable. En effet, sur quatre opérées deux sont mortes, et il y en a une troisième qui deux fois a failli mourir. Est-il bien certain que la péritonite suraiguë qui a emporté la première malade ait été le résultat de manœuvres maladroites? Rien ne le prouve; on ne peut pas même affirmer que le liquide ait pénétré dans la cavité péritonéale. Chez la malade dont le kyste contenait, dit-on, 45 litres de liquide, a-t-on mesuré exactement tout ce qui a été retiré de la tumeur? Comment se fait-il, enfin, que les kystes ovariques aient été si difficiles à diagnostiquer dans trois de ces cas? Une ascite, et surtout une maladie utérine, sont, quoi qu'en dise M. Boinet, le plus souvent très faciles à distinguer d'un kyste de l'ovaire. Il y a plus d'un *desideratum* à combler dans ces observations, dans celle, entre autres, qui se termine au mois de décembre dernier, c'est-à-dire beaucoup trop tôt pour qu'on puisse affirmer la guérison, et surtout une guérison radicale.

M. *Boinet* est convaincu que, s'il est parfois difficile de dire de quel côté un kyste a pris naissance lorsque ce kyste est très volumineux, la même difficulté n'existe pas quand il est petit. Et même, dans le cas d'un kyste volumineux, les renseignements fournis par la malade peuvent éclairer le chirurgien, et, de plus, on trouve par le toucher le fond de l'utérus incliné du côté opposé à celui où le kyste s'est formé primitivement.

Les ponctions par le vagin seraient le plus souvent impos-

Digitized by Google

sibles ou périlleuses, et exposeraient à tomber dans le cul-de-sac rétro-utérin plutôt que dans le kyste.

Le procédé de M. Chassaignac n'est pas comparable à celui de la sonde à demeure. Le kyste, en quelque sorte fixé par le tube élastique qui le traverse en deux endroits, ne peut revenir sur lui-même, ou bien s'il n'y a pas d'adhérences, et que la paroi kystique s'éloigne un peu de la paroi abdominale, il peut tomber des liquides irritants dans le péritoine par l'une des ouvertures du tube à drainer.

Dr P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la non-identité du chancre et de la syphilis, par Reder.

Au mois de novembre dernier, Reder a fait à la Société des médecins de Vienne (section de physiologie et de pathologie) une communication qui a soulevé une vive discussion, et dont nous croyons devoir reproduire ici les conclusions fondamentales, bien que nous ne soyons pas suffisamment éclairé sur la valeur de certains arguments invoqués par l'auteur.

Il y a lieu, d'après Reder, de séparer complétement la syphilis du chancre, de même qu'on a séparé la blennorrhagie et la syphilis. Voici les motifs qui nécessitent et justifient cette scission (nous traduisons textuellement) : 1° La plupart des chancres sont des accidents locaux, et, lorsque la syphilis succède à ces accidents, elle ne dépend ni du siége du chancre, ni des conditions hygiéniques du malade, ni du traitement, ni d'aucune influence extérieure appréciable; 2° si c'est la résorption du pus chancreux qui produit la syphilis, on doit constater un rapport direct entre la fréquence de cette dernière d'une part, la grandeur, le nombre et la durée des ulcérations d'autre part, car les chances de résorption sont grandement accrues par toutes ces circonstances; 3° s'il est vrai que la syphilis paraît souvent naître d'un chancre, en revanche jamais le chancre ne naît de la syphilis; 4° la syphilis préserve de la syphilis, le chancre préserve du chancre; mais la syphilis ne met pas à l'abri du chancre, et *vice versa*; 5° le chancre a existé à une époque et dans des lieux où l'on ne connaissait pas la syphilis; 6° la syphilis n'est pas communicable de l'homme aux animaux, tandis que le virus du chancre est inoculable dans ces conditions.

En résumé, il existe trois maladies vénériennes : la blennorrhagie, le chancre et la syphilis.

Aborder ici la discussion de ces diverses propositions est chose impossible; et d'ailleurs, en raison des oscillations singulières que subissent depuis quelques années les doctrines de la syphilis, il serait difficile peut-être de conclure. A Vienne, après une discussion animée à laquelle ont pris part, entre autres, Michaelis et Hebra, on a dû se borner à en appeler à l'observation ultérieure. Mais, afin de ne rien enlever de sa valeur à la communication de Reder, nous devons consigner ici un argument qu'il a fait valoir dans le cours de son exposé, et qu'il n'a pas reproduit dans les propositions précédentes; or, cet argument est peut-être le meilleur appui de sa thèse. Il est bien établi aujourd'hui, et, dans un travail récent, Zeissl (de Vienne) est encore revenu sur ce point, que l'*induration* est un produit *syphilitique*. « Par conséquent, dit Reder, il ne s'agit point de distinguer entre plusieurs espèces de chancres, il s'agit avant tout de distinguer entre le chancre et la syphilis. » (*Wochenblatt der Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1861, n° 50.) J.

Observation de paralysie d'une des cordes vocales, par Morell Mackenzie.

Un jeune homme de vingt-quatre ans était entré à London hospital pour une aphonie presque complète qu'on attribua à une phthisie laryngée, en raison de quelques signes généraux de tuberculisation, et d'une légère matité au sommet de l'un des poumons. Cependant l'examen laryngoscopique ne fit découvrir aucune ulcération, aucun dépôt anomal sur la muqueuse laryngée; en revanche, il permit de constater une paralysie de la corde vocale gauche. Pendant l'émission d'un son, on voyait la corde vocale droite vibrer activement et s'avancer jusqu'à la ligne médiane, tandis que celle du côté gauche restait à peu près complétement immobile. La phthisie laryngée était donc plus que douteuse; on examina plus attentivement le malade, et, au bout de quelques jours, on découvrit chez lui des troubles évidents de la motilité volontaire. Bientôt ces désordres prirent les caractères d'une paralysie généralisée, et l'on apprit enfin que ce garçon avait été soumis, dans l'exercice de sa profession, à une intoxication arsenicale chronique. Dans un examen ultérieur, on vit que la corde vocale gauche avait perdu de son volume et présentait une coloration beaucoup plus pâle que sa congénère; il y avait là, dit justement Mackenzie, une altération de nutrition consécutive à l'altération de l'innervation. L'auteur, en rapportant ce fait, a eu surtout en vue l'importance de l'examen laryngoscopique pour un diagnostic précis, et certes ce fait est, à ce point de vue, extrêmement significatif; mais il nous paraît présenter, en outre, une très grande importance clinique, parce qu'il nous montre une paralysie, par intoxication arsenicale, débutant sourdement et lentement par la paralysie isolée de l'une des cordes vocales, et amenant ainsi une aphonie qui a précédé de plusieurs jours les autres symptômes paralytiques. (*Medical Times and Gazette*, 11 janvier 1862.) J.

Sur les ecchymoses sous-pleurales comme signe médico-légal, par Dégranges et Lafargue.

Dans une des séances de la Société de médecine de Bordeaux, les auteurs ont rendu compte de l'autopsie judiciaire d'une femme morte d'apoplexie à neuf mois de grossesse. Une heure après la mort, l'opération césarienne fut pratiquée, et un enfant fut retiré mort sans avoir, par conséquent, éprouvé aucune espèce de sévices. Or, en examinant le corps de cet enfant, Dégranges et Lafargue ont constaté, à la surface des poumons, des ecchymoses sous-séreuses parfaitement évidentes. Ce fait est peut-être exceptionnel; mais il n'en est pas moins d'une grande importance, puisque Tardieu attribue une valeur absolue et générale à ces ecchymoses, comme signe d'asphyxie provoquée par la pression manuelle sur le col, strangulation proprement dite. Dans le fait actuel, un médecin non prévenu des circonstances antérieures, et appliquant dans toute sa rigueur la règle que nous venons de rappeler, aurait été certainement conduit à des conclusions erronées. (*Union médicale de la Gironde*, 1861, n° 12.)

Extirpation du rein, pour un cancer encéphaloïde, par M. Wolcott.

Obs. — Le 4 juin 1861, dit M. Ch. Stoddard, je fus prié, par le docteur Wolcott, de Milwaukie (Amérique), de l'assister dans une extirpation de tumeur abdominale chez un homme âgé de cinquante huit ans. Le malade était de grande taille, maigre, très émacié; son teint montrait qu'il était atteint d'une grave affection organique. Il s'était toujours bien porté jusqu'à l'apparition de la tumeur, six années auparavant. Son médecin ordinaire nous apprit que depuis ce moment il y eut quelques troubles dans la sécrétion de l'urine, qui parut contenir de l'albumine.

Nous trouvâmes la région de l'hypochondre droit occupée par une large tumeur soulevant la paroi abdominale. La palpation la montrait comme demi-solide, attachée par un pédicule probablement vers le foie; mais elle semblait plus adhérente, et par une large surface, à la partie postérieure de l'abdomen. N'ayant pas de renseignements antérieurs suffisants, et en prenant en grande considération l'état d'anxiété du malade, la disparition de la santé, nous crûmes qu'une opération pouvait seule lui offrir une chance de la recouvrer; mais nous le prévînmes, ainsi que ses amis, que cette opération était grave. Notre diagnostic fut que nous avions affaire à une tumeur kystique du foie, pressant sur le rein et produisant assez d'irritation pour amener une albuminurie. Après adminis-

Digitized by Google

tration du chloroforme, le docteur Wolcott fit une incision dans toute l'étendue de la tumeur, et la prolongea profondément jusqu'au péritoine, que nous trouvâmes épaissi et un peu adhérent. Il incisa la tumeur, que nous trouvâmes être une masse encéphaloïde. Il chercha à la détacher de ses adhérences postérieures, et il trouva, vers sa partie supérieure, des tissus épaissis en forme de corde d'un pouce de circonférence, qui semblaient partir du bord postérieur du foie. Il lia avec soin le pédicule, le coupa et enleva la tumeur.

Les lambeaux furent rapprochés et réunis par la suture et des bandelettes adhesives. Lorsque le malade eut cessé d'être sous l'influence du chloroforme, on lui fit prendre des opiacés pour amener le sommeil.

La tumeur pesait environ deux livres et demie ; en l'incisant, nous vîmes, sans pouvoir en douter, que nous avions affaire au rein, car une petite partie de son extrémité supérieure, exempte d'altération, présentait les tubes urinifères avec leur aspect normal.

Le malade survécut quinze jours à l'opération, et mourut, en apparence, de l'épuisement amené par la grande quantité de suppuration qui suivit cette opération. (*Med. and Surg. Reporter*, Philadelphie, 1861, p. 126.)

Si nous ne nous trompons pas, c'est la première fois que le rein se trouve enlevé par une opération chirurgicale, et l'on peut à bon droit s'étonner qu'on l'ait pratiqué dans un cas comme celui-ci, alors que le malade paraissait déjà en proie à la diathèse cancéreuse. Il serait juste de dire cependant, si cela pouvait justifier l'opération pratiquée, qu'elle a été faite par suite d'erreur de diagnostic. Mais quelle était l'opinion des chirurgiens? Ils croyaient avoir affaire à une tumeur kystique du foie, et l'on ne comprend pas davantage l'opération pratiquée.

En admettant un diagnostic juste, celui d'un cancer, d'une affection organique du rein, on comprendrait encore que la hardiesse, et, pour dire le mot, la témérité chirurgicale puisse engager à pratiquer une opération sur un organe placé en dehors de la cavité péritonéale, laquelle pourrait être respectée, grâce à l'épaississement des séreuses au niveau des inflammations; mais lorsqu'il s'agit d'une tumeur du foie, c'est-à-dire d'un *organe placé dans* la cavité péritonéale, qu'il faut ouvrir de toute nécessité pour pratiquer une extirpation portant sur un viscère si important, et dont on se propose de retrancher une partie, on ne peut que blâmer de semblables tentatives. Aussi avons-nous rapporté cette observation, non comme un exemple à suivre, mais comme un fait de témérité opératoire à éviter. Il est remarquable toutefois que la vie ait pu se prolonger quinze jours après une opération aussi grave que celle de l'extirpation d'un des reins.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Relatorio da epidemia de febre amarella em Lisboa no anno 1857, feito pelo conselho extraordinario de saude publica do reino (*Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Lisbonne en 1857, par le conseil extraordinaire de santé publique du royaume*).

Anatomia pathologica e symptomatologica de febre amarella em Lisboa no anno 1857, pelo Dr da Costa Alvarenga (*Anatomie pathologique et symptomatologique de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857* ; traduction de M. le Dr P. Garnier. J.-B. Baillère et fils, 1861).

(Suite et fin. — Voir le numéro 4.)

Le livre de M. Alvarenga est uniquement consacré aux caractères physiques et cliniques de la fièvre jaune, c'est-à-dire à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie. L'auteur ne s'explique pas sur les raisons qui l'ont déterminé à passer sous silence ce qui a rapport à l'étiologie et au traitement; peut-être est-ce parce qu'il nous réserve un second travail sur ces points importants.

L'étude de l'anatomie pathologique est faite d'après la méthode numérique, et voici quels en sont les éléments : 63 autopsies pratiquées à toutes les époques de l'épidémie, et divisées en catégories, suivant la durée de la maladie, suivant le temps qui s'est écoulé de la mort à l'ouverture du cadavre, suivant la constitution, le sexe et l'âge du sujet. Chaque organe est scrupuleusement examiné au point de vue de la couleur, de la consistance, du volume ou de la capacité, des liquides accumulés dans les parenchymes ou contenus dans les cavités. L'analyse chimique et le microscope sont mis en usage toutes les fois qu'il y a lieu, et le plus souvent chaque caractère est mis en rapport de fréquence avec les diverses conditions suivant lesquelles ont été classés les cadavres; tout cela exprimé par des chiffres et résumé dans des tableaux synoptiques. Une indication précieuse manque, toutefois, à un travail aussi minutieusement fait : c'est celle des rapports qui peuvent exister entre les lésions cadavériques les plus importantes et les symptômes les plus saillants qui ont été observés pendant la vie. Les caractères anatomiques de la fièvre jaune étant généralement connus aujourd'hui, nous nous bornerons à signaler les appréciations et les observations qui sont propres à l'auteur, ou qui diffèrent des travaux déjà publiés sur le même sujet.

La couleur jaune extérieure, ayant manqué dix fois, est signalée comme un caractère fréquent, mais non constant. D'après nos propres observations, la teinte jaune peut n'être pas apparente extérieurement et se rencontrer dans les tissus profonds, ce qui fait que nous la considérons comme un caractère essentiel. Les lésions de l'encéphale, substance et enveloppes, variables d'intensité et d'aspect, sont signalées comme plus fréquentes dans la pulpe nerveuse, quand la mort a lieu dans le premier septénaire, et dans les méninges, quand elle arrive dans le second; plus prononcées quand l'autopsie se fait à court délai, elles ne sont pas sûrement des altérations cadavériques. Ici particulièrement il était utile de faire un rapprochement entre la nature et l'intensité des lésions d'un côté, la forme et la gravité des symptômes cérébraux de l'autre. Au cœur, M. Alvarenga n'a pas observé, en aussi grand nombre et aussi prononcées qu'on l'a fait ailleurs, les altérations de volume et de consistance, les caillots mous et ambrés, durs et fibrineux. L'accumulation du sang dans les poumons est générale, d'après lui, et se présente tantôt sous forme d'hypérémie simple, tantôt sous forme d'extravasation hémorrhagique, et celle-ci envahit tout l'organe, qui semble alors une masse de sang veineux coagulé ou formée de noyaux indurés et isolés. Cette description est très exacte. Les altérations de l'estomac sont présentées comme n'ayant d'importance que par la nature des liquides contenus; ces liquides, qui ne sont que du sang pur ou altéré, coexistant fréquemment avec la teinte rouge de la muqueuse, l'auteur en conclut que celle-ci n'est que hypérémiée, conclusion moins bien justifiée par cette coïncidence, selon nous, que par celle plus fréquente encore de la décoloration grisâtre de la membrane avec la matière noire, celle-ci considérée comme produit d'hémorrhagie. L'intégrité de la rate est signalée avec raison comme un caractère négatif qui différencie la fièvre jaune et les fièvres intermittentes. Mais c'est à l'étude de l'altération du foie que l'auteur a donné le plus de développement et de soin. La teinte jaune du parenchyme, avec ses variétés de nuance, est l'objet de remarques particulières: ainsi, elle est présentée comme souvent parsemée de points rouges dont le nombre et l'étendue sont en raison inverse du degré d'altération de l'organe, attendu que ce sont des portions encore saines ou déjà reconstituées ; son intensité est signalée comme plus prononcée au lobule de Spigel et à la face concave, à droite surtout; elle l'est moins à la face convexe, et va en diminuant du bord antérieur au bord postérieur. Le retour à l'état normal se fait en sens inverse et par des points centraux; il a été trouvé complet au bout de vingt-deux jours chez des sujets morts de maladie intercurrente, ce qui ne doit pas plus étonner, dit l'auteur, que de trouver la dégénérescence graisseuse complète au bout de trois jours. L'augmentation de consistance n'est pas aussi fréquente ici qu'elle l'est ailleurs, et la friabilité est en raison inverse de la consis-

tance. Avant de faire connaître les caractères histologiques constatés par le microscope, l'auteur se livre à une revue critique des travaux les plus récents des micrographes sur la structure du foie à l'état physiologique, particulièrement de ceux de MM. Lereboulet, Kolliker et Morel. Cette description de l'anatomie normale de l'organe avant l'indication de ses caractères pathologiques dans la fièvre jaune serait un hors-d'œuvre dans un traité général; dans un mémoire spécial elle donne plus de précision à des découvertes récentes qui demandent à être entourées de toutes les garanties désirables. Ce point bien déterminé, si l'on place une lame ou un fragment pris à un foie de fièvre jaune sur le porte-objet du microscope, les cellules apparaissent toujours pleines de globules graisseux, quelques-uns tellement volumineux qu'ils remplissent complétement la cellule; une pression sur la plaque de verre qui recouvre la préparation suffit pour vider ces cellules, qui alors apparaissent distinctes des globules de graisse. Les noyaux et les granules se sont convertis en graisse ou ont été absorbés. Il y a donc accumulation de graisse intra et extra-cellulaire, altération analogue à celle qu'on a désignée sous le nom de foie gras, et différente de celle qu'on a décrite dans ces derniers temps sous le nom d'atrophie aiguë. Le foie gras se rencontre aussi dans l'affection tuberculeuse, la péritonite cancéreuse, la cirrhose, la scrofule, suivant quelques-uns; mais, dans aucune maladie, il n'est aussi fréquent que dans la fièvre jaune. Après l'étude microscopique vient l'analyse chimique, entourée des plus grandes précautions et décrite de la manière la plus précise; elle permet de déterminer la quantité de graisse accumulée, qui se trouve quelquefois de 2 gros et 27 grammes par once de tissu, celle d'un foie sain n'étant que de 1 gros et 2 grammes. L'auteur a voulu aussi voir ce que devenait la fonction glycogénique du foie dans la fièvre jaune, et il est arrivé à ce résultat, que le sucre peut se rencontrer dans l'organe, malgré la dégénérescence graisseuse la plus prononcée, mais que d'ordinaire il disparaît quand la maladie se prolonge. Enfin la vésicule, les conduits biliaires et la bile elle-même étant trouvés fréquemment altérés, l'auteur en conclut que la sécrétion de la bile doit être considérée comme viciée dans la fièvre jaune, soit qu'on la prenne à sa source, soit qu'on l'examine dans ses voies d'excrétion. Dans les reins, à part l'hypérémie commune à tous les organes, les altérations n'ont rien de remarquable et sont peu en rapport, par conséquent, avec l'albuminurie que présentent tous les cas graves pendant la vie, comme nous le dirons. La rétraction et l'épaisseur de la vessie, l'absence ou l'altération de l'urine, caractères dont la fréquence a été constatée à peu près également dans toutes les épidémies, paraissent à M. Alvarenga jouer un rôle important dans la pathogénie de la fièvre jaune. Il ne dit pas malheureusement, et nous ne voyons pas bien de quelle manière.

Revenant à la fin sur toutes ces altérations, il fait remarquer que celle du foie est la plus notable de toutes; M. Louis, qui en avait décrit les caractères physiques, la regardait comme spécifique, mais différente de la dégénérescence graisseuse; le docteur Budd et d'autres médecins ont bien expliqué la coloration jaune par la présence de la graisse; mais le docteur Clarck, le premier, l'a mise en lumière, en examinant les cellules hépatiques au microscope, et la désignant sous le nom de *dégénérescence graisseuse aiguë* du foie. Plus tard, le docteur Laroche (de Philadelphie) a signalé ce caractère comme essentiel de la fièvre jaune et différentiel de cette fièvre et des autres pyrexies; mais les médecins de Lisbonne en 1857 ont été plus loin que leurs prédécesseurs, en se servant de l'analyse chimique pour extraire et peser la graisse accumulée. Après le foie graisseux, pour la fréquence, viennent la couleur jaune de la peau, puis la matière noire de l'estomac et des intestins, et enfin la congestion ou même l'hémorrhagie pulmonaire. Quant aux autres altérations, elles manquent dans le plus grand nombre des cas, et ne doivent être considérées que comme des caractères secondaires. Une seule lésion est commune à tous les organes, c'est l'hypérémie, si l'on excepte pourtant le foie, qui est plutôt anémié que hypérémié. Une dernière remarque enfin, c'est que le foie gras, la plus remarquable de toutes ces altérations, n'explique pas la nature de la maladie, attendu qu'il se rencontre dans d'autres maladies et qu'on peut même le faire naître par certains procédés hygiéniques. Il ne peut pas davantage servir à localiser la fièvre jaune, qui n'est pas plus une maladie du foie que de tout autre organe, mais bien une maladie *totius substantiæ*, dans laquelle le sang et les nerfs sont probablement les premiers affectés.

La symptomatologie, qui forme la seconde partie du livre que nous analysons, présente d'abord le tableau général de la maladie, puis revient en détail sur les principaux symptômes. L'auteur constate que la fièvre jaune de Lisbonne a été, au fond, ce qu'elle est toujours, quelle que soit l'époque ou le climat où elle sévit. Il admet trois périodes, dans la description desquelles nous ne ferons que relever quelques particularités, les caractères généraux de la maladie étant bien connus. La première période, dit-il, sert souvent à mesurer la gravité du mal et réunit quelquefois les symptômes des autres périodes. Les phénomènes qui frappent le plus l'attention sont : la prostration, qui fut générale à Lisbonne, — qui est rare pourtant dans d'autres épidémies, — le coup de barre; la rougeur des conjonctives, dont l'importance est signalée avec raison; mais surtout, — observation nouvelle pour cette période, — l'albuminurie. Ce dernier symptôme est rare, sans doute; néanmoins, l'albumine a été constatée par le feu et par les réactifs. Les médecins, qui regardent l'apparition de l'albumine comme le signe du passage de la première période à la deuxième ou à la troisième, se trompent donc, dit l'auteur. La deuxième période, suivant lui, est une période de rémission, caractérisée par la cessation des premiers symptômes, qui ne se rencontrent plus ou sont remplacés par ceux de la troisième. Cette rémission manque bien souvent; mais, quand elle existe, elle donne lieu à des remarques importantes sur la modification des urines. Ainsi, sur 12 malades examinés, l'albumine a été constatée 11 fois à la deuxième période, et sur 3 de ces malades *seulement la maladie* continua et passa à la troisième période. Ce phénomène n'est donc pas non plus un indice du développement de la troisième période. Remarquons, à l'égard des périodes de la fièvre jaune, que la seconde manque souvent; que pour cette raison beaucoup de médecins n'en reconnaissent que deux, et que la première se confond assez fréquemment avec la troisième, d'après M. Alvarenga lui-même. Dans la dernière période, qu'il appelle caractéristique, sont signalés successivement : la couleur jaune, ayant son siége de prédilection aux conjonctives et manquant quelquefois; l'état de la langue et l'odeur de l'haleine, trouvée quelquefois seulement *sui generis*; les hémorrhagies, en tête desquelles, pour la fréquence, se place l'épistaxis, — assez rare pourtant ailleurs, tandis qu'il est à peine parlé ici des hémorrhagies par les piqûres de sangsues et les scarifications, qui sont ordinairement les premières; — le vomissement noir, qui à Lisbonne n'a pas eu la gravité qu'on lui prête généralement; la suppression d'urine, suivie aussi de guérison dans un quart des cas; les urines, bilieuses dans quelques cas seulement, albumineuses plus souvent (60 fois sur 100), présentant au microscope des cylindres, des cellules épithéliales, des leucocythes, des globules rouges; l'oppression épigastrique, dépendant d'un trouble de l'innervation plutôt que d'une altération de la respiration, reconnaissable à l'oreille; les accidents nerveux, tantôt ataxiques, tantôt typhoïdes; enfin les phénomènes particuliers de gangrène, de parotide, d'abcès, etc.

Quant aux formes, M. Alvarenga dit avec raison qu'il est impossible d'en décrire qui puissent servir de types, tant sont variables les symptômes particuliers; il reconnaît seulement, comme nous, trois degrés de gravité à la maladie, un léger et un très grave, qui n'ont, à vrai dire, qu'une seule période, et entre ceux-là de nombreux degrés qui présentent assez distinctement trois périodes et expriment la physionomie la plus générale de la maladie.

Les symptômes particuliers soumis par l'auteur à une ana-

Digitized by Google

lyse détaillée, sont les hémorrhagies, les excrétions par haut et par bas, l'ictère et l'albuminurie. Les diverses hémorrhagies, qui doivent être considérées comme le plus notable de tous, soit par leur fréquence, soit par leur gravité, sont quelquefois assez abondantes pour être cause directe de mort; et pourtant, les cas d'hémorrhagie multiples ont donné une guérison sur 2.66 à Lisbonne. A l'occasion de ce symptôme, M. Alvarenga se livre à une scrupuleuse analyse de l'altération du sang, considérée par les uns comme cause des hémorrhagies seulement, par les autres comme point de départ de tous les accidents. Les observateurs varient beaucoup sur les seuls caractères physiques de ce liquide; ce que la plupart accusent pourtant, c'est la plasticité plus grande et la couenne du caillot dans la première période; la défibrination, la fluidité, la dissolution, avec abaissement des globules, dans la deuxième et la troisième, quand la maladie parcourt complétement et régulièrement ses phases. A Lisbonne, l'absence de couenne et le défaut de plasticité au début ont été fréquents; l'examen au microscope n'a pas présenté d'altération appréciable. Après avoir examiné les diverses opinions qu'ont émises les auteurs sur ces caractères, l'auteur conclut à ce que l'altération qui les constitue ne diffère pas de celle qui se rencontre dans d'autres maladies où l'hémorrhagie est le symptôme dominant, et que, par conséquent, elle n'a rien de spécial à la fièvre jaune. Qu'on la regarde comme la cause des hémorrhagies, rien de mieux; mais qu'on n'en fasse pas la cause productrice de la maladie et de ses symptômes. L'altération du sang, ajoute-t-il, paraît être l'effet d'une cause générale spécifique, qui agit sur tout l'organisme en déterminant une perturbation profonde de l'innervation; mais est-ce par l'intermédiaire du sang ou est-ce directement que cette cause produit les accidents morbides? C'est là un problème pathogénique qui ne peut avoir de solution dans l'état actuel de nos connaissances, la nature de la cause spécifique et celle de l'altération du sang restant inconnues. Le vomissement noir, pour tout le monde aujourd'hui, est un produit de gastrorrhagie dans lequel le sang, pur ou altéré, se mêle à la bile et aux liquides contenus dans l'estomac. Sur 178 cas où ce symptôme a été noté par l'auteur, 40 ont guéri, proportion très favorable et particulière à cette épidémie. Au microscope, la matière noire a présenté : 1° des globules de sang décolorés; 2° des fragments irréguliers constitués par de la matière colorante et par de la biliverdine; 3° des cellules épithéliales pavimenteuses; 4° accidentellement des globules de graisse; 5° quelques cristaux formés par des sels de chaux, des acides, des substances graisseuses; 6° des vibrions, les uns vivants, les autres morts, si le vomissement est ancien; 7° des globules de ferment gastrique et quelques capillaires sanguins, s'il est récent. Par l'analyse chimique, elle a donné les résultats suivants : réaction acide, aucun changement par les acides minéraux et l'alcool; réaction constante par les alcalis; dépôt de chlorure par l'azotate d'argent; trouble léger du liquide par l'azotate de baryte; une fois du glycose par la liqueur de Barreswil; dépôt de chlorure de sodium par l'évaporation. Pour ce qui est de la teinte jaune extérieure, l'auteur se demande si elle est d'origine sanguine ou bilieuse. Il analyse longuement les expériences contradictoires faites sur la présence ou l'absence de la bile dans le sang des ictériques en général; puis il rappelle que, dans ces derniers temps, MM. Chapuis et Ballot, médecins en chef dans nos colonies, ont reconnu les deux espèces d'ictère dans la fièvre jaune. Mais, selon lui, si la cholhémie est considérable et fréquente dans cette maladie, ce n'est cependant pas la nature d'ictère qui lui est propre; pour diverses raisons, il incline à penser que cet ictère se lie à la congestion et à l'hémorrhagie, ce qui n'empêche pas l'ictère bilieux, avec lequel il se combine souvent. Enfin, pour l'albuminurie, l'auteur procède comme il a déjà fait pour d'autres caractères anatomiques ou symptomatiques importants; il expose l'état de la science sur la cause du phénomène dans les autres maladies, et discute les deux doctrines qui se partagent l'explication de ce point de physiologie pathologique : celle qui le fait dépendre d'une altération anatomique du rein, et celle qui le fait remonter à une altération préalable du sang. Après avoir rappelé les lésions organiques sur lesquelles s'appuie la première et développé les considérations physiologiques qui servent de base à la seconde, il admet l'opinion que l'une et l'autre sont admissibles, et qu'il est impossible de savoir au juste si c'est l'altération du sang qui a précédé la lésion rénale ou si c'est le contraire. Faisant ensuite application de ces théories à l'albuminurie de la fièvre jaune, M. Alvarenga commence par rendre hommage à l'importance des observations faites à la Martinique par MM. Chapuis et Ballot en 1855 et 1856, tout en reprochant à ces médecins de n'avoir pas recherché la fréquence proportionnelle du phénomène, de n'avoir pas déterminé la quantité de l'albumine, de n'avoir pas mieux précisé la période de la maladie à laquelle il se manifeste, enfin de n'avoir pas eu recours au microscope, circonstances qui n'ont pas été omises à Lisbonne. Il attache beaucoup d'importance à la constatation de l'albumine à la première période de la maladie, même dans les cas légers qui s'arrêtent à cette période, et il l'explique par l'hypérémie qui s'étend à tous les organes dès le début, et par la présence dans l'urine, dès lors aussi, des cylindres fibrineux provenant de la desquamation épithéliale des *tubuli*, double caractère anatomique de l'albuminurie en général. Dans les cas où l'albumine disparaît après la première période, bien que la maladie suive son cours, il pense que l'altération rénale a pu guérir indépendamment des progrès du mal. Trouvant aussi de l'albumine dans la seconde période seulement, qu'il y ait ou non une troisième période, il voit là un fait contraire au rapport direct établi par les observations de M. Ballot entre le degré de l'albuminurie et la gravité ou le pronostic de la maladie. Il peut y avoir dans cette appréciation de l'auteur quelque confusion, car M. Ballot n'assigne que deux périodes à la fièvre jaune, et ce que celui-ci dit de la seconde s'applique très bien à ce que dit celui-là de la troisième. M. Alvarenga cite, d'ailleurs, trois faits à l'appui de sa théorie : un premier, où l'albumine des urines a été en augmentant jusqu'à la mort; un deuxième, où elle a continué à augmenter, malgré l'entrée en convalescence; un troisième, où, abondante le premier jour, elle a diminué jusqu'au quatrième jour, qu'est survenue la mort. Du reste, tout en penchant pour la théorie anatomique de l'albuminurie, il donne satisfaction à la théorie physiologique, en disant que les altérations du foie et celles des voies digestives étant de nature à faire prédominer les matières albuminoïdes dans l'économie, on aurait pu prévoir ce phénomène.

A la fin du texte portugais se trouvent quinze tableaux statistiques, qui sont la reproduction de ceux que nous avons mentionnés en analysant le rapport du conseil supérieur sur l'épidémie, et un long tableau synoptique relatif à l'anatomie pathologique, que M. Garnier a placé à la suite de la première partie, dans sa traduction.

Rendons hommage en terminant au consciencieux et savant travail de M. Alvarenga. Les procédés d'investigation auxquels il a été soumis, la méthode sévère et exacte d'après laquelle il a été élaboré, permettent aujourd'hui de ranger la fièvre jaune, pour ses caractères anatomiques et symptomatiques, à côté des maladies les mieux étudiées. Nous ne ferons qu'un reproche à l'auteur, c'est de n'avoir pas donné tout au long les observations qui ont servi de base à ses analyses et à ses statistiques. Quand on raisonne et qu'on calcule d'après les faits, il faut d'abord les exposer avec tous leurs détails.

Dr Dutroulau.

Digitized by Google

VI

VARIÉTÉS

— M. le docteur Charpentier, médecin en chef de l'infirmerie Marie-Thérèse, est mort le 1er février.

Il est remplacé par M. le docteur A. Bossu, et M. le docteur Blachez est nommé médecin-adjoint de cet établissement.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements le lundi 10 février, à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, pour le continuer tous les jours, le jeudi excepté.

— Le lundi 2 juin prochain, il sera ouvert un concours public pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant le 2 juin 1862, au secrétariat de l'administration de l'Hôtel-Dieu.

— La chirurgie belge vient de faire une perte immense. M. le docteur L. Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles, auteur de la méthode amovo-inamovible, vient de succomber à la suite d'une affection organique du cœur.

— M. le docteur Eugène Durand (de Toulouse) vient de mourir presque subitement.

— Le docteur Riberi a fondé un prix triennal de 20 000 livres à décerner par l'Académie médico-chirurgicale de Turin. Seront admis à concourir, jusqu'au 31 décembre 1864, tous les ouvrages imprimés (deux exemplaires) ou manuscrits (en latin, italien ou français), concernant les sciences médicales, et en particulier ceux qui réalisent un progrès important dans la science.

— La Société des sciences médicales a renouvelé son bureau, qui se trouve composé comme il suit pour 1862 : *Président*, M. Lagneau ; *vice-président*, M. Chailly ; *secrétaire général*, M. Alix ; *secrétaires annuels*, MM. Mallez et Fournié (de l'Aude) ; *trésorier-archiviste*, M. Boutin.

— La Société de médecine de Caen, ayant décidé qu'elle admettait dans son sein des représentants de la science vétérinaire, vient de créer deux places de membres titulaires résidants. Ces deux places ont été rapidement occupées. Deux vétérinaires distingués, MM. E. Gautier et C. Hornez, ont été admis.

— Par arrêté du 30 janvier, M. Milne Edwards, membre de l'Institut, membre du Comité des travaux historiques et des sociétés savantes, est nommé vice-président de la section des sciences du Comité.

— On annonce un concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'École d'application du Val-de-Grâce, qui doit s'ouvrir le 1er avril. L'un de ces emplois se rattache à l'enseignement de la médecine opératoire et des appareils, l'autre à celui de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

— L'autorité militaire supérieure a autorisé M. le docteur Howard, attaché au service sanitaire des armées anglaises, à visiter les casernes occupées à Paris par les divers corps de la garde impériale et de la ligne.

— Le total des souscriptions pour l'érection d'une statue au baron Larrey, s'élève jusqu'ici à 5819 fr. 50 c. On souscrit chez M. le receveur général de Tarbes.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Journaux.

Aerztliches Intelligenz-Blatt. — 1861. — N° 4. Sur la lithotomie et la lithotripsie avec suture, par *Nussbaum*. — 10. Sur l'emploi du chloroforme, par *Nussbaum*.

Archiv der Heilkunde. — Tome II. — 2e livraison. L'ectropion du museau de tanche, par *Roser*. — Des productions granuleuses du foie, par *Wagner*. — Valeur pronostique de l'herpès dans la pneumonie, par *Geissler*. — Proportion d'eau contenue dans les os, par *Friedleben*. — Le diabète sucré, par *Weikart*. — 3e livraison. Traitement de la paralysie spinale progressive par le nitrate d'argent, par *Wunderlich*. — Structure du cancer du foie, par *Wagner*. — Diagnostic des *trichina*, par *Wunderlich*. — Cas d'enchondrome, par *Wagner*. — Cancer primitif du pancréas, par *le même*. — 4e livraison. Le collapsus dans les maladies fébriles, par *Wunderlich*. — Rétrécissement de l'orifice urétral, par *Roser*. — Critique des travaux de clinique médicale, par *Valentiner*. — 5e livraison. Sur la valeur sémiotique du mouvement de manége, par *Friedberg*. — Étude thermométrique du typhus, par *Wunderlich*. — Sur la métamorphose graisseuse primitive de la tunique musculeuse de l'intestin grêle, par *Wagner*. — Cas d'ulcérations perforantes du duodénum, par *Klinger*.

Archiv fuer pathologische Anatomie und Physiologie. — 2e et 3e livraisons. Sur les infarctus hémorrhagiques des reins, par *Beckmann*. — Daltonisme produit par l'acide santonique, par *Schubey*. — Sur la mélanémie, par *Grohe*. — Description du crâne d'un crétin, par *Schroeder*. — Vice de développement du premier arc brachial, par *Schulze*. — 5e et 6e livraisons. Sur l'anatomie normale et pathologique de la rate humaine, par *Billroth*. — Sur la dégénérescence graisseuse des nerfs coupés en travers, par *Walter*. — Sur les calculs du carbonate de chaux, par *Albers*. — Influence de l'aniline sur l'économie animale, par *Schuchardt*. — Histoire de la lèpre, par *Virchow*. — Recherches relatives à la pathologie des reins, par *Beckmann*. — 2e série, t. I. — 1re livraison. Affections syphilitiques du larynx, par *Gerhardt*. — La pharyngoscopie, par *Volotolini*. — Épidémie de rougeole, par *Bartels*. — Production de l'endocardite à la suite d'injections d'acide lactique dans le péritoine par *Reyher*. — Genèse des corpuscules cytoïdes, par *Eberth*. — 2e et 3e livraisons (Manquent) — 4e livraison. Pancréas accessoire dans la paroi intestinale, par *Zenker*. — Anomalies musculaires multiples, par *Gegenbaur*. — Rapports de la respiration et de la contraction musculaire, par *Traube*. — Chaleur produite par la combustion des aliments, par *le même*. — Histologie pathologique des ganglions lymphatiques, par *Billroth*. — Sur l'intoxication saturnine, par *Gusserow*. — 5e et 6e livraisons. Deux cas de carcinose miliaire aiguë, par *Erichsen*. — Cas de pyléphlébite ulcérative, par *Buhl*. — Sur le développement du pus sur les membranes muqueuses, par *Rindfleisch*. — Sur l'empoisonnement phosphorique, par *Lewin*. — Sur l'anatomie de la rate, par *Key*.

Livres.

L'Année scientifique et industrielle, ou exposé annuel des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science à l'industrie et aux arts, qui ont attiré l'attention publique en France et à l'étranger. 6e année. In-18, avec une planche gravée représentant la grande comète de 1861. Paris, Hachette et Compagnie. 3 fr.

Essai d'une bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires. 1er fascicule, contenant 4424 numéros. In-8 à deux colonnes. Paris, Victor Rozier. 3 fr.

Ce volume est terminé par une table alphabétique de plus de 80 colonnes, en caractère compacte, qui permet de trouver instantanément le titre des travaux annoncés dans la *Bibliographie* sur tel sujet cherché.

Mémoire sur les perforations et les divisions de la voute palatine, par le docteur *Baizeau*. In-8 de 32 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

Observations de tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite, par le docteur *Colin*. In-8 de 14 pages. Paris, Victor Rozier. 60 c.

Traité des dyspepsies, ou étude pratique de ces affections, basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique, par *Aug. Nonat*. In-8 de 230 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Hygiène de la première enfance, comprenant les lois organiques du mariage, les soins de la grossesse, l'allaitement maternel, le choix des nourrices, le sevrage, le régime, l'exercice, et la mortalité de la première enfance, par *E. Bouchut*. In-18 de 376 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Album de photographies pathologiques, complément de l'ouvrage ci-dessus. In-4 de 17 planches, avec 20 pages de texte descriptif explicatif, cartonné. Paris, J.-B. Baillière et fils. 25 fr.

Thèses.

Thèses subies du 7 novembre au 30 décembre 1861.

212. Bosta, Henri, né à Albi (Tarn). [*De la prophylaxie des roideurs articulaires dans le traitement des fractures.*]

213. Mérault, Martialis, né à Saint-Pierre (Martinique). [*De la naupathie, ou du mal de mer.*]

214. Mauvezin, Charles-Louis, né à Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne). [*Essai sur les pyrexies et les phlegmasies.*]

215. Bigot, Victor, né à Dinan (Côtes-du-Nord). [*Essai d'une classification de la dysenterie ; utilité pour le traitement.*]

216. Rabé, Félix, né à Maligny (Yonne). [*Essai sur l'ictère consécutif au catarrhe des voies biliaires.*]

217. Fournier, Louis, né à Paris. [*De la synthèse pathologique : considérations de pathologie générale à propos de dermatologie.*]

218. Verdureau, Daniel, né à Chaloux-Moulineux (Seine-et-Oise). [*Des énucléations de l'astragale ; observations et traitement.*]

219. Hébert, Louis, né à Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise). [*De l'absorption par le tégument externe ; question de physiologie appliquée à la thérapeutique.*]

220. Porte, Jean-Charles, né à Moutiers (Savoie). [*Le climat de la Savoie sous le rapport hygiénique et médical.*]

221. Lamiral, J.-A., né à Chaumont (Haute-Marne). [*De l'alimentation dans les maladies aiguës, et en particulier dans la fièvre typhoïde.*]

222. Régnault, Gustave, né à Bain (Ille-et-Vilaine). [*Étude de la constitution médicale qui a régné à Paris pendant les cinq premiers mois de l'année 1861.*]

223. Bricheteau, Félix, né à Loudun (Vienne). [*Relation d'une épidémie de diphthérie observée, pendant l'année 1850, à l'hôpital des Enfants.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 14 FEVRIER 1862. N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Projet de rétablissement du concours à la Faculté de médecine. — Chirurgie réparatrice. — Rhinoplastie à lambeau périostique frontal, à double plan de lambeaux superposés et à lambeaux latéraux maxillaires. — II. **Revue clinique.** Pathologie interne : Larves d'œstrides développées dans des tumeurs d'apparence furonculeuse, au Sénégal, sur l'homme et sur le chien. — Pathologie chirurgicale : Observation de croup ayant débuté par le larynx chez un enfant de trois ans et six mois, guéri par la trachéotomie sans accidents consécutifs. — III. **Correspondance.** — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** De la valeur de l'égophonie dans la pleurésie. — Note sur un cas d'encéphalocèle pulsatile et avec bruit de souffle, et sur la valeur du bruit de souffle dans cette affection. — Murmure veineux sous-sternal dans un cas de cachexie saturnine. — Sur l'efficacité du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névralgies rebelles. — Influence des pyrexies sur les principaux phénomènes de la menstruation. — Résection du corps de l'omoplate ; guérison avec conservation des mouvements de l'épaule. — VI. **Bibliographie.** Histoire du développement de l'œil humain. — Acyclia, Irideremia et Hemiphakia congenita. — L'épicanthus et l'épiblépharon — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 13 février 1862.

PROJET DE RÉTABLISSEMENT DU CONCOURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — *CHIRURGIE RÉPARATRICE.* — RHINOPLASTIE A LAMBEAU PÉRIOSTIQUE FRONTAL, A DOUBLE PLAN DE LAMBEAUX SUPERPOSÉS ET A LAMBEAUX LATÉRAUX MAXILLAIRES.

Le projet de rétablissement du concours est poursuivi activement par la Faculté. Un rapport sur cette question a été lu en séance par M. le professeur Gavarret, et est en ce moment entre les mains de M. le ministre de l'instruction publique. Des circonstances particulières nous ayant permis de nous renseigner très exactement sur le sens et la portée du projet, nous croyons pouvoir, sans trop d'indiscrétion, en dire quelque chose au lecteur.

Constatons d'abord que la Faculté, ainsi que nous l'avions dit il y a huit jours, et contrairement aux assertions d'un de nos collègues de la presse, est unanime sur la question de principe. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est qu'elle a voté unanimement les conclusions du rapport de M. Gavarret, tendant à la restitution du concours. Si cet accord a nécessité « des conversions nombreuses et aussi subites que celle de saint Paul sur le chemin de Damas, » ce n'est pas notre affaire, et nous laissons à d'autres la responsabilité de ce méchant compliment. Le fait certain, c'est qu'il n'existe ou ne s'est produit de dissentiment au sein de la Faculté, — dissentiment très partiel, du reste, — que sur l'application du principe; et le vote indiquerait, si nous ne le savions d'ailleurs positivement, que les observations provoquées par le rapport, platoniques plutôt que militantes, allaient, dans leur culte du concours, plus loin que le rapport lui-même.

La Faculté n'avait pas le champ libre; le cercle de son mouvement était déterminé. C'eût été, de la part d'un corps officiel, surtout d'un corps non politique, mais seulement enseignant, une démarche grave et qui n'eût pas été tolérée, que de réclamer auprès du pouvoir le changement radical d'une institution qui se lie, dans son esprit, à tout l'ordre de choses de 1852. Il était parfaitement connu que le sacrifice de la nomination directe et le rétablissement pur et simple du concours ne pourraient être, nous ne dirons pas obtenus, mais seulement discutés. Il s'agissait donc d'examiner si le décret du 9 mars 1852 était absolument exclusif du concours sous toutes les formes et à tous les degrés, ou si, au contraire, il n'était pas possible de concilier le maintien du décret avec le rétablissement d'épreuves publiques réellement probatoires. Or, ce décret que dit-il? Il dit, d'abord, que le président de la République *nomme* et *révoque les professeurs;* ensuite que les candidats proposés par le ministre peuvent l'être, soit *parmi tous les docteurs en médecine âgés de trente ans au moins*, soit *sur une double liste de présentation*, émanée de la Faculté et du conseil académique. On voit, conséquemment, que la seule chose praticable aujourd'hui est de donner à la présentation des garanties nouvelles de sincérité et de justice, et que, si la Faculté était autorisée à former sa liste d'après les résultats d'un concours, d'une part, la disposition en vertu de laquelle tout docteur âgé de trente ans au moins peut être nommé directement et sans être présenté deviendrait plus que jamais une lettre morte; d'autre part, cette liste, sortie d'une lutte publique, marquée d'une autorité nouvelle, primerait de beaucoup celle du conseil académique, et enchaînerait le pouvoir, d'une manière presque invincible, dans le respect qu'il a toujours montré jusqu'ici pour les présentations de la Faculté. Le concours deviendrait ainsi, sinon la source immédiate, du moins la règle de la nomination.

Ce concours quel sera-t-il?

Ici encore, la Faculté a usé de prudence. Le concours a été l'objet de récriminations assez nombreuses et de plus d'un genre. Il n'était ni nécessaire, ni bon dans la circonstance, de les aborder toutes. Le rapport se borne à signaler, parmi les inconvénients reprochés au mode suivi de 1830 à 1852, ceux qui peuvent égarer les appréciations du jury lui-même, et s'applique à montrer comment il serait possible

de mettre le concours à l'abri de ces inconvénients, en gardant ses principaux avantages. Adhérer ici aux vues du rapport sera pour nous d'autant plus aisé, que nous les avons exprimées nous-même autrefois dans un autre recueil.

Deux ordres de qualités doivent être exigés du professeur; en premier lieu, le mérite, l'autorité, les services rendus à la science, ce que l'on désigne sous le nom de *titres antérieurs;* en second lieu, l'aptitude professorale.

Le système de la nomination directe — soit celui du 14 frimaire an III, d'après lequel les professeurs étaient nommés par le *comité d'instruction publique*, sur la présentation de la *commission d'instruction publique*, avec exclusion du corps enseignant; soit celui du 11 floréal an X, qui admettait la présentation de trois candidats, un par une des classes de l'Institut, un autre par les inspecteurs généraux des études, et le troisième par les professeurs; soit le système du 17 février 1815, conforme à celui qui est en vigueur aujourd'hui, avec cette différence que le titulaire était choisi *de droit* parmi les candidats présentés; soit enfin celui du 2 février 1823, maintenant les dispositions du système précédent, en y ajoutant le privilége, pour les agrégés, de figurer seuls sur les listes —, le système de la nomination directe, abstraction faite des considérations politiques dont il peut s'inspirer, ne tient compte que de la notoriété scientifique; et c'est là son grand défaut. Il ouvre la porte des Facultés à des individualités plus ou moins saillantes, dont le nom est attaché à quelque progrès dans l'art ou dans la science, mais qui manquent tantôt de l'étendue de connaissances exigées par un enseignement didactique, tantôt de l'autorité qui doit s'imposer à l'élève, tantôt des qualités d'exposition, de diction, de méthode, nécessaires à une bonne leçon.

Le système de concours, établi une première fois par le décret du 19 mars 1808, une seconde fois en 1830, tient compte à la fois des titres antérieurs et de l'aptitude professorale. Mais nous n'hésitons pas à le déclarer — plus explicitement sans doute qu'on n'a pu le faire devant une assemblée issue en partie de ce système —, le concours de 1808 et de 1830 donnait trop ouvertement à l'artisan de paroles, à l'érudit d'hier, à l'écrivain agile, la supériorité sur l'homme de science. Il y avait deux épreuves vicieuses, que le rapport appelle heureusement des *épreuves de surprise*, parce qu'elles surprenaient en effet mal à propos les suffrages des juges; qui étaient aussi, contre le vœu de l'institution, des *épreuves éliminatoires*, parce qu'elles écartaient de la lutte des esprits sérieux peu familiarisés avec l'improvisation; qui enfin ne répondaient en aucune façon aux conditions vraies du professorat.

Qu'est-ce qu'une leçon faite après *trois heures* de préparation? ou une thèse écrite en douze jours? Des tours de force, que l'élu ne sera plus tenu jamais de répéter. Il ne montera dans sa chaire, s'il a souci de sa mission, que muni de tous les secours de son savoir, de son observation, de ses méditations, de ses lectures, et ce sera au grand profit des élèves. Savez-vous quels sont les candidats les plus aptes à fournir le plus allégrement ces sortes de courses au clocher? Ceux qui ont le moins de poids dans l'esprit; tout comme dans l'arène, ceux-là ont le plus de chances de gagner le prix qui ont le corps plus léger. C'est que se précipiter hardiment et sans temps d'arrêt à travers toutes les difficultés d'une question scientifique, est plus facile aux esprits jeunes et inexpérimentés qu'aux esprits réfléchis, enclins au doute, et plus désireux de bien faire que de faire vite. Et nous ne sommes pas surpris de cette remarque d'un professeur, que les leçons improvisées ont souvent été, sinon meilleures, du moins plus brillantes, mieux réussies, que les leçons préparées. Il est plus malaisé d'être profond que superficiel.

La Faculté voudrait donc que, indépendamment de l'appréciation des titres antérieurs qu'elle continuerait à peser dans ses séances privées, un concours, dont un règlement fixerait plus tard les conditions, fût institué, et que ce concours se composât uniquement d'épreuves orales préparées. Nous ne croyons pas que le rapport s'explique, dans ses conclusions, sur le nombre, ni même sur l'objet de ces épreuves. Il demande seulement qu'elles soient publiques, et se passent en présence de *toute la Faculté assemblée;* publiques, parce que les leçons de l'élu devront l'être; en présence de la Faculté tout entière, parce que tous les professeurs devront concourir à la présentation.

Quant au concours pour les chaires de *clinique*, il est clair qu'il ne peut être astreint aux mêmes règles que pour les chaires d'enseignement didactique. Le professeur de clinique passe du lit du malade à l'amphithéâtre; il doit donc être prêt à improviser, et le candidat aura dès lors à montrer en public qu'il sait le faire. Mais ici les conditions de l'enseignement changent avec son objet, et le prestige de l'improvisation n'a plus les mêmes dangers. Il ne s'agit plus, en effet, de demander à la mémoire et de réciter l'histoire générale d'une maladie, mais bien de déterminer, aux divers points de vue de l'étiologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement, le sens clinique d'un cas particulier. Le plan de la leçon est dans le cas lui-même; ce qu'on en peut tirer pour l'instruction des élèves est vite aperçu par celui qui a l'habitude de se rendre compte de ses observations; et si un candidat, pour se tirer plus aisément d'affaire, substituait à la leçon clinique la leçon théorique, ce serait au jury à s'en souvenir au scrutin.

Nous nous bornerons aujourd'hui à ces considérations. Il y aurait à examiner si les épreuves devraient avoir lieu *uniquement* devant la Faculté, ou si l'Académie de médecine ou l'Institut ne devrait pas concourir à la composition du jury. Le nombre et l'objet des épreuves pourraient être aussi l'objet de quelques remarques. Si l'affaire se poursuit, nous y songerons. Quant à présent, nos sympathies sont acquises à un système qui réaliserait un bien notable, qui l'a déjà réalisé à une autre époque et dans une autre Faculté : nous voulons dire avant 89 et à Montpellier, où la *présentation après concours* a donné au corps enseignant de grandes gloires médicales, comme un Dumas ou un Barthez.

A. Dechambre.

Certes il y aura toujours des esprits chagrins qui douteront du progrès, comme il a existé des philosophes qui, tout en marchant, niaient le mouvement, mais il faudrait en vérité un scepticisme bien robuste pour mettre en doute les conquêtes incessantes de la médecine opératoire. D'autres époques peut-être ont vu naître des découvertes plus éclatantes et des innovations plus imprévues; jamais, ce me semble, la marche progressive n'a été plus sûre, plus constante, moins chancelante. Cela tient sans doute à ce que notre génération est à la fois riche d'activité et avare d'enthousiasme, bienveillante pour la parole d'autrui, mais sévère en matière de preuve.

La chirurgie réparatrice, pour prendre un exemple entre cent, a fourni dans ces derniers temps un remarquable con-

tingent de faits heureux et de procédés utiles. Qu'il me soit permis de signaler dans le nombre l'ostéoplastique appliquée aux autoplasties de la face, puis l'emploi des sutures métalliques, sur lesquelles un travail de M. Letenneur, que nous publierons, donne de si précieux renseignements.

L'idée de conserver le périoste à la face profonde des lambeaux transplantés, pour leur assurer une solidité suffisante et une configuration permanente, date d'hier, et sans attendre l'impartiale justice de la postérité, notre savant ami M. Ollier recueillera de son vivant la gloire de cette *chirurgie nouvelle*. Permis du reste à d'autres plus haut placés de retrouver cette belle conception dans leurs travaux, comme on retrouve la poule dans l'œuf et le chêne dans le gland, permis aussi à d'officieux flatteurs d'entretenir avec profit cette illusion; toujours est-il que l'autoplastie périostique *pratique* date du beau mémoire sur les greffes osseuses.

Les fastes de la chirurgie expérimentale comptent peu d'applications plus brillantes et dont la fortune ait été plus rapide et plus légitime. Nos lecteurs connaissent déjà la belle observation de rhinoplastie totale, publiée par M. Ollier, et dans laquelle on utilisa, pour reconstruire l'auvent nasal, le périoste frontal et les débris osseux échappés au désastre qu'avait fait subir au squelette du nez une affection syphilitique congénitale. Ce qui nous engage à revenir sur ce fait important, c'est le désir d'apprendre aux chirurgiens ce qu'est devenu l'organe réparé, maintenant qu'un temps suffisant s'est écoulé depuis l'opération. M. Ollier nous a adressé toutes les pièces justificatives qui permettent de considérer le succès comme permanent, renseignement nécessaire qui manque à un si grand nombre d'opérations anaplastiques. Nous avons donc présenté à la Société de chirurgie deux moules en plâtre re*présentant la face avant* l'opération, et *trois mois* environ après celle-ci, de plus, *trois* épreuves photographiques tirées dans les mêmes conditions, enfin le complément écrit de l'observation. Nous regrettons de ne pouvoir produire ici les spécimens iconographiques, mais nous donnerons un extrait du dernier bulletin que M. Ollier nous a donné de son opéré : « le nez a toujours autant de saillie que dans les premiers jours; le lambeau osseux emprunté aux débris de l'os nasal et de l'apophyse montante de l'os maxillaire est solidement fixé; le lambeau périostique est ossifié à sa face profonde, il bouche donc la brèche formée sur le dos du nez par l'ancienne perte de substance et par le déplacement du lambeau osseux précédemment indiqué. »

Pour donner une idée des changements survenus dans l'ensemble de la physionomie, je dirai sommairement, mais véridiquement, que le sujet avant l'opération était hideux (surtout de profil); maintenant il n'est plus que laid de quelque côté qu'on le regarde. M. Ollier se propose de retoucher à une narine.

Je puis affirmer qu'après avoir vu quelques-uns des opérés qui ont subi autrefois la rhinoplastie totale par les procédés anciens, et après avoir également consulté les figures évidemment flattées de Carpue, de Dieffenbach et d'autres, j'accorde à l'opéré de M. Ollier une supériorité très grande au point de vue des agréments du visage. A coup sûr, ce n'est point un Adonis, mais il n'est pas inférieur en beauté à bon nombre d'honnêtes citadins congénitalement disgraciés par la nature.

D'ailleurs la méthode compte déjà plus d'un procédé. Celui que M. Ollier a employé consistait essentiellement à faire glisser de haut en bas un triangle cutané emprunté au front et au dos du nez enfoncé. Le périoste et la portion osseuse mobilisée formaient la doublure solide ou solidifiable de ce lambeau à sommet supérieur, à base inférieure, compris entre deux incisions divergentes : c'était une sorte de procédé de Wharton-Jones appliqué au nez; mais cette manière de faire serait inexécutable si le lobe était complétement détruit. Dans un cas de ce genre, sur lequel malheureusement je ne puis fournir d'autres détails que ceux d'une communication orale, M. Nélaton a pris deux lambeaux latéraux sur la région interne des joues, par conséquent de chaque côté de la brèche terminale du nez. Ces lambeaux trapézoïdes, à pédicule supérieur, à base inférieure sinueuse, pour reproduire le contour inférieur des ailes du nez et du lobule, comprennent toute l'épaisseur des parties molles avec le périoste inclusivement. On les réunit sur la ligne médiane par leurs bords internes, et en leur faisant faire un angle saillant en avant pour rétablir l'arête du dos du nez. Leur migration, qui n'exige qu'un simple déplacement sur leur grand axe, laisse sur les côtés du nez nouveau deux plaies ou plutôt deux surfaces formées par les os maxillaires supérieurs partiellement dénudés de leur périoste. La lamelle osseuse ainsi dépouillée peut devenir le siége d'une exfoliation superficielle; mais, dans tous les cas, la cicatrice secondaire qui doit s'y former nécessairement n'a aucune action mécanique sur les lambeaux devenus médians; elle ne peut les entraîner en dehors, et leur faire reprendre leur position première. Si le périoste qui double les deux pièces cutanées peut se solidifier, les deux faces latérales du nez prendront de la consistance, et, gardant d'une manière permanente l'inclinaison réciproque qu'on leur aura donnée, rétabliront d'une manière heureuse la forme du promontoire nasal.

Ce procédé de rhinoplastie à deux lambeaux latéraux à grand axe longitudinal est loin d'être nouveau. M. Nélaton, pour sa part, l'a déjà mis autrefois en usage; d'après le spécimen que nous en avons vu naguère, il n'est pas de beaucoup supérieur au procédé à lambeau frontal; au contraire, depuis que, d'après les principes nouveaux, le périoste a été gardé à la face profonde du tégument transplanté, l'opération a complétement changé de caractère, et a donné des résultats différents. M. Nélaton a pu, chez une malade, faire une restauration qu'il qualifie lui-même de remarquable, et qui l'emporte sur ce qu'il avait obtenu jusqu'à ce jour. Notre habile collègue publiera sans doute ses observations. Nous avons de notre côté cherché à perfectionner la rhinoplastie à l'aide d'un procédé très simple qui, modifié et combiné avec les précédents, avancera peut-être, nous l'espérons, la réalisation de la rhinoplastie totale. Nous voulons parler d'une application de la méthode autoplastique dite *à double plan ou à lambeaux superposés*. Nous dirons brièvement dans quel cas nous avons opéré de la sorte : un malade s'était autrefois tiré un coup de pistolet dans la bouche; la balle, montant verticalement, avait défoncé la voûte palatine derrière les incisives, puis labouré et détruit les parties antérieures de la cloison nasale, presque tout le dos du nez, les os propres, les apophyses montantes en grande partie, l'épine du frontal et la paroi antérieure des sinus frontaux. La large gouttière ouverte en avant, que le projectile avait ainsi tracée, respectait le lobule et les ailes, mais elle remplaçait toute l'arête nasale, et se prolongeait à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la glabelle. La guérison avait eu lieu; la perforation palatine s'était lentement fermée, et la grande tranchée verticale s'était elle-même rétrécie et cicatrisée en laissant toutefois un trou béant qui donnait accès dans la cavité nasale gauche. Il y a quatre ans, un chirurgien très habile,

M. Pitha (de Prague), avait bouché ce trou à l'aide d'un lambeau pris sur la ligne médiane du front.

Lorsque le malade vint réclamer mes soins, il n'y avait plus de plaie depuis bien longtemps, mais la difformité était encore si choquante que ce malheureux portait toujours une plaque métallique sur le milieu du visage pour masquer la profonde dépression qui occupait l'emplacement de son nez. Le lobule et les ailes n'étaient pas moins difformes; ils étaient considérablement aplatis et étalés, et faisaient à peine une saillie d'un centimètre au-dessus du plan de la lèvre supérieure. Depuis la limite supérieure du lobule jusqu'au tiers moyen du front, existait une gouttière large et profonde, dans laquelle on pouvait aisément cacher la première phalange du pouce. Un angle rentrant occupait la ligne médiane, et deux plans convergents en dedans et en arrière formaient les côtés de l'excavation; les yeux paraissaient très écartés l'un de l'autre, et, à l'angle interne de chacun d'eux, se montrait une sorte d'épicanthus; enfin, les globes oculaires formaient, de chaque côté de la tranchée, une saillie extrêmement difforme.

Plus de vestiges des os nasaux, ni de l'épine nasale, ni du rebord antérieur du frontal, ni de la partie antérieure de l'ethmoïde. Les apophyses montantes existaient encore à l'état de minces colonnes, mais elles étaient fortement écartées.

Il y avait évidemment deux indications principales à remplir : rapprocher de la ligne médiane les parties latérales trop distantes; reconstituer un dos du nez saillant; pour cela il fallait utiliser les deux surfaces latérales cutanées qui constituaient les deux côtés de la tranchée et leur donner une direction précisément inverse de celle que leur avait imprimée la rétraction de l'inodule profonde; il fallait leur faire former un angle saillant au lieu d'un angle rentrant; mais il était clair qu'après avoir incisé sur la ligne médiane et décollé deux lambeaux latéraux, il resterait en dessous d'eux une excavation très profonde, qui ne pouvait rester béante ni se cicatriser de toute pièce. Quand bien même après la réunion sur la ligne médiane on eût rétabli momentanément l'arête nasale, la cicatrisation secondaire et la rétraction inodulaire s'exerçant à la face profonde des lambeaux et sur les parois de l'excavation auraient retiré en dedans la saillie nasale nouvellement formée, et au bout d'un certain temps tout serait revenu à l'état antérieur.

Il fallait à tout prix combler d'une manière permanente le fond de la gouttière; dans ce but, après avoir formé avec les parois de celle-ci deux lambeaux en forme de volets, je pris au front un troisième lambeau assez long que je renversai simplement de haut en bas, sans torsion, mais par flexion du pédicule; de sorte que la surface cutanée regardait vers la profondeur et la surface saignante en avant; je réappliquai alors mes deux lambeaux latéraux par-dessus la pièce frontale et les suturai sur la ligne médiane.

Les deux plans de lambeaux se touchaient dès lors par leurs faces sanglantes respectives et je pouvais compter sur leur adhésion qui eut lieu en effet. Je fis pour restaurer le lobule et les ailes du nez une opération tout à fait distincte dont je ne veux pas parler ici, et en résumé j'obtins tout le résultat que j'espérais : le rapprochement des commissures oculaires internes, le comblement de la tranchée médiane aujourd'hui remplacée par un dos du nez qui fait de profil une saillie d'un centimètre au moins.

Une opération complémentaire sera nécessaire pour achever cette réparation dont le malade se montre déjà très heureux, et qui me satisfait moi-même assez complétement. L'observation n'est donc pas terminée, mais tout ce que j'attendais du premier acte opératoire (qui date de quatre mois environ) est obtenu, sauf des imperfections inséparables du premier essai d'un procédé opératoire insolite.

Cette observation sera, ainsi que son complément ultérieur, publiée en temps opportun avec tous les détails nécessaires. J'ai voulu seulement indiquer l'idée émise, qui, d'ailleurs, ne m'appartient pas en entier, comme je le dirai en temps et lieu.

Je termine par une seule réflexion : La rhinoplastie totale a été la première proposée, exécutée, vantée à l'excès, puis dépréciée complétement; elle est actuellement rejetée par la plupart des chirurgiens. Les nouveaux procédés que je viens d'indiquer, et qui n'ont pas dit leur dernier mot, me semblent ouvrir pour cette si belle et si utile opération une véritable ère de renaissance.

Ar. Verneuil.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Larves d'œstrides développées dans des tumeurs d'apparence furonculeuse, au Sénégal, sur l'homme et sur le chien, par M. le docteur Coquerel et M. Mondière, chirurgiens de la marine impériale.

Obs. — Au mois de mai 1861, l'un de nous (M. Mondière) fut chargé du service médical d'un poste qu'on établissait sur la côte d'Afrique, à une dizaine de lieues de Gorée, à Portudal (*Sali* des indigènes). Au mois de juillet, époque de l'hivernage, lors de l'apparition des premières pluies, plusieurs hommes se présentèrent à la visite, se plaignant de clous ou de furoncles.

Chez un soldat, il y avait *deux tumeurs* à l'avant-bras.

Chez un second, *huit tumeurs* étaient situées à la partie postérieure de l'épaule gauche.

Chez un garde du génie, il y en avait *une* au coude.

Enfin, deux autres militaires en présentaient *cinq* disséminées sur la jambe et le pied.

Toutes ces tumeurs avaient un aspect semblable; elles étaient rouges, dures, acuminées, sans indice de fluctuation. Plusieurs présentaient un orifice circulaire, et en les comprimant légèrement, on faisait apparaître un corps blanchâtre, marqué de deux points d'un jaune fauve, qui s'agitait sous la pression. Une pince fut alors introduite par l'orifice, et en opérant une traction assez forte, on amena à l'extérieur *un ver* blanchâtre de 14 millimètres de long. Tous les prétendus furoncles renfermaient des larves semblables.

Les hommes atteints de cette curieuse affection se souvenaient d'avoir éprouvé, à un certain moment, à l'endroit lésé, une sensation très analogue à celle d'une piqûre de moustique. Le premier résultat de cette piqûre est une légère saillie de la peau avec accompagnement d'une démangeaison assez vive, mais très supportable.

Le second jour, la tumeur est plus marquée, rouge, dure, sans fluctuation.

Elle augmente progressivement de volume, jusqu'à atteindre celui d'une petite noix; elle est alors acuminée et uniformément rouge.

Le cinquième jour, la peau s'aminoit, et un orifice très étroit se montre à son sommet.

Le sixième jour, l'orifice augmente jusqu'à présenter un diamètre de 2 à 3 millimètres. Les bords sont lisses, comme muqueux, et la pression en fait sortir un liquide séro-sanguinolent, sans pus. C'est alors que l'on aperçoit le ver, et que l'on peut en opérer facilement l'extraction.

Un stylet, introduit après la sortie du ver, fait reconnaître une cavité à peine plus grande que le volume de l'animal, et perpendiculaire à la surface de la peau.

Dès que le ver est sorti, la tumeur diminue rapidement, et disparait tout à fait le dixième ou le douzième jour.

On s'est borné, pour traitement, à appliquer quelques cataplasmes émollients et à opérer l'extraction des vers.

Pendant que les hommes étaient traités à Portudal pour cette singulière maladie, une chienne épagneule, qui habitait la même localité, présenta des tumeurs semblables, mais en bien plus grand nombre. La peau était criblée de trous produits par les vers, qui pouvaient se compter par centaines. Le plus grand nombre de ces larves furent extraites, et l'on n'en conserva qu'une douzaine pour suivre leur transformation en insecte parfait; malheureusement la chienne mourut, et, comme on pouvait s'y attendre, toutes les larves l'abandonnèrent avant d'avoir accompli leur métamorphose.

Les indigènes connaissent très bien cette affection qui les tourmente souvent, et savent extraire avec beaucoup d'adresse les larves qui se développent sur différents points de leur peau, et particulièrement dans les tissus du scrotum de ces malheureux. Ils prétendent que les vers sont produits par une petite mouche très commune à Portudal. Cette mouche pondrait ses œufs dans le sable humide; le ver y séjournerait jusqu'au moment où, profitant du repos d'un homme étendu sur le sol, il s'introduirait dans la peau de sa victime. Tout cela est parfaitement impossible, et nous engageons vivement nos collègues qui pourraient observer des faits analogues à se défier des histoires que racontent les indigènes. Il est évident que les larves du Sénégal ont été déposées sur la peau à l'état d'œuf, et que les vers ne peuvent vivre que dans les tissus d'un animal et non ailleurs. Les diptères auxquels les noirs de Portudal attribuent des instincts si féroces appartiennent à un groupe de muscides qui ne se nourrissent que du suc des fleurs. Nous les avons examinés avec soin, et ils constituent une espèce nouvelle que nous avons décrite dans un autre recueil (*Annales de la Soc. entomol. de France*, 1861, 4e trimestre) sous le nom d'*Idia Bigoti*.

Voici un abrégé de la description de la larve (pour plus de détails, voy. le recueil cité ci-dessus) :

Dimensions de la larve : longueur, 14 millimètres; largeur (au cinquième segment), 4 millimètres. Corps cylindrique, atténué en avant, renflé au milieu, arrondi et légèrement tronqué obliquement en arrière, légèrement contourné en S; formé de onze segments. Le premier (segment céphalique) présente deux petits crochets noirs très aigus qui servent à la larve à se fixer dans les tissus de l'animal qui la porte. De chaque côté de la tête, à l'union avec le deuxième segment, on remarque deux points jaunes qui sont les stigmates antérieurs. Les premiers segments sont couverts de rangées de petites épines noires très fines et très aiguës; les derniers sont nus. A l'extrémité du dernier, on voit deux gros points d'un brun foncé : ce sont les stigmates postérieurs. Lorsqu'un orifice se montre au sommet de la tumeur, c'est cette extrémité postérieure, munie de ses gros stigmates, que l'on aperçoit, les larves étant fixées au fond de la poche par leurs crochets mandibulaires, la tête en bas, et présentant à l'extérieur l'extrémité opposée.

Cette larve est évidemment celle d'un insecte diptère appartenant au groupe des *Œstrides cuticoles*; mais ses caractères l'éloignent de toutes les larves connues de cette division. Il est donc probable que l'insecte parfait doit former un genre nouveau à placer près des *hypodermes*.

Il ne faut pas croire cependant qu'il s'agisse de la larve d'un *Œstrus hominis*, c'est-à-dire d'un œstre particulier à l'espèce humaine. Cet œstre, admis par les anciens auteurs, n'existe point. L'un de nous a étudié ailleurs cette question. (Voy. Coquerel, *Des larves de diptères développées dans les sinus frontaux*, etc., dans *Arch. génér. de méd.*, mai 1858, et *Larves d'œstrides de l'homme* dans *Mag. de zool.* de Guérin, n° 8, 1859.) Les espèces qui attaquent l'homme ne le font qu'accidentellement, et d'ordinaire déposent leurs œufs dans la peau d'animaux particuliers. Par une fatalité déplorable, mais qui tient aussi un peu à l'inexpérience des observateurs, on n'a encore jamais vu un insecte parfait provenant d'une larve développée dans la peau de l'homme. Il faut que les médecins qui pourraient être appelés pour des faits semblables se rappellent que la larve n'accomplit pas ses métamorphoses dans la tumeur même; lorsqu'elle arrive au moment de sa transformation en chrysalide, elle se laisse tomber à terre, et c'est sur le sol qu'elle accomplit sa transformation. Elle ne file pas de cocon; sa peau se durcit, devient tout à fait cornée et la protége suffisamment du contact des corps extérieurs : c'est de cette coque cutanée que la mouche sort plus tard. Comme le plus souvent des animaux sont atteints en même temps que l'homme et dans les mêmes localités, il faudrait surveiller les premiers avec le plus grand soin, et, si l'on trouvait dans l'endroit où ils se couchent des coques de diptères, les placer sur un peu de terre et se saisir de la mouche au moment de sa transformation. Il faudrait avoir soin précédemment de conserver dans la liqueur des larves prises sur les animaux, afin que, par une comparaison attentive avec celles développées chez l'homme, on puisse se convaincre de leur identité spécifique.

Un fait remarquable de l'histoire des œstrides de l'homme est que tous les cas bien constatés se rapportent à des espèces de l'Amérique du Sud; il n'existe pas un seul exemple de larves d'œstrides développées dans la peau de l'homme en Europe. Nos vers du Sénégal sont donc les premières larves de ce groupe signalées chez l'homme dans l'ancien continent.

Pathologie chirurgicale.

Observation de croup ayant débuté par le larynx chez un enfant de trois ans et six mois, guéri par la trachéotomie sans accidents consécutifs, par le docteur Ledru, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand.

Obs. — Borne, âgé de trois ans et six mois, d'une constitution très forte, d'un tempérament sanguin, est atteint, le 3 mai, de toux et d'enrouement; on me fait appeler dans la journée.

La fièvre est très modérée, le facies très bon; le malade a conservé de l'appétit; la toux, assez fréquente, est manifestement laryngée; la voix est enrouée; les amygdales et le voile du palais sont sains.

L'auscultation n'indique qu'un peu de rudesse générale dans le bruit respiratoire, paraissant n'être qu'un retentissement de ce qui se passe dans le larynx. (Pédiluve sinapisé, 60 grammes de sirop d'ipéca avec 5 centigrammes d'émétique, cravate de laine, boissons chaudes.)

Le 4, le vomitif a déterminé plusieurs vomissements. La peau est plus chaude, le pouls plus élevé. (Calomel, 15 centigrammes en 20 paquets à prendre toutes les heures; vomitif matin et soir.)

Le 5, le calomel a déterminé un peu de diarrhée. La toux est plus fréquente, plus sèche, la voix plus enrouée, l'inspiration un peu sifflante, la fièvre plus forte. (2 sangsues sur le sommet du sternum, calomel, vomitif trois fois par jour.)

Après les sangsues survient un calme de plusieurs heures; la respiration se fait plus librement. Mais, le soir, le sifflement laryngé reparaît avec la même intensité, et la respiration devient plus pénible. (Frictions sur le cou avec l'onguent mercuriel belladoné.)

Le 6, la nuit a été plus agitée. A ma visite du matin, je trouve une plus grande difficulté dans la respiration; la toux est devenue très sèche; la voix est très affaiblie. Un liséré rouge s'est manifesté sur le bord du voile du palais et sur les amygdales. A l'auscultation, on entend dans toute l'étendue de la poitrine la résonnance du bruit laryngé. Le petit malade prend très inexactement son calomel. (Frictions mercurielles sur les bras et les cuisses toutes les deux heures; vomitif trois fois dans la journée.)

Le 7, l'état du malade s'est empiré; la voix est tout à fait éteinte; la toux a pris tous les caractères de celle du croup confirmé; le sifflement laryngé est plus aigu, la dyspnée plus prononcée, le facies inquiet, les lèvres pâles, les yeux cernés. Le liséré rouge du voile du palais s'est étendu. (Même traitement, auquel on ajoute de l'eau bicarbonatée; le calomel n'étant pas pris par le malade, malgré toutes mes instances, les frictions mercurielles sur le cou sont remplacées par des lotions toutes les trois heures avec l'eau bromo-iodurée de Zimmermann affaiblie :)

Alcool rectifié	60	grammes.
Iode	5	—
Iodure de potassium	4	—
Bromure de potassium	1	—
Eau	300	—

Digitized by Google

Le 8, la nuit a été très agitée ; le malade ne peut rester un moment à la même place. Tous les phénomènes morbides sont encore plus intenses que la veille. Commencement de cyanose, mais peu prononcée. L'auscultation ne révèle que le retentissement du sifflement laryngé et un peu de rhonchus. Quelques petites plaques de diphthérite se montrent sur les amygdales. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. Le pouls est à 120 degrés, peu développé. Les urines renferment une forte proportion d'albumine.

A onze heures, M. Aucler est appelé en consultation, et l'opération de la trachéotomie, jugée urgente, est pratiquée à deux heures.

L'enfant, qui conserve beaucoup de force, résiste vigoureusement ; trois aides sont nécessaires pour le maintenir. Les tissus graisseux et musculaires, très développés, donnent à la plaie une grande profondeur. Une grosse veine longe tout le bord gauche de l'incision ; l'écoulement du sang est modéré. Dès que la trachée est ouverte, plusieurs fausses membranes épaisses sont violemment expulsées ; une d'elles est lancée contre la fenêtre ; elle offre 2 centimètres de longueur sur 1 de largeur et 1 millimètre d'épaisseur (lumière de la canule de 7 millimètres de diamètre.)

Dès que la canule est placée, il survient plusieurs accès de toux qui chassent au dehors quelques fausses membranes et un peu de sang qui a pénétré dans la trachée, puis la respiration s'établit librement, et le calme se fait.

A quatre heures se manifeste un accès de suffocation ; la canule intérieure est enlevée ; elle est pleine de fausses membranes.

A cinq heures, pouls à 100, plus plein ; facies très calme ; respiration libre par la canule. Le petit malade, par signes et par le mouvement des lèvres, a demandé de la soupe ; il avale avec quelques difficultés une cuillerée de panade. A sept heures, il en prend encore, mais avec plus de facilité ; il n'en passe pas par la canule, qu'on est au reste obligé de nettoyer trois fois dans la soirée.

9. La nuit a été bonne ; il y a eu quelques heures de sommeil. La canule, nettoyée plusieurs fois, renfermait une grande quantité de fausses membranes ramollies, quelques-unes teintes de sang. La peau est fraîche, le pouls à 95. A l'auscultation, on entend le bruit vésiculaire avec quelques rhonchus. Le malade avale deux cuillerées de vermicelle épais, et boit facilement les liquides à la cuiller ; il demande souvent de l'eau rougie.

Dans la soirée, la peau est devenue un peu plus chaude ; le pouls bat 110. (On remplace l'eau et le vin par de l'eau bicarbonatée ; température un peu élevée dans l'appartement ; on y entretient l'air humide par de l'eau chaude versée de temps en temps sur le plancher.)

10. Dans la nuit, l'enfant a bu souvent, toujours avec facilité. Le pouls est redescendu à 95 ; la physionomie est bonne, la toux assez fréquente. L'auscultation ne révèle que quelques rhonchus. La rougeur des amygdales et du voile du palais persiste, mais il n'y a plus de fausses membranes. La plaie est rosée. L'enfant boit quelques cuillerées de chocolat. Albumine encore très abondante dans les urines.

11. Nuit meilleure. Éruption miliaire sur les bras et les cuisses, déterminée sans doute par les frictions mercurielles. On lave les membres à l'eau tiède.

Une petite plaque grise s'est manifestée à l'angle inférieur de la plaie ; elle est touchée avec le perchlorure de fer.

Les matières qui sortent par la canule sont plus ramollies, toujours un peu teintes en rouge.

L'enfant prend plusieurs fois du chocolat et du bouillon. Il essaye de boire au verre, mais aussitôt surviennent des accès de toux.

12. Nuit très bonne. La canule se remplit beaucoup moins, et les matières qui en sortent sont presque liquides. La plaie a repris son aspect rosé. Le fond de la gorge est moins rouge ; il n'y a plus de fièvre. L'éruption, qui persiste, cause des démangeaisons continuelles qui sont calmées par la poudre d'amidon.

Le petit malade mange du pain et de la viande.

Les 13, 14 et 15, l'enfant reprend sa gaieté ; il tousse très peu ; l'appétit est bon.

Le 16, il se lève deux heures. La canule n'est plus nettoyée que trois fois en vingt-quatre heures.

Le 18, l'enfant reste levé une grande partie de la journée et s'amuse ; dès qu'on veut boucher la canule avec le doigt, il devient rouge, suffoque, et il sort des mucosités sanguinolentes par la canule. Il boit très bien au verre. Les urines ne renferment plus du tout d'albumine.

Le 21, la canule est remplacée par une autre dont la lumière n'a que 5 millimètres de diamètre. L'air passe en partie par le larynx, et l'enfant fait entendre quelques cris et articule quelques mots. La canule est noircie.

Les 23, 24 et 25, il parle assez fort pour se faire entendre de sa mère d'une pièce à l'autre, la canule restant ouverte.

Le 26, la canule est enlevée ; elle est noircie. Il sort un peu de sang par la plaie. Il ne survient pas de suffocation. Le petit malade parle immédiatement d'une manière très distincte, mais sa voix est un peu nasonnée. Il mange et boit très facilement.

Le 27, la plaie s'est complétement refermée ; elle est surmontée par quelques bourgeons charnus. Sous l'influence de l'inspiration, elle se déprime un peu ; mais la respiration est très libre.

Le 31, la voix, plus forte, conserve encore un léger degré de nasonnement.

Le 10 juin, la plaie présente encore un petit bourgeon charnu, mais toutes les fonctions du larynx et du voile du palais sont rétablies d'une manière complète. L'enfant est retourné à l'école.

Remarques. — Cette observation nous paraît présenter plusieurs points intéressants. C'est un exemple très net de croup ayant débuté par le larynx, sous forme d'abord d'une laryngite simple qui plus tard a pris tous les caractères de la diphthérite et s'est étendu en bas à la trachée, en haut aux amygdales.

Malgré le traitement énergique qui a été suivi, la diphthérite n'en a pas moins continué sa marche croissante d'une manière assez rapide.

Les progrès de l'affection se sont très rapidement arrêtés à la suite de l'opération.

La même rapidité s'est remarquée dans la disparition de l'albumine, d'abord très abondante dans les urines.

Aucun accident n'est venu compliquer les suites de l'opération, car le léger nasonnement de la voix ne peut faire admettre ici une paralysie bien prononcée du voile du palais, puisque la déglutition même des liquides a toujours existé d'une manière bien complète.

Tous ces résultats heureux ne pourraient-ils pas être attribués à ce que l'opération a été faite alors que l'enfant n'était pas encore trop affaibli, alors que la cyanose était encore peu avancée ?

Nous avons laissé la canule en place pendant dix-sept jours, dans la crainte des accidents de suffocation qui se produisent souvent quand on l'enlève de bonne heure. Nous avons, le treizième jour, remplacé la canule par une autre d'*un calibre* plus petit, pour permettre à l'air de passer en partie par le larynx, et laisser se rétablir ainsi progressivement les fonctions de l'organe.

Cette observation prouve qu'il n'est résulté aucun accident du séjour assez prolongé de la canule, si ce n'est sans doute une légère ulcération de la trachée indiquée par les mucosités sanguinolentes, qui, à plusieurs reprises, ont été expulsées dans les accès de toux, et par la couleur noirâtre de la canule.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Ecchymoses sous-pleurales comme signe médico-légal.

Monsieur le rédacteur,

Dans le dernier numéro de la Gazette (7 février 1862), j'ai reproduit sans commentaires le résumé d'une communication, qui a été faite à la Société de médecine de Bordeaux par MM. Dégranges et Lafargue sur les ecchymoses sous-pleurales. Une femme était morte d'apoplexie à neuf mois de grossesse ; une heure après la mort, l'opération césarienne permit d'extraire un enfant privé de vie, qui n'avait, par conséquent, éprouvé aucune espèce de sévices. C'est sur cet enfant que les médecins légistes de Bordeaux ont constaté à la surface des poumons des ecchymoses sous-séreuses ; et, tout en convenant que ce fait est peut-être exceptionnel, ils en signalaient

Digitized by Google

l'extrême importance au point de vue médico-légal, rappelant que M. Tardieu attribue une valeur absolue et générale à ces ecchymoses comme signe d'asphyxie provoquée par la pression manuelle sur le col, strangulation proprement dite. Or, nos confrères de la Gironde, en généralisant outre mesure les conclusions de M. Tardieu, lui ont prêté une opinion erronée qui pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences pour la pratique.

Dans une rectification qu'il a bien voulu nous adresser à ce sujet, M. le professeur Tardieu nous rappelle qu'il a soigneusement distingué, au point de vue de leur signification médico-légale, les ecchymoses sous-pleurales des poumons qui ont respiré, et celles qui se forment à la surface de ces organes lorsqu'ils n'ont pas été pénétrés par l'air. Voici d'ailleurs le passage textuel de son mémoire sur la mort par suffocation (p. 11) : « Toutes les fois que l'on trouvera les ecchymoses sous-pleurales sur les poumons qui n'auront pas respiré, on se gardera d'admettre des violences criminelles, tandis que la lésion conservera toute sa signification lorsqu'elle siégera sur des poumons que l'air aura manifestement pénétrés. »

Cette déclaration est formelle, elle ne peut laisser place à aucune équivoque ; et comme dans le cas des experts de Bordeaux, il s'agissait précisément d'un enfant mort-né, ce fait, loin de constituer une exception à la loi énoncée par M. Tardieu, vient, au contraire, démontrer la justesse de la réserve qu'il a formulée. J.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

L'Académie n'a pas tenu séance le 3 février, en témoignage de la douleur que lui fait éprouver la mort de M. Biot.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Rhône, des Vosges, des Landes, de la Vienne et de la Creuse. — *b.* Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Jobert* (de la Ferté-sur-Amance) et par M. le docteur *Cressant* (de Gueret). (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Cauterets (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Dimbarre*; et de Bagnoles (Orne), par M. le docteur *Beguon*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Mirault* (d'Angers), qui fait part du décès de M. le professeur *Négrier*, membre correspondant. — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Lisle*, intitulé : *De l'abandon des agents moraux dans le traitement de la folie; de ses causes et de ses effets.* (Comm.: MM. Baillarger, Rostan, Bousquet.) — *c.* Une lettre de madame veuve *Bégin*, qui prie l'Académie d'accepter l'hommage du buste de feu Bégin, ancien membre titulaire. — *d.* Une lettre de M. *Mathieu*, présentant à l'Académie une série d'instruments relatifs à l'opération de l'ovariotomie :

« Monsieur le président, ayant eu l'honneur d'assister à l'opération d'ovariotomie qui a été pratiquée il y a dix jours à Saint-Germain par M. le docteur Demarquay, j'ai pensé que la partie instrumentale pourrait être avantageusement perfectionnée.

» J'ai donc l'honneur de présenter à l'Académie :

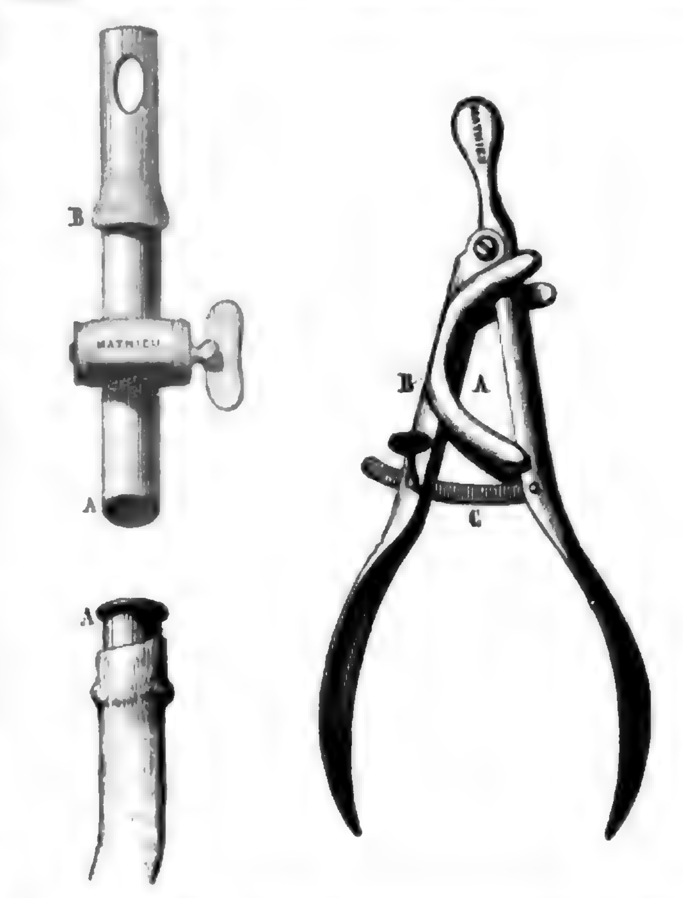
» 1° Un trocart de fort calibre, à robinet, muni d'un ajustage avec tube en caoutchouc et un point d'arrêt B dans la continuation de la canule. Cette idée, qui est de M. le professeur Nélaton, est destinée à empêcher la canule du trocart de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide.

» 2° Une pince forte et à point d'arrêt, munie de dents multiples et courtes, pour saisir le kyste sans le déchirer.

» 3° Une pince appelée *serre-pédicule*, disposée de manière à opérer la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis. Cette disposition permet de ramasser le pédicule dans un espace qui, au fur et à mesure que l'on comprime, devient toujours de plus en plus petit, en se rapprochant de la forme circulaire.

» Cette disposition a, en outre, pour avantage de ne pas étaler en long le pédicule ainsi que le fait le constricteur anglais.

» J'ai également fait un constricteur à chaîne métallique dans le genre de l'écraseur linéaire.



» Ces instruments ont été appréciés par les chirurgiens qui étaient présents à cette opération et par M. Demarquay.

» Veuillez agréer, etc. »

M. *Guérard* présente, de la part de M. le docteur *Fournier*, un mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents dans les bronches, au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Larrey*, après avoir énuméré les raisons qui motivent son intervention dans les débats actuels, constate que ni Tenon, ni Dulaurens, ni Renaudin, ni Clavereau, ne mentionnent dans leurs écrits les hôpitaux militaires; mais heureusement des mémoires dus à Coste (1790), à Charles Courtin (1809), à MM. Maillot et Puel (1842), et les collections dues à M. V. Rozier, viennent combler cette lacune, surtout si l'on n'oublie pas les ouvrages de Desgenettes, de Larrey, de Broussais, de Gama, de Bégin, etc., et le traité classique de M. Michel Lévy. Il convient aussi de rappeler, parmi les nombreux travaux étrangers, le mémoire de miss Nightingale (*Note on Hospitals*, 1859).

L'orateur a pu reconnaître, il y a peu d'années, quelques-uns des avantages des hôpitaux anglais sur ceux de Paris. Ils se résument en deux conditions essentielles et prédominantes de salubrité : d'une part, le nombre des lits proportionnellement beaucoup moindre dans chaque salle, d'où une dissémination plus large des malades, un cubage d'atmosphère plus étendu ; d'autre part, une alimentation meilleure, plus choisie, plus variée, selon une plus grande latitude laissée aux prescriptions des médecins traitants.

M. Larrey revient ensuite sur l'organisation des hôpitaux militaires de l'étranger, et fait l'historique des hôpitaux militaires français, qui sont au nombre de cent environ. L'orateur

Digitized by Google

exprime le vœu qu'on crée des asiles d'aliénés exclusivement destinés aux militaires. Passant aux hôpitaux de l'Algérie, M. Larrey en signale l'organisation et les lacunes. Il esquisse l'historique du Val-de-Grâce et de l'hôpital de Versailles. Puis il entre dans des détails précis sur l'architecture de ces établissements, sur la grandeur des salles, le nombre des lits, etc. Il énumère les soins hygiéniques qui concernent le linge, les fournitures, l'entretien du parquet, les rideaux, le chauffage, la ventilation, etc.

Les effets de l'encombrement et ceux de l'isolement sont ensuite examinés dans leurs rapports avec les épidémies et la mortalité. Enfin, l'orateur termine cette partie de son discours en énumérant les réformes et les améliorations qu'il serait désirable d'introduire dans les services des hôpitaux militaires, et il annonce que la deuxième partie de son discours contiendra une double application des considérations précitées au sujet des campagnes de Crimée et d'Italie.

M. Larrey, vu l'heure avancée, remet la lecture de cette seconde partie à la prochaine séance.

Lectures et Rapports.

Chirurgie. — M. *Nélaton* rend compte de l'opération d'ovariotomie pratiquée récemment à Saint-Germain-en-Laye par M. Demarquay.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, qui s'aperçut pour la première fois, au mois de mai 1860, d'une tuméfaction occupant le flanc gauche. En moins d'un an, cette tumeur acquit un volume extraordinaire, et, dans le courant de 1861, trois ponctions pratiquées dans la même séance par M. Demarquay firent reconnaître un kyste ovarique multiloculaire, et donnèrent immédiatement lieu à une amélioration qui fut de courte durée.

La malade rentra à la maison municipale de santé, dans le courant du mois de janvier dernier. Le ventre était énorme, et mesurait 1 mètre 6 centimètres de circonférence; la menstruation était supprimée; les fonctions respiratoires et digestives s'accomplissaient difficilement. La santé générale était profondément altérée. M. Demarquay, jugeant que, dans ces conditions, la paracentèse ne pourrait fournir que des résultats insuffisants et purement palliatifs, après avoir pris conseil de ses collègues de la maison de santé, propose à la malade l'ablation du kyste. Elle y consent. Afin d'entourer l'opération de toutes les chances de succès, la malade est placée dans les conditions hygiéniques les plus favorables, dans une maison de campagne voisine de Saint-Germain-en-Laye.

L'opération fut pratiquée, le dimanche 2 février, en présence de MM. Trousseau, Nélaton, Cazalis, Bourdon, Lepied et les internes de la maison de santé. M. Demarquay se conforma entièrement au manuel opératoire décrit par les chirurgiens anglais les plus accoutumés à pratiquer l'ovariotomie : incision de la paroi abdominale; fixation du kyste, à l'aide d'une pince érigne; trois ponctions successives, pratiquées à l'aide d'un gros trocart, dont la canule était terminée par un tube de caoutchouc destiné à prévenir l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale.

La tumeur, étant suffisamment diminuée de volume, fut, après des efforts réitérés, mais opérés avec les plus grands ménagements, attirée hors de la cavité abdominale. Le pédicule fut saisi et serré à l'aide d'une pince spéciale, qu'on laissa à demeure, après avoir placé des points de suture sur l'incision, au-dessus et au-dessous de la pince.

L'opération dura vingt minutes. La malade, soumise à l'anesthésie chloroformique, assura n'avoir éprouvé aucune douleur.

Tout présenta, le premier jour, l'aspect le plus satisfaisant. Vers la fin de la soirée, accélération du pouls (100). Le lendemain matin, état excellent. Dans le milieu du jour, deux vomissements de mucosités et de boissons; d'ailleurs, aucun symptôme de péritonite. A la fin du même jour, tout allait à merveille.

Au moment des vomissements, la pince qui tenait le pédicule se détacha, et cet accident fut suivi de l'écoulement d'une petite quantité de sérosité.

Le troisième jour, la plaie se ferme; et le soir, des symptômes de péritonite grave éclatent et entraînent la malade au bout de douze heures.

La tumeur pesait 20 kilogrammes; elle était composée d'un grand nombre de poches liquides, et d'une masse constituée elle-même par une agglomération de kystes très petits, désignés par M. Cruveilhier sous le nom de kystes alvéolaires.

A l'autopsie, péritonite générale; sérosité sanguinolente dans la cavité du péritoine.

M. Nélaton estime que le pédicule du kyste n'a pas été suffisamment serré. Tant que le pédicule est resté comprimé, tout s'est passé fort bien; mais, sitôt que l'instrument est tombé, la plaie abdominale s'est refermée, et il en est résulté un épanchement séro-sanguinolent dans le péritoine, qui a amené une péritonite mortelle. M. Nélaton en conclut qu'il faut laisser l'instrument constricteur assez longtemps pour éviter ce grave accident.

Médecine. — M. de *Kergaradec* donne lecture d'un rapport sur des modifications que M. le docteur *Chevalier-Dufau*, médecin à Mauriac (Cantal), propose d'apporter au stéthoscope ordinaire.

« Ces modifications consistent : 1° dans la longueur de l'instrument, réduite à 11 ou 12 centimètres; 2° dans la disposition de son extrémité supérieure, dont l'évasement prévient l'aplatissement de l'oreille contre la plaque qui termine les stéthoscopes ordinaires; 3° dans la prolongation du conduit central de l'instrument jusqu'au niveau de l'évasement supérieur. »

M. le rapporteur félicite M. Chevalier-Dufau d'être resté fidèle à la pratique de l'auscultation médiate trop négligée de nos jours.

Il propose : 1° de déposer le stéthoscope modifié de M. Dufau dans les collections de l'Académie; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 3 janvier 1862. — Présidence de M. Devilliers.

Travaux de la Société en 1861.

Après une allocution de M. Delasiauve, président sortant, M. Devilliers, vice-président, le remplace au fauteuil.

M. *Boys de Loury*, secrétaire général. Messieurs, je désire vous faire un exposé rapide des travaux qui ont occupé les séances de la Société l'année dernière. Cette revue, en vous rappelant les faits intéressants qui vous ont été présentés et que vous avez discutés, servira également à vous diriger dans vos travaux ultérieurs, soit pour reprendre des questions non entièrement élucidées, soit pour vous engager à des recherches et à des discussions nouvelles.

— Un remarquable travail de M. Worms sur les kystes de l'ovaire et sur la question de l'ablation de ces tumeurs a donné lieu, de la part de M. Richard, à des réflexions importantes. Récapitulant avec l'auteur du mémoire le grand nombre de femmes déjà opérées et la position élevée des opérateurs étrangers qui l'ont entreprise, tels que MM. West et Clay (de Manchester), ce dernier ayant opéré plus de cent malades chez lesquelles soixante guérisons au moins auraient été obtenues, il pense qu'une opération qui a la plus grande analogie, tant par son procédé que par ses résultats, avec l'opération césarienne pourrait être encouragée. Peut-être l'hygiène nosocomiale s'oppose-t-elle, dans nos grands centres, à la réussite de cette opération; mais des femmes placées dans les conditions

Digitized by Google

des campagnes, au milieu d'un air pur, pourraient avoir plus de chances de guérison.

Vous avez vu M. Boinet penser comme M. Richard. D'après lui, l'ovariotomie est une opération admissible qui n'offrirait peut-être pas des résultats plus néfastes que ceux de l'amputation de la cuisse. A propos de cette affection, M. Boinet est entré dans des considérations d'une trop grande importance pour que nous ne les répétions pas ici. Il établit, en effet, que, lorsque la tumeur ne détermine pas de douleur pendant son évolution, le liquide qu'elle contient reste incolore; que, dans le cas contraire, le liquide est de couleur rousse tirant sur celle du café ou du chocolat, et que, dans ces circonstances, la ponction elle-même offre peu de chances de succès. Si, lorsque, par une simple succussion digitale, l'autre main est appliquée au côté opposé de la tumeur, on sent une fluctuation bien manifeste; le liquide est alors séreux. S'il est épais, la sensation devient moins manifeste. L'épaisseur des parois n'est jamais bien considérable. Relativement aux adhérences des kystes, quoiqu'il soit le plus souvent impossible de les diagnostiquer à la partie postérieure, M. Boinet croit qu'on peut présumer qu'il en existe lorsque, avec les différents mouvements qu'on fait faire à la malade, la tumeur ne les suit ni ne se déplace suivant les lois de la pesanteur.

C'est à la suite de cette discussion, quelques séances plus tard, au mois d'avril, que M. Richard est venu vous faire la relation si émouvante de l'opération qu'il avait entreprise sur une jeune fille des environs de Troyes. Cette malade avait subi sept à huit ponctions dans une tumeur qui occupait presque toute l'étendue de l'abdomen, et qui paraissait divisée en deux parties distinctes; un liquide purulent avait été évacué de la partie droite, la gauche n'ayant pas été ponctionnée. C'est dans ces conditions que la malade, réduite au marasme et paraissant vouée à une mort certaine, notre habile et honorable collègue, entouré des conseils de plusieurs praticiens qui l'ont aidé dans cette opération, enleva l'ovaire droit avec une adresse chirurgicale qui méritait un plus heureux succès. La malade succomba quinze à vingt heures après une opération qu'elle avait parfaitement supportée, et dont les suites, pendant plusieurs heures, avaient laissé de l'espoir.

— M. Duchenne (de Boulogne) vous a cité un nouveau cas de paralysie localisée au voile du palais, à l'orbiculaire des lèvres et au buccinateur. C'est une nouvelle observation à ajouter aux douze qu'il a déjà réunies, et dont M. Costilhes vous avait lui-même rapporté un fait. La femme qui en est l'objet fut prise d'étouffements après avoir voulu ingurgiter des aliments qu'on fut obligé de lui retirer de la bouche, ne pouvant les avaler. C'est à la suite d'un de ces accidents qu'elle succomba. L'autopsie qui en fut faite, et c'est la seule dont M. Duchenne (de Boulogne) ait été témoin, ne présenta rien d'anormal dans les centres nerveux ni dans les nerfs qui se distribuent aux muscles paralysés. Dans un cas semblable, M. Duméril (de Rouen) avait rencontré un ramollissement dans les centres nerveux.

— M. Géry, à l'occasion de la section du filet chez un nouveau-né, a été témoin d'une hémorrhagie que l'on tenta d'arrêter par l'application du perchlorure de fer. Ce procédé occasionna une inflammation et un gonflement tels que l'enfant succomba asphyxié. A cette occasion, M. Leroy (d'Etiolles) vous a dit avoir été témoin de plusieurs accidents qui ont succédé à la cautérisation avec le perchlorure de fer. La cautérisation, portée dans le vagin, détermina des accidents d'une péritonite extrêmement grave, et la malade rendit, à la suite de cette opération, un cylindre complet de la muqueuse vaginale, ainsi détruite par le caustique.

M. Richard pense que les accidents dont a parlé M. Leroy (d'Etiolles), et dont lui-même a été plusieurs fois témoin, tiennent à ce que ce médicament a été diversement titré, ce qui fait qu'on ne peut pas se fier d'une manière fixe à la puissance cautérisante de ce sel. Il insiste pour qu'un titrage rigoureusement établi soit formulé et exécuté par les pharmaciens. Lui-même a vu une atrésie du vagin accompagnée de vomissements et de symptômes de péritonite à la suite d'une cautérisation semblable. Enfin des phlegmons diffus ont été déterminés par des bourdonnets de charpie introduits dans des plaies.

— M. Leroy (d'Étiolles) vous a montré un calcul, du volume d'un gros œuf de poule, qui a été vainement attaqué par la lithotritie. C'est à peine si les mors du litholabe avaient laissé quelque empreinte à sa surface. M. Leroy (d'Etiolles) fait remarquer que le cathétérisme simple, pour s'assurer de la présence d'une pierre dans la vessie ou pour franchir un rétrécissement même léger, était parfois suivi d'accès de fièvres intermittentes. Chez quelques malades, ces fièvres ont présenté le caractère pernicieux.

— A l'occasion des fièvres intermittentes, une discussion s'est engagée sur celles qui ont paru depuis plusieurs années dans Paris par suite des travaux de terrassement et de démolitions. Plusieurs membres rappellent les faits qui se sont produits lorsque l'on a creusé le canal Saint-Martin. Ils rappellent également les fièvres intermittentes déterminées dans certains pays que longent les chemins de fer, par la seule présence de fossés ou cuvettes qui se remplissent par les eaux pluviales ou le débordement des rivières voisines. M. Blachez nous a rapporté qu'à l'hôpital militaire du Prince-Eugène il y avait eu autant de mortalités que dans tous les hôpitaux militaires ensemble. Toutes les affections y prenaient la forme intermittente pernicieuse. M. Bergeron s'est trouvé en position de faire la même remarque en soignant des militaires placés près des travaux de terrassements dans des fortifications auxquelles travaillaient 1500 Prussiens. Ces hommes furent décimés par les fièvres.

— A l'occasion du bel ouvrage de M. Brierre de Boismont sur les hallucinations, cet aliéniste nous en a présenté les différentes formes. Tristes dans la lypémanie, elles présentent toutes les nuances de la douleur et du désespoir. Elles prennent souvent le reflet de l'époque, se mêlant à la politique, aux événements du jour, aux modes; elles ont alors parfois comme un caractère commun. M. Delasiauve est dans les mêmes idées. Il a vu des mélancoliques dont les rêveries tout imaginaires avaient une suite et un raisonnement qui auraient pu faire croire que leurs assertions étaient bien fondées. Un pauvre homme se disait coupable d'infanticide; il expliquait toutes les phases de son forfait, entrait dans les moindres détails de son crime; il était pourtant innocent et avait été plusieurs fois renvoyé des prisons pour entrer dans les maisons d'aliénés. Une dame se disait la cause du déshonneur de toute sa famille; elle prétendait que, d'accord avec son mari, mort depuis plusieurs années, elle avait fait disparaître un enfant dont elle était mère, lorsqu'il était prouvé que cette personne n'avait jamais été enceinte. Une jeune femme dévoilait à son mari, dans les termes les plus obscènes, sa trahison envers lui, nommant les complices de ses fautes imaginaires et ne lui épargnant aucun détail. A ces faits, plusieurs formes d'hallucinations dépendantes de l'ouïe, de l'odorat, du goût, sont présentées par des membres de la Société, observations qui intéressent tout autant l'aliéniste que le médecin légiste.

— M. Blachez nous a parlé d'une angine phlegmoneuse sur un soldat qui a occasionné très rapidement un gonflement extrêmement considérable du cou, suivi d'une suffocation que rien n'a pu arrêter. On a trouvé après la mort de ce malade une infiltration purulente et des caillots. Une embolie occupant les veines voisines s'étendait jusqu'aux jugulaires internes. Des faits analogues ont été vus par plusieurs membres de la Société, soit par suite d'inflammation franche, soit par suite d'angine couenneuse.

Digitized by Google

— M. Sales-Girons vous a soumis un nouvel appareil pour la pulvérisation de l'eau, très commode et très portatif. Cet appareil consiste en une roue circulaire recouverte d'une brosse mise en contact avec une éponge mouillée. L'eau, vivement projetée sur une lame métallique, donne lieu à une pulvérisation excessivement fine. A l'occasion de cette communication, nous avons été témoins d'une discussion entre l'auteur et M. de Pietra-Santa sur les différences de température de l'eau pulvérisée, et sur la question de la désulfuration de certaines eaux minérales, qui, par ce procédé, en serait, d'après ce dernier praticien, la suite.

— Au mois d'août dernier, M. Duparcque, en parlant de la constitution régnante, observa quelques cas de cholérine ou de choléra sporadique à des degrés d'intensité très variables, il est vrai. Dans le plus grand nombre des malades, les symptômes se bornaient à des coliques et à de la diarrhée. Sur d'autres se joignirent des vomissements, du refroidissement et même des crampes. Sur deux malades, les phénomènes étaient beaucoup plus graves : les yeux étaient enfoncés, la langue était froide ; les évacuations blanches avaient pris la forme de riz accompagnés de flocons albumineux. Malgré la gravité de ces symptômes, aucun malade n'a succombé. Plusieurs d'entre vous, messieurs, ont été témoins à la même époque de faits semblables. M. Géry en a vu de plus graves. Plusieurs enfants ont succombé assez rapidement, quoique parfaitement soignés ; les accidents s'étaient présentés après l'ingestion de boissons glacées. Chez ces enfants, les ongles étaient bleuâtres, les yeux enfoncés dans les orbites avec un demi-anneau noirâtre de la cornée. M. Bergeron vous a fait remarquer que l'affection sur les enfants appartenait plutôt au choléra infantile, à ce qu'on appelait autrefois le ramollissement aigu de l'estomac et de l'intestin, maladie terrible, presque exclusive à la première enfance, survenant d'ordinaire à la suite d'un sevrage prématuré et comme conséquence d'une mauvaise alimentation. On voit encore survenir cette diarrhée cholériforme après l'emploi même rationnel des purgatifs. Tous les praticiens ont vu l'administration du calomel à dose fractionnée déterminer, pendant une congestion cérébrale ou une méningite simple, des accidents de choléra infantile auquel ces enfants ont succombé, lorsqu'un amendement de la maladie principale faisait supposer qu'on les sauverait. Ce qui a le plus frappé notre collègue dans les autopsies qu'il a été à même de faire à la suite de cette affection, c'est l'amincissement des parois de l'intestin, dont les différentes couches semblent réduites à une membrane mince et transparente. Une seule fois les follicules de Brunner étaient hypertrophiés.

— Notre confrère, le docteur Jacquemin, vous a présenté une petite tumeur qui a été enlevée au-devant d'une des phalanges de la main d'un malade. Cette tumeur, de la grosseur d'une aveline, en reposant sur les nerfs et les gaînes des tendons, occasionnait des douleurs qui ont nécessité son ablation. Arrondie, élastique, jouissant d'une translucidité très remarquable, cette forme de tumeur est connue depuis quelques années sous le nom d'enchondrome. M. Bauchet vous a rapporté plusieurs faits du même genre à la suite desquels il vous a entretenus des tumeurs prenant naissance sur le trajet des nerfs et des vaisseaux lymphatiques.

Le peu de temps, messieurs, que je veux soustraire à vos occupations m'oblige à passer rapidement sur des travaux ou des observations intéressantes : un foyer purulent, suite de congestion cérébrale, dont l'observation a été rapportée dans tous ses détails par M. de Pietra-Santa. C'est encore à ce praticien distingué que nous devons un ouvrage statistique sur les accidents des chemins de fer. M. Duchesne, élève des hôpitaux, vous a lu un mémoire sur le poids spécifique du cerveau que vous avez jugé digne d'être inséré dans votre journal. Une note très remarquable de M. Chausit sur la douleur dans le zona a donné lieu, au sein de la Société, à une discussion importante. Plusieurs rapports sur des ouvrages ou des mémoires de praticiens étrangers à la Société vous ont été faits par MM. Duparcque, Fauconneau-Dufresne, Rigaud et d'autres membres de la Société.

Notre cercle s'est vu cette année augmenté de cinq membres : MM. Blachez, Cavasse, Rigaud, Collineau et Géry fils, dont vous avez pu apprécier déjà le mérite et l'honorabilité. Un excellent mémoire de M. Collineau a donné l'occasion à M. Bauchet de vous lire un travail sur les abcès de la fosse iliaque, imprimé dans le recueil de votre Société. Les observations de M. Géry fils sur la pneumonie ont été également très appréciées par vous. Nous n'avons eu à déplorer la mort d'aucun de nos membres, et c'est avec un grand bonheur que nous voyons au milieu de nous plusieurs anciens praticiens dévoués à la science, nous encourageant de leur exemple et de leurs conseils. Rappelons enfin qu'il ne se passe pas d'années sans que quelques-uns des membres de la Société n'aient obtenu, par suite de leurs travaux, quelques récompenses de l'Institut ou de l'Académie de médecine. MM. Bergeron, Durand-Fardel et Voisin ont obtenu des prix et des mentions honorables. Enfin MM. Devilliers et Bauchet ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

ICTÈRE GRAVE. — KYSTE DU FOIE. — MALADIES PRÉDOMINANTES.

M. *Blachez*, rappelant la dernière communication de M. Monneret sur l'ictère grave hémorrhagique, lit à la Société l'histoire d'un nouveau cas qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. A la nécropsie, le foie présente une atrophie notable : il est réduit à un tiers au moins de son volume, sans changement de forme, sans rides ni cicatrices. Sa consistance est un peu molle, sa coloration est jaune d'ocre à la surface ; à la coupe, le tissu présente la même teinte à peu près uniforme et l'aspect d'une multitude de granulations séparées par des trabécules d'une coloration plus foncée. La trame fibreuse ne paraît pas hypertrophiée. La vésicule et les conduits biliaires n'offrent aucune altération. L'estomac et l'intestin sont sains ; la rate est réduite à la moitié de son volume normal ; les reins sont un peu jaunes. Le sang pris dans le cœur et les gros vaisseaux était diffluent ; les poumons présentaient des ecchymoses assez étendues et des noyaux hémorrhagiques. L'examen microscopique du foie a montré une abondante infiltration graisseuse et une déformation notable des cellules hépatiques. Cette lésion paraît répondre à ce que Rokitansky a décrit sous le nom d'atrophie jaune du foie, et aux cas rapportés par Frerichs dans son dernier ouvrage sur les maladies du foie. On peut rendre hommage au soin minutieux qui a présidé aux recherches de ce médecin, tout en faisant ses réserves sur les déductions pathologiques qu'il en tire. Elle paraît, au contraire, différer beaucoup de celle que M. Gubler a décrite sous le nom de cirrhose aiguë, et qui est, selon ce médecin, caractérisée par une hypertrophie de la glande avec rupture des cellules hépatiques et énucléation de leur contenu. Ni la lésion ni les symptômes observés dans le cas présent n'ont de rapport avec la cirrhose chronique. La lésion serait-elle ancienne ? aurait-elle précédé les derniers symptômes graves ? Il est difficile de le dire. Cependant rien n'indique que le foie ait été envahi progressivement. Son aspect est uniforme ; l'organe paraît avoir été envahi tout entier dès le début du processus morbide, et a pu passer par divers degrés jusqu'à ce que la modification de sa structure ait été assez profonde pour suspendre ses fonctions et déterminer la manifestation des symptômes graves.

Dans ce cas particulier, il est assez difficile de ne pas ad-

Digitized by Google

mettre un rapport de cause à effet entre la lésion et la maladie. Si l'on trouvait toujours de pareils résultats, il faudrait bien faire jouer à la lésion le principal rôle dans la production des phénomènes.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi. M. Blachez rapporte un second cas très semblable au premier pour l'enchaînement des symptômes, mais où la lésion anatomique fit défaut. On ne trouva pas au microscope d'infiltration graisseuse, et l'intégrité des cellules était parfaite. Ce rapprochement montre qu'il est impossible de chercher dans la lésion du foie la cause constante de l'ictère grave. L'auteur s'associe pleinement à ce qui a été dit à ce sujet dans la dernière séance par l'un des médecins de notre époque qui se sont le plus spécialement occupés des maladies du foie.

M. *Woillez* a vu un cas d'ictère grave avec atrophie du foie. La surface de l'organe était à peu près égale à ce qu'elle était à l'état normal; mais son épaisseur avait notablement diminué; son poids était réduit à 675 grammes : le tissu présentait de petites ecchymoses, et, au microscope, on ne pouvait plus reconnaître les cellules hépatiques.

M. *Monneret*, pour qu'on ne se méprenne pas sur la pensée qui a inspiré son dernier mémoire, déclare n'avoir pas dit que l'atrophie ne se rencontrait jamais dans l'ictère grave hémorrhagique. Il croit que, dans cette maladie, on peut rencontrer l'atrophie comme beaucoup d'autres altérations, mais que cette atrophie n'est pas une lésion fixe qui peut servir à la caractériser.

— M. *Herard* présente une pièce pathologique intéressante : c'est un kyste du foie traité par la ponction et les injections iodées. La malade, âgée de vingt-cinq ans, portait ce kyste depuis trois ans; mais son état s'était aggravé surtout depuis dix-huit mois. Des douleurs semblant annoncer des péritonites partielles, l'apparition d'une tumeur à la région hépatique, et enfin des accès de fièvre quotidienne, l'avaient amenée à l'hôpital le 18 octobre dernier. Le diagnostic ne fut pas douteux, et notamment le frémissement hydatique fut manifeste. Le 24 octobre, on commença les applications de pâte de Vienne, suivant la méthode de Récamier. Quand on arriva au tissu cellulaire sous-cutané et au péritoine, on lui substitua le caustique Filhos, qui n'avait pas l'inconvénient de fuser entre les tissus. Les adhérences péritonéales étant bien établies, on put enfin pratiquer une incision qui donna issue à un liquide filant non albumineux; la sonde cannelée rencontra ensuite un obstacle qui n'était autre que la poche hydatique, dont la ponction donna issue à un flot de liquide où le réactif montra la présence de l'albumine, et les jours suivants à d'énormes quantités de membranes acéphalocystiques. L'opération fut suivie de symptômes menaçants qui se dissipèrent le lendemain; on put alors pratiquer des injections d'abord d'eau pure, puis de solutions iodées de plus en plus concentrées. La cavité, qui recevait d'abord le contenu de trois irrigateurs, diminua peu à peu, au point de n'en plus contenir que la moitié d'un; mais, à cette époque, survinrent des symptômes d'infection putride auxquels la malade succomba.

M. Hérard, en montrant la pièce anatomique, appelle surtout l'attention sur la solidité du canal artificiel créé par les cautérisations successives; il est si bien organisé, qu'on dirait un canal naturel aboutissant à une espèce d'ombilic; il forme un pédoncule presque assez fort pour résister au poids de la pièce. La cavité du kyste, le tissu hépatique, ne présentent rien de particulier.

— M. *Lailler* fait, au nom de la commission chargée d'étudier les maladies prédominantes dans les hôpitaux, le rapport des faits qui ont été observés depuis sa communication du 9 octobre dernier. Grâce aux renseignements fournis par un certain nombre de ses collègues, il a pu réunir quelques données intéressantes. A l'Hôtel-Dieu, dans le service de MM. Axenfeld, Grisolle, Horteloup et Vigla, on a vu dominer surtout des fièvres typhoïdes et des fièvres éruptives, telles que des varioles, des varioloïdes, des scarlatines, en général bénignes, des érysipèles, des bronchites; ces affections ont aujourd'hui diminué. A la Charité, M. Beau a vu six fièvres typhoïdes en quinze jours; à Necker, on a vu des fièvres typhoïdes, des rhumatismes articulaires. A Cochin, on a vu des rhumatismes de toutes les formes; à la Maison de santé, M. Bourdon a vu beaucoup de varioles. A l'hôpital Lariboisière, M. Tardieu a observé des fièvres typhoïdes, bénignes d'abord, puis quelques-unes à forme ataxo-adynamique; des varioles et deux apoplexies dont le froid a paru être la cause manifeste. M. Boucher a vu, à Saint-Antoine, des varioloïdes et des pneumonies. A Beaujon, M. Frémy a reçu des varioles; M. Gubler, des broncho-pneumonies, des pneumonies et des fièvres typhoïdes, des rhumatismes et des varioles. M. Moutard-Martin a vu beaucoup de varioloïdes et de varioles franches chez des sujets vaccinés, comme chez les non vaccinés. Il a eu à traiter beaucoup de fièvres typhoïdes, et s'est beaucoup loué de l'emploi des affusions froides pour faire cesser les phénomènes généraux; il n'a pas été arrêté dans cette pratique par la prédominance des symptômes pectoraux, et il n'a pas eu à s'en repentir. M. Lallier a traité 17 fièvres typhoïdes, 8 varioles et varioloïdes, 5 érysipèles de la face, 6 rhumatismes, 5 pneumonies, 4 bronchites. M. Colin a observé, au Val-de-Grâce, 17 fièvres typhoïdes avec prédominance de symptômes cérébraux, et des varioles, dont 3 à forme hémorrhagique.

Les services des femmes en couches ont montré quelques métro-péritonites, un cas de fièvre puerpérale, une mort par scarlatine dans l'état puerpéral, des érysipèles du sein chez les mères, du muguet, des ophthalmies, une variole, deux croups chez les nouveau-nés (MM. Vigla et Vernois; M. Bernutz ajoute que les affections puerpérales semblent en ce moment entrer dans une période d'accroissement). M. Robin a observé une épidémie de rougeole à l'hospice des Enfants trouvés. M. Bergeron a enregistré à Sainte-Eugénie des fièvres typhoïdes, dont une à forme cholérique, des diphthérites; affections générales plus graves que celles qu'il avait observées à la même époque en 1861 et en 1860.

Les hôpitaux de vieillards ont présenté beaucoup d'affections catarrhales.

En résumé, la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, les catarrhes, la pneumonie et les érysipèles ont été les affections dominantes dans ces derniers temps. M. Lailler espère qu'avec le concours de ses collègues, il pourra recueillir des renseignements plus complets, répondre aux *desiderata* qui existent encore; il voudrait savoir, non pas ce que les différents services nosocomiaux présentent à un moment donné, mais ce qui a prédominé pendant tout un mois : il pourrait alors faire un rapport mensuel qui deviendrait la base d'un travail comparatif avec les années suivantes, et permettrait de déterminer plus nettement les constitutions médicales.

M. *Chauffard* s'accuse de n'avoir pas envoyé de renseignements à M. Lailler, mais un simple relevé statistique lui a paru insuffisant, et une détermination plus approfondie des formes pathologiques régnantes devenait peut-être une appréciation trop personnelle. Pour lui, ce qui lui a paru prédominer dans ces derniers temps d'une manière exceptionnelle et remarquable, c'est l'état bilieux, l'état saburral. Sur ce fond bilieux se sont ajoutées d'autres maladies, notamment des affections catarrhales ou rhumatismales, des érysipèles, mais toujours liées à l'état bilieux. Cette constitution a abouti à une explosion de fièvre typhoïde. On peut remarquer que nous avons actuellement, en février, une constitution médicale qui est ordinairement celle qu'on observe au mois de septembre, lorsqu'à la suite des chaleurs surviennent des alternatives d'humidité.

M. *Gallard* fait remarquer que les affections varioleuses, si

Digitized by Google

fréquentes à Paris, ont été observées aussi d'une manière épidémique dans l'ouest de la France, notamment à Nantes et à Saint-Nazaire.

D^r E. Isambert.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la valeur de l'égophonie dans la pleurésie, par Landouzy.

On sait que Skoda le premier a démontré l'inexactitude des assertions de Laennec, touchant la signification de la voix chevrotante dans la pleurésie ; malheureusement le médecin de Vienne est tombé à son tour dans une exagération inverse en écrivant : « J'ai rencontré l'égophonie simple de Laennec aussi bien lorsqu'il y avait un épanchement liquide dans la plèvre, que lorsqu'il n'y en avait pas une seule goutte, aussi bien dans la pneumonie que dans les infiltrations tuberculeuses avec ou sans excavations. » C'est sans doute en raison de l'absolutisme de ces conclusions que la discussion remarquable de Skoda a passé presque inaperçue.

Il y a quelques années Landouzy dans un premier travail (*De la respiration tubaire*), montrait, en s'appuyant sur huit observations, que l'égophonie n'est point le signe d'un épanchement liquide dans lequel le poumon plonge encore, et il écrivait alors cette phrase significative qui sert d'épigraphe à son nouveau travail. « L'égophonie n'est qu'une variété de bronchophonie, elle est liée à la modification imprimée au poumon par l'épanchement, et non à l'épanchement même. »

Aujourd'hui le professeur de Reims rapporte deux nouveaux faits qui, bien que contradictoires en apparence, démontrent tous les deux d'une façon péremptoire les véritables conditions physiques de l'égophonie.

Chez une femme de trente-trois ans, atteinte de pleurésie gauche très considérable, on avait trouvé une matité absolue dans toute l'étendue du côté gauche aussi bien en avant qu'en arrière, un souffle tubaire et une égophonie des plus caractérisées, qui avait son maximum d'intensité à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du poumon, un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate. La thoracentèse devient nécessaire ; la malade est auscultée à plusieurs reprises pendant la durée de l'écoulement du liquide et immédiatement après, et l'on constate que *l'égophonie et le souffle tubaire augmentent en étendue et en intensité pendant et après l'écoulement du liquide ; la matité persiste*. Les phénomènes stéthoscopiques ont persisté avec tous leurs caractères jusqu'au dixième jour après l'opération ; ce jour-là on a découvert un peu de respiration vésiculaire au sommet, avec quelques râles humides et une diminution de matité d'un travers de doigt. De ce fait qui ne nous semble prêter à aucune équivoque, Landouzy conclut avec juste raison que *l'égophonie n'annonce ni l'existence d'un épanchement, ni son abondance, ni ses limites ; elle annonce uniquement une condensation spéciale du poumon, car elle est due à la compression du viscère et non à la présence du liquide*.

Par conséquent, toutes les fois qu'il s'agira d'une compression pure et simple, sans condensation durable du tissu pulmonaire, sans fausses membranes fibreuses et résistantes qui s'opposent à l'expansion de l'organe après l'évacuation du liquide, l'égophonie ne persistera pas après la thoracentèse, elle disparaîtra avec le liquide lui-même. C'est précisément ce qui eut lieu chez la deuxième malade de Landouzy. La thoracentèse pratiquée sur une femme de soixante-deux ans, donna issue à 3 litres de sérosité limpide ; mais l'égophonie, le souffle bronchique et la matité diminuèrent notablement au fur et à mesure de l'écoulement, et une fois la malade reposée, on constata séance tenante ce qui n'avait été constaté que le dixième jour chez la femme de la première observation, c'est-à-dire le retour du murmure vésiculaire mêlé à quelques rhonchus sous-crépitants humides dans toute l'étendue de la poitrine.

Après l'exposé de ces deux faits qui nous paraissent définitivement juger la question, Landouzy a résumé lui-même son importante communication dans les trois propositions suivantes :

1° L'égophonie annonce la compression du poumon, soit par un épanchement liquide dans la plèvre, soit par une couche pseudo-membraneuse sans épanchement actuel.

2° En l'absence de pseudo-membranes résistantes, l'égophonie disparaît ou diminue avec l'épanchement.

3° Avec dépôt pseudo-membraneux, l'égophonie augmente immédiatement après la thoracentèse, pour diminuer ensuite graduellement en même temps que les fausses membranes. (*Archives générales de médecine*, décembre 1861.)

Note sur un cas d'encéphalocèle pulsatile et avec bruit de souffle, et sur la valeur du bruit de souffle dans cette affection, par Tirman.

Ce nouvel exemple d'encéphalocèle a présenté plusieurs caractères qui ne se rapportent point à la description classique de cette espèce de tumeur, et l'auteur les a fait ressortir avec beaucoup de sagacité, en insistant sur les difficultés qui en sont résultées pour le diagnostic. La tumeur siégeait à la partie interne de la cavité orbitaire gauche, le globe de l'œil était repoussé en haut, en dehors et en avant ; vu le peu de saillie de la production morbide il est impossible de déterminer si elle est pédiculée ; elle est le siége de pulsations isochrones aux battements artériels ; sous l'influence de la compression elle diminue légèrement mais elle ne disparaît point ; du reste, la compression n'amène ni syncopes, ni paralysies, ni vomissements, ni convulsions. Sous l'influence de la compression des carotides, les battements de la tumeur cessent d'être perceptibles ; lorsque le malade (enfant de neuf ans) fait effort en se bouchant les narines, on ne constate aucun *changement* dans l'aspect ni dans le volume de la tumeur. Comme on le voit, tous les signes caractéristiques de l'encéphalocèle (pédicule, — réductibilité, — expansion par suite des efforts, — accidents cérébraux par compression) faisaient absolument défaut ; et cependant c'était bien à une tumeur de ce genre qu'on avait affaire, car la ponction pratiquée par M. Gosselin avec le trocart fin de Pravaz, a donné issue à un liquide qui présentait les deux réactions principales du fluide céphalo-rachidien : absence d'albumine, présence d'une quantité notable de chlorure de sodium.

Mais là ne se borne pas l'intérêt de ce fait. Tirman nous fait connaître ici un détail nouveau dont il faudra tenir grand compte, au point de vue du diagnostic, s'il est vérifié par l'observation ultérieure. En appliquant le stéthoscope sur la tumeur, il a constaté l'existence d'un bruit de souffle continu avec renforcement. Comme l'auscultation des vaisseaux du cou faisait entendre le même bruit, l'auteur le rattache à l'état anémique du petit malade. Est-ce bien là la cause du souffle produit au niveau de la tumeur, ou bien ne faudrait-il pas plutôt rapporter ce bruit à la compression mécanique subie par les vaisseaux, au niveau de l'orifice anomal qui donnait passage à l'encéphalocèle? C'est là une question qui pourrait être discutée, mais dont la solution, peu importante par elle-même, n'enlèverait rien de son intérêt au fait nouveau signalé par Tirman. (*Archives générales de médecine*, décembre, 1861.)

J.

Murmure veineux sous-sternal dans un cas de cachexie saturnine, par Herbert Davies.

Nous donnons ici le résumé de cette observation, en raison des remarques intéressantes qu'elle a inspirées à Davies.

Obs. — William S..., âgé de trente-neuf ans, est affecté de cachexie plombique. Il a conservé un certain embonpoint, mais ses muscles sont

Digitized by Google

mous et flasques ; il a un teint blafard caractéristique ; il se fatigue au moindre effort, et se plaint d'une sensation continuelle de faiblesse. Le nombre des globules blancs du sang est normal. Lorsqu'on applique le stéthoscope au niveau du bord droit du sternum, dans le premier espace intercostal, on entend un bruit de souffle continu, que l'on suit facilement jusqu'au bord inférieur du troisième cartilage costal droit. Lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, ce bruit est à peine perceptible; il prend plus d'intensité dans la station droite ; mais il devient plus fort encore lorsque, après une profonde inspiration, William retient son haleine. Le timbre de ce souffle est un peu sifflant.

Davies a constaté en outre que, lorsque le malade élève les bras au-dessus de sa tête, le caractère du souffle est complétement altéré ; il devient éclatant et rude au point de masquer tous les autres bruits thoraciques. L'auteur attribue cette modification à l'impétuosité plus grande du courant veineux dans cette position, et il pense que si l'on examine dorénavant les chlorotiques par ce procédé (qui n'a pas encore été signalé), on observera très fréquemment le murmure sous-sternal. Il fait remarquer en outre que la présence d'un bruit continu dans la veine cave supérieure, ne permet pas d'attribuer uniquement à la pression du stéthoscope les bruits que l'on perçoit dans les jugulaires. Chez le sujet de l'observation précédente, il existait à l'origine de l'aorte un autre bruit de souffle qui se propageait dans les carotides ; il était intermittent et se séparait nettement par ce caractère du souffle continu de la veine cave. (*The Lancet*, n° 3, 1862.)

Sur l'efficacité du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névralgies rebelles, par O'Connor.

L'auteur a déjà constaté dans un très grand nombre de cas l'utilité de ce mode de traitement ; il rapporte aujourd'hui quatre observations de névralgie faciale, dans lesquelles le valérianate d'ammoniaque a fait disparaître en un ou deux jours des douleurs qui tourmentaient les malades depuis plusieurs semaines. O'Connor a constaté que les cristaux de valérianate d'ammoniaque se décomposent rapidement, de sorte que l'action en est très incertaine. Il administre le médicament en solution, et la dose minimum représente vingt grains (1gr,20) de sel cristallisé. (*The Lancet*, n° 3, 1862.)

Influence des pyrexies sur les principaux phénomènes de la menstruation, par Perroud.

Nous reproduisons ici les conclusions de ce mémoire : 1° Les pyrexies n'occasionnent pas dans la menstruation le trouble qu'elles apportent en général à toutes les autres fonctions. Le plus souvent les règles apparaissent à l'époque voulue, dans le cours d'une fièvre, sans éprouver de la part de la maladie une modification notable. Très souvent les pyrexies font devancer l'époque habituelle de la manifestation de l'écoulement cataménial ; si on les envisage d'une manière générale, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles le retardent ou le suspendent.

2° Les fièvres à manifestations cutanées sont, parmi les pyrexies, celles qui ont le plus de tendance à favoriser l'écoulement menstruel ; le rhumatisme articulaire aigu et la fièvre catarrhale ont, sous ce point de vue, une moindre influence. La fièvre muqueuse et la fièvre typhoïde sont, de toutes les pyrexies, celles qui ont sur l'écoulement cataménial l'action la moins favorable.

3° C'est par le mouvement fébrile que les pyrexies semblent agir sur l'écoulement menstruel, pour le provoquer ou en favoriser la manifestation ; aussi, lorsque les règles apparaissent pendant le cours d'une fièvre, est-ce le plus souvent pendant la période d'invasion ou dans les premiers jours de la période d'éruption. Plus tard les pyrexies peuvent agir en sens contraire sur l'écoulement cataménial, soit pour le diminuer, soit pour le supprimer, et cela pendant la période d'éruption, lorsque celle-ci est assez confluente ou assez intense pour exercer sur le flux menstruel une action révulsive ou dérivative. Plus tard encore, pendant ou après la convalescence, les pyrexies peuvent occasionner ou entretenir l'aménorrhée, lorsque l'organisme a été profondément ébranlé et débilité par la fièvre, et qu'une convalescence laborieuse et difficile empêche les forces de se réparer.

4° Les pyrexies ont une certaine influence sur la durée de l'écoulement cataménial. Cette durée est diminuée toutes les fois que les lésions locales sont nombreuses et intenses ; ce fait rentre dans la loi générale de la révulsion et de la dérivation. La durée peut être quelquefois augmentée. Ce cas est rare ; il nous a paru coïncider surtout avec la fièvre muqueuse et l'érysipèle de la face.

5° Les pyrexies facilitent l'écoulement menstruel et suppriment les douleurs lombaires ou hypogastriques et les flux leucorrhéiques qui, chez quelques femmes, accompagnent habituellement, précèdent ou suivent l'écoulement cataménial.

6° Chez les femmes qui sont habituellement mal ou irrégulièrement menstruées, les pyrexies ont sur les règles une action moins générale et moins prononcée ; chez ces malades cependant, elles peuvent quelquefois faire cesser une aménorrhée qui datait de plusieurs mois. (*Gazette médicale de Lyon*, nos 1 et 2, 1862.)

On n'a pas oublié sans doute que M. Hérard a lu en 1851 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un important travail sur le même sujet.

Résection du corps de l'omoplate ; guérison avec conservation des mouvements de l'épaule, par M. Walter.

La résection du corps de l'omoplate, en respectant sa partie articulaire, a été faite plusieurs fois en Amérique et en Angleterre. Ce n'est pas une opération nouvelle, mais le cas suivant nous a paru intéressant et digne d'être rapporté, par cette circonstance que le bras, malgré l'absence de l'omoplate, a recouvré un tel degré de liberté et de force dans les mouvements, quelques mois après l'opération, que l'opéré a pu entrer dans les rangs de l'armée américaine comme trompette d'un régiment d'artillerie.

Eugène Menick, âgé de dix-neuf ans, né à Denton, État de Maryland, mousse dans la marine du Sud, jouit constamment d'une bonne santé jusqu'au mois de décembre 1859, malgré une constitution éminemment scrofuleuse. A cette époque, il fut atteint d'une double pleurésie qui le retint un mois à l'hôpital d'Albany. Il éprouva en même temps une douleur dans l'épaule droite, avec gonflement, impossibilité des mouvements. Un abcès se forma au niveau de l'omoplate, et s'ouvrit en trois endroits en mars 1860, en laissant écouler une grande quantité de pus. L'épaule enfla de nouveau ; quelques petites lamelles osseuses exfoliées furent expulsées avec le pus. Le malade entra alors à l'hôpital de Washington où l'on pratiqua, vers le bord postérieur de l'aisselle une large incision qui permit d'enlever quelques petites pièces d'os nécrosé.

Deux mois après la plaie se ferma, à l'exception d'une petite fistule ; mais, loin de guérir, le malade vit de nouveau l'épaule se tuméfier, et il entra, en décembre 1860, à l'hôpital de Pittsburg, dans le service de M. Walter.

Toute la région est le siége d'un gonflement marqué ; les veines superficielles sont très développées ; une fistule existe au niveau du bord axillaire de l'omoplate, au niveau de l'incision faite précédemment. Une sonde introduite par cette ouverture permet de sentir à nu toute la face antérieure de l'os. Les mouvements de rotation imprimés à l'humérus sont très douloureux, mais sans crépitation articulaire. L'émaciation est très marquée ; le malade tousse et dort peu.

Persuadé que la nécrose avait attaqué tout le corps de l'omoplate, M. Walter pratiqua, le 29 décembre 1860, la résection de cet os, le malade étant sous l'influence du chloroforme. Une incision fut faite d'abord sur l'épine de l'omoplate, depuis l'acromion jusqu'au bord spinal de l'os. Sur celle-ci on en fit tomber une seconde verticale depuis le centre de la première jusqu'à l'angle inférieur de l'os, intéressant la peau et les muscles. Les lambeaux ainsi formés furent rabattus, l'extrémité acromiale de l'omoplate fut coupée avec des cisailles tranchantes ; la scie à chaîne servit à séparer le col d'avec le reste de l'os, en respectant ainsi l'articulation scapulo-humérale. On énucléa ensuite le scapulum, mais en conservant le périoste qui, du reste, était peu adhérent et presque partout détaché. Il y eut un écoulement de sang veineux assez abondant, et l'on dut lier l'artère sus-scapulaire qui avait été coupée, la torsion suffit pour les autres petites artérioles.

Digitized by Google

L'os ainsi énucléé était rugueux à la surface, épaissi par de nouvelles couches osseuses, d'une couleur brune, creusé par la carie le long du bord axillaire. Les lambeaux furent réunis par la suture métallique; une mèche de linge, introduite par l'angle inférieur de la plaie, devait permettre l'écoulement facile de la suppuration. Le bras fut fixé à la poitrine, l'épaule recouverte d'un pansement à l'eau froide, on administra du café chaud, le pouls et la température s'étant fortement abaissés sous l'influence du chloroforme. Une potion fortement opiacée, contenant du sulfate de quinine, fut donnée toutes les trois heures afin de prévenir la fièvre traumatique.

Le quatrième jour, le malade commença à se lever, et il quitta définitivement le lit à la fin de la première semaine. La suppuration fut modérée, et les forces ne tardèrent pas à reparaître. Lorsqu'il quitta l'hôpital cinq semaines après l'opération, la plaie était entièrement fermée, à l'exception d'une fistule existant encore près du col de l'omoplate; le malade commençait à pouvoir se servir de son bras.

En août 1861, le docteur Walter rencontra par hasard son malade. Il appartenait alors à l'artillerie, où il servait comme trompette, et c'est en cette qualité qu'il avait assisté quelque temps auparavant à la bataille de Bull's Run.

La plaie de l'épaule était complétement guérie; à l'endroit de l'omoplate enlevé, on trouvait, profondément, une certaine résistance, une dureté profonde qui faisait croire à la reproduction, au moins partielle, de l'omoplate par le périoste conservé. Quant aux mouvements du bras, ils avaient repris toute leur force et toute leur liberté.

Depuis l'exemple cité par Chopart, les faits de reproduction de l'omoplate expulsé à l'état de séquestre, ou enlevé par le chirurgien, ne sont pas très rares; cependant on hésite encore à aller profondément rechercher un os assez large, recouvert par des muscles puissants; car, outre les dangers de l'opération, on pouvait craindre de voir la section transversale des muscles trapèze sous-épineux, grands et petits ronds, suivis de la perte partielle des mouvements de l'épaule. Cette observation montre qu'il n'en est rien. Quant à la reproduction de l'os enlevé par le périoste conservé, elle ne saurait étonner avec ce que nous savons depuis les recherches de Troja, Flourens, Ollier. Le musée d'Alfort possède du reste trois beaux exemples de reproduction de l'omoplate chez le cheval. (*Medical and Surg. Reporter*, Philadelphie, p. 557.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire du développement de l'œil humain, par le docteur F.-A. d'Ammon, à Dresde; suivie de 12 planches lithographiées contenant 207 figures. Traduite de l'allemand par le docteur Van Biervliet (de Bruges). Bruxelles, 1860. In-8.

Acyclia, Irideremia et Hemiphakia congenita (en allemand), par *le même*, avec 2 planches lithographiées. (Extrait des *Mémoires de l'Académie des curieux de la nature.*) 1858. Grand in-4.

Der Epicanthus, etc. (*L'épicanthus et l'épiblépharon*, épître à M. le docteur J. Sichel, à Paris), par *le même*, avec 20 figures lithographiées. Erlangen, 1860. In-8.

L'analyse suivante a été rédigée il y a neuf mois. Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché jusqu'ici d'y mettre la dernière main. Aujourd'hui, hélas! elle est, en quelque sorte, devenue une note nécrologique : mon excellent et regrettable ami Ammon, les lecteurs de la Gazette hebdomadaire le savent déjà, a succombé, il n'y a pas longtemps, à une maladie qu'il regardait sans doute comme sans importance, car il ne m'en a jamais parlé dans sa correspondance très suivie et très intime. Il a été enlevé au moment où, plein de force et d'activité, il préparait la publication d'un nouvel ouvrage iconographique très étendu.

Je laisse ces pages telles que je les ai écrites du vivant de l'auteur, si ce n'est d'imposer moins de réserve à ma sincère admiration, dont la modestie d'Ammon aurait pu voir avec déplaisir l'expression trop peu contenue.

Ammon peut être proposé comme modèle à suivre à la jeune génération médicale. Ophthalmologiste célèbre, il n'a jamais cessé d'être médecin et chirurgien habile et scientifique, comme l'attestent ses nombreuses publications sur des sujets non ophthalmologiques. Haute intelligence, expérience consommée, travail infatigable et consciencieux, probité scientifique à toute épreuve, modestie et simplicité antiques sans manque de précision et de fermeté dans les opinions, équité dans le jugement de ses émules (je ne lui connaissais ni rivaux ni ennemis), bienveillance envers ses confrères et surtout envers ses élèves, aucune qualité du cœur et de l'esprit ne lui faisait défaut. Sa mort est un sujet de deuil pour la science autant que pour les amis de cet homme d'élite.

Le nom de M. d'Ammon est connu de tous ceux qui ne sont pas restés étrangers au mouvement de l'ophthalmologie et de la chirurgie pendant le dernier quart de siècle. Son *Journal d'ophthalmologie*, ses *Représentations cliniques des maladies oculaires*, sont indispensables aux ophthalmologistes. Son mémoire sur l'*iritis* a été couronné par la Société médico-pratique de Paris. Arrivé à l'âge où la plupart des praticiens n'aspirent qu'à jouir du repos et de leur position acquise, M. d'Ammon vient encore de doter le monde médical de plusieurs travaux, qui tous portent au plus haut degré le cachet scientifique.

La plus importante de ces publications est l'*Histoire du développement de l'œil humain*, ouvrage de longue haleine, dont le commencement remonte au delà de trente ans, et qui est le résultat d'investigations difficiles, laborieuses, précises, que l'auteur a eu la patience de recommencer consciencieusement chaque fois qu'une découverte nouvelle, une méthode non encore connue, venaient de surgir.

Bien que le but principal de l'auteur soit de tracer l'histoire de l'évolution de l'œil *humain*, il a été forcé de prendre pour sujet d'une très grande partie de ses recherches l'œil du poulet non encore éclos; car, dans les premières semaines après la conception, l'œil de l'embryon passe si rapidement par les différentes phases de son développement, et on peut si rarement se procurer des fœtus humains, que l'observation resterait incomplète et presque vaine, si on n'avait recours à l'œuf de poule soumis à l'incubation artificielle.

Il est impossible de rendre compte en peu de pages d'un ouvrage de cette nature, dans lequel les détails, souvent fort minutieux, jouent nécessairement un rôle important. Inutile à ceux qui auront recours au livre, un extrait n'en donnerait qu'une idée fort incomplète à ceux que la nature de leurs études ne porterait pas à le lire. Il nous a donc paru plus utile de n'en présenter ici qu'une espèce de table des matières, indiquant à ceux qui pourront l'étudier ce qu'ils y trouveront, et à ceux qui ne le liront ni immédiatement ni en entier, quels sont les chapitres qu'ils auront à consulter pour s'éclairer sur les points dont la connaissance les intéresse plus particulièrement. Les ophthalmologistes auront besoin de le consulter fréquemment; ils le feront toujours avec fruit, surtout lorsqu'il s'agira de l'étude d'une des maladies congéniales du globe oculaire, telles que l'iridoschisma, l'iridérémie, l'absence ou la malformation d'une des parties constitutives de l'œil, affections sur la pathogénie desquelles l'histoire de l'évolution de l'organe jette une vive clarté.

L'ouvrage de M. d'Ammon sur *le développement de l'œil humain* est divisé en trois parties.

La première s'occupe de l'histoire générale du développement de l'œil humain aux diverses époques de la vie intra-utérine. « Chaque œil se développe séparément; les deux organes sont primitivement indépendants l'un de l'autre; les ampoules optiques se développent, chacune de son côté, seulement après la division de l'ampoule cérébrale en deux parties, et celle-ci ne présente pas la moindre trace d'yeux avant cette division. » En prenant ce point de départ, l'auteur suit l'œil semaine par

Digitized by Google

semaine, en indiquant pour chaque époque son développement successif et son aspect, et en renvoyant pour chaque phase à une figure spéciale. Ce système de fréquents renvois à des représentations graphiques, suivi aussi pour la seconde partie de l'ouvrage, apporte beaucoup de clarté au sujet et le rend plus facilement intelligible, en même temps qu'il explique et justifie la multiplicité des figures. Les douze planches en contiennent cent soixante-seize!

La deuxième partie expose, dans sept chapitres, l'histoire spéciale et détaillée du développement des différentes parties de l'œil : des enveloppes de l'œil, de la sclérotique et de la cornée ; de la capsule cristalline et de la lentille ; du corps vitré ; de la rétine ; de la choroïde, des procès ciliaires, de l'iris et du muscle tenseur de la choroïde ; du système vasculaire de l'œil ; des paupières, des muscles de l'œil, du tissu adipeux de l'orbite ; de l'appareil lacrymal et de l'orbite. A chacun de ces chapitres, deux à trois planches sont consacrées.

La troisième partie enfin traite de quelques lois morphologiques relatives à l'œil du fœtus.

L'ouvrage ne s'occupe que du développement du globe, mis en sa lumière par les recherches de l'auteur aidées de celles de ses devanciers. Ne voulant donner que cette partie pratique, il a passé sous silence l'historique, que toutefois il a longuement exposé dans un article inséré dans le MEDICINISCHE JAHRBÜCHER de Schmidt (vol. XCIX, cahier 1, p. 132, n° 53), article dont nous recommandons fortement la lecture à ceux qui prennent un intérêt plus spécial à ce sujet.

Guidé par ses profondes connaissances dans l'histoire du développement de l'œil, et mis à même, comme médecin d'un établissement pour les aveugles incurables, de disséquer fréquemment des yeux affectés de cécité congéniale, M. d'Ammon, dans une autre publication, *Sur l'acyclie, l'iridérémie et l'hémiphakie congéniales*, a pu tracer l'histoire de trois affections congéniales de l'œil presque inconnues jusqu'ici, surtout anatomiquement : *l'acyclie*, ou absence du cercle ciliaire ou muscle tenseur de la choroïde ; *l'iridérémie*, ou absence de l'iris ; et *l'hémiphakie*, ou absence congéniale du disque cristallinien antérieur. Les détails qu'il donne sur ces trois affections si rares jettent une vive clarté sur leur nature et leur histoire, et mériteraient une analyse beaucoup plus étendue que celle que nous en donnons ; mais des travaux basés sur des faits aussi nouveaux et aussi importants veulent être lus et étudiés. Nous allons donc brièvement indiquer au lecteur ce qu'il pourra trouver de curieux dans chacune des cinq observations qui forment le fond de cet opuscule.

Obs. I, p. 7. Acyclie : absence complète du muscle tenseur de la choroïde (autrefois appelé le cercle ciliaire), observée aux deux yeux d'un adulte.

Obs. II, p. 35. (Œil gauche d'un fœtus humain de sept mois.) Iridérémie et acyclie.

Obs. III, p. 36. (Œil gauche d'un fœtus de veau presqu'à terme.) Iridérémie congéniale et développement fort incomplet du muscle tenseur de la choroïde, constituant presque l'absence congéniale de ce muscle.

Ces deux observations d'iridérémie prouvent qu'il y a deux espèces de cette maladie : la première espèce constitue une véritable absence complète et congéniale de l'iris, la vraie *iridéremie*, maladie dont l'existence ne m'avait pas encore été démontrée jusqu'ici par des faits. La deuxième espèce n'est qu'une absence incomplète de l'iris, une rétraction tellement considérable de cette membrane vers sa ligne d'attache qu'elle n'est plus visible que sous forme d'une bandelette fort étroite et peu étendue. Cette deuxième espèce, la seule dont j'eusse pu jusqu'ici constater l'existence sur le vivant, a été décrite par moi sous le nom de *mydriasis congénial* (Voy. mon *Iconographie ophthalmologique*, p. 712 et suivantes, planche LXXVII. *Gazette hebdomadaire*, 1859, n° 20, p. 308).

Obs. IV, p. 39. (Œil gauche d'un fœtus de veau presque à terme), et obs. V, p. 40. (Œil gauche d'un fœtus de mouton presque à terme.)

L'auteur ajoute l'analyse sommaire d'un grand nombre de dissections d'yeux de fœtus d'animaux, et d'observations faites sur des yeux humains vivants. Il n'a pas encore eu occasion de disséquer des yeux humains affectés des trois maladies qui font le sujet de sa monographie. Ces matériaux lui servent à établir une maladie congéniale nouvelle, l'*hémiphakie*. Sous ce nom, M. d'Ammon comprend une affection particulière du cristallin où, des deux disques primitifs de ce corps, l'antérieur, c'est-à-dire celui qui se développe le dernier, manque complètement. Sur l'œil humain vivant, cette curieuse affection est toujours accompagnée de cécité complète, d'une conformation particulière, pointue, du crâne (*Spitzkopf* des Allemands), et d'autres particularités. Je n'ai qu'un souvenir très vague de l'avoir rencontrée dans ma pratique, sous forme d'amaurose hydrocéphalique congéniale compliquée de cataracte également congéniale.

Le mémoire sur l'acyclie, etc., est accompagné de deux planches contenant 45 figures, dessinées, comme dit l'auteur, « le compas en main ».

En 1860, M. d'Ammon a aussi publié une nouvelle monographie de l'*épicanthus* et de l'*épiblépharon* (ptosis atonique consécutif à l'épicanthus), mémoire destiné à servir de complément à la première monographie de l'auteur et à la mienne, et qu'il m'a fait l'honneur d'intituler : *Épître au docteur Sichel*. Cet opuscule est si riche en observations et en vues nouvelles que moi-même, quoique n'étant très spécialement occupé de ce sujet, j'ai besoin de le relire à loisir et de le méditer. Comme presque tous les travaux de M. d'Ammon, il échappe à l'analyse par la multiplicité des faits et le nombre, ainsi que la finesse et la nouveauté, des aperçus. Il faut le lire et l'étudier ; j'y renvoie les lecteurs. Il en est de même des deux derniers mémoires de M. d'Ammon, qui traitent, avec de nombreux détails, l'un de l'état physiologique, l'autre de l'état pathologique, de la terminaison intra-oculaire du nerf optique ou papille optique.

SICHEL, D. M.

VII

VARIÉTÉS

— SOCIÉTÉ UNIVERSELLE D'OPHTHALMOLOGIE. — En octobre dernier, en vertu d'une décision ministérielle qui avait autorisé la réunion à Paris d'une Société universelle d'ophthalmologie, un certain nombre d'ophthalmologistes étrangers de distinction s'y rendirent en vue de prêter leur concours à la formation de la nouvelle Société. Il fut décidé que la Société justifierait son titre d'universelle en s'obligeant à changer chaque année son siége et à l'établir successivement dans les principaux centres scientifiques d'Europe.

Pour correspondre entre eux et préparer, chaque année, les voies et moyens de réunion de la Société, ainsi que pour recevoir les adhésions dans le cercle naturel de leur influence, les comités sont composés comme il suit :

Berlin : MM. A. de Graefe et R. Liebreich. — *Bruxelles* : MM. Warlomont et la rédaction des ANNALES D'OCULISTIQUE. — *Leipsig* : M. Coccius, Ruete, Winter. — *Londres* : MM. Bowman, Critchet, Streatfeild, White Cooper. — *Munich* : MM. Nussbaum et Rothmund fils. — *Paris* : MM. Desmarres, Giraud-Teulon, Sichel, Wecker. (Le comité de Paris a été chargé, pour cette année, de la centralisation administrative.) — *Prague* : MM. de Hasner et Pilz. — *Turin* : MM. Borelli, Sperino (Turin), Quadri (Naples), Quaglino (Milan). — *Utrecht* : M. Donders. — *Vienne* : MM. Arlt et Gulz. — *Zurich* : M. Horner.

A ces désignations et pour compléter la pensée de la Société universelle, le comité de Paris a cru devoir provisoirement, et sous réserve de l'approbation de la Société lors de sa prochaine assemblée, adjoindre la liste suivante des villes et comités destinés à être le centre des relations ophthalmologiques avec les contrées trop éloignées pour pouvoir devenir encore des lieux de réunion pour la Société universelle.

Villes et comités supplémentaires présentés par le comité permanent de Paris. — *Allemagne*, Wiesbaden : MM. Alefeld et Alex. Pagenstecher. — *États-Unis*, New York : MM. Homberger et Valentin Mott ; Philadelphie : MM. Hays, Little, Pancoast père. — *Brésil*, Rio-de-Janeiro : MM. Bonjean

et Souza. — *Danemark*, Copenhague : MM. Melchior et Withusen. — *Écosse*, Glascow : MM. Brown et Mackenzie. — *Espagne*, Madrid : MM. Calvo y Martin, Cervera, Montault. — *Grèce*, Athènes : M. Anagnostakis. — *Irlande*, Dublin : MM. Jacob et Wilde. — *Portugal*, Lisbonne : MM. Loureiro et Marquès. — *Russie*, Saint-Pétersbourg : MM. Frœbelius, Junge, de Kabath ; Moscou : MM. Braun et Matuschenkow ; Kiev : M. de Huebbenet. — *Suède et Norvége*, Stockholm : MM. Lundberg et Rossander ; Christiania : MM. Boeck, Faye, Heiberg. — *Turquie*, Constantinople : MM. de Huebsch et Archigènes Sarandi.

Le comité permanent de Paris, pour répondre à la mission qui lui a été donnée, vient faire appel aux sympathies et au concours du public médical français. Il le convie à s'associer aux travaux de la nouvelle Société. Les adhésions seront reçues chez chaque membre du comité pour lui être ensuite présentées en séance.

La réunion de la Société universelle d'ophthalmologie aura lieu du 30 septembre au 3 octobre prochain.

Le comité, interprète des pensées de la Société universelle, a décidé que, pour en faire partie, il faudrait justifier d'un diplôme de docteur en médecine ou chirurgie, ou de celui de docteur ès sciences, ou enfin présenter des titres scientifiques d'une notoriété non douteuse, toutes les adhésions données antérieurement à la constitution actuelle de la Société étant considérées comme non avenues.

Paris, le 8 février 1862.

Le comité permanent de Paris :

Drs Sichel, président du comité, 50, rue de la Chaussée-d'Antin ;
Desmarres, 33, rue Neuve-Saint-Augustin ;
Giraud-Teulon, 17, rue du Helder ;
Wecker, secrétaire du comité, 3, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Appendice a la biographie de Lallemand. — Nous recevons de M. C. Pinel la lettre suivante :

Mon cher confrère, le docteur Broca, dans son remarquable éloge de Lallemand, dont la Gazette hebdomadaire a publié un extrait, dit que c'est aux démarches de l'évêque de Montpellier, faites auprès de M. Frayssinous, que ce professeur dut d'être réintégré dans ses fonctions de chirurgien de l'hôpital Saint-Éloi.

Je ne conteste pas que monseigneur Fournier, prélat très éclairé et fort tolérant, ait défendu Lallemand contre la congrégation et le parti ultra-royaliste ; mais je dois rendre hommage à la vérité en affirmant que le mérite de cette action, alors courageuse, appartient surtout, et je crois pouvoir dire presque exclusivement, à l'un des membres les plus honorables du corps médical, à un aliéniste des plus distingués, à l'un de mes maîtres vénérés, à Esquirol, qui était, à cette époque, inspecteur général de l'Université.

Esquirol, je le tiens de lui, prit chaudement à cœur la cause de Lallemand, et la plaida avec d'autant plus de faveur qu'il avait des opinions politiques tout à fait différentes des siennes. Esquirol était royaliste, mais il était, avant tout, un homme juste, loyal et honnête, incapable de rester indifférent devant la mesure prise contre un professeur dont il estimait le caractère et appréciait le savoir, à plus forte raison d'en devenir le complice. Il demanda à être chargé d'instruire cette affaire, qui se termina, selon ses désirs, dans l'intérêt de la justice et de la science.

Pour appuyer ce que je viens de dire, permettez-moi de citer les paroles suivantes de Pariset, dans son éloge d'Esquirol : « Cet emploi (inspecteur général de l'Université), il l'avait eu sans le souhaiter, il le perdit sans regret, si ce n'est peut-être qu'il n'aurait plus l'occasion de rendre à d'autres le service qu'il avait rendu à un illustre professeur de Montpellier : il l'avait fait réintégrer dans sa chaire. C'était pour le servir qu'il avait sollicité cette mission. »

J'adresse à M. Broca une copie de cette lettre, en le priant de vouloir bien mentionner la part d'Esquirol dans l'affaire de Lallemand.

Je vous serai très obligé de publier ma lettre dans le plus prochain numéro ; ce sera rendre un juste hommage à la mémoire de l'illustre aliéniste.

Veuillez agréer, etc. Pinel.

3 février 1862.

— L'élection d'un membre de la section d'anatomie et zoologie à l'Académie des sciences, a eu lieu lundi dernier.

La liste de présentation de la commission portait :

En première ligne, M. Émile Blanchard ; en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Gratiolet et Charles Robin ; en troisième ligne, M. Lacaze-Duthiers ; en quatrième ligne, M. Auguste Duméril.

Le nombre des votants étant de 58, majorité, 30 : M. Blanchard a obtenu 32 suffrages, M. Robin, 25. Il y a eu un billet nul.

M. Blanchard ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé élu.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur P. Ménière, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'institution impériale des Sourds-Muets, qui a succombé le 7 février, à une pleuropneumonie.

— M. le docteur baron Thévenot (de Saint-Blaise), agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, ancien chirurgien de l'hospice des Enfants trouvés, et chirurgien en chef adjoint de l'Hôtel-Dieu, premier chirurgien ordinaire du roi Louis XVIII, officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre de Saint-Michel et de l'ordre de la Réunion, etc., vient de succomber à un âge très avancé.

— Par arrêtés du 7 février, M. le docteur Boeckel, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Kœberlé, dont la délégation est expirée.

M. le docteur Joessel est nommé prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire près la même Faculté, en remplacement de M. Boeckel, dont le temps d'exercice est expiré.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Campagnes de Kabylie, histoire médico-chirurgicale des expéditions de 1854, 1856 et 1857, par le docteur *A. Bertherand*. In-8 de 334 pages, avec une carte. Paris, Victor Masson et fils. 6 fr.

Indicateur médical et topographique d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par le docteur *Ernest Génieys*. In-18 de 104 pages, avec figures. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

L'Année pharmaceutique, ou revue des travaux les plus importants en pharmacie, chimie, histoire naturelle médicale, qui ont paru en 1861, par *L. Parisel*. In-8 de 562 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

Le livre de la ferme et des maisons de campagne, publié sous la direction de *P. Joigneaux*, avec la collaboration des principaux agronomes. Grand in-8 jésus de 2000 pages environ, imprimé sur deux colonnes, avec figures intercalées dans le texte. Paris, Victor Masson et fils.

L'ouvrage sera publié en 12 fascicules, dont 3 sont en vente. Prix du fascicule. 2 fr. 50

Les insectes nuisibles aux arbres fruitiers, aux plantes potagères, aux céréales et aux plantes fourragères, par *Ch. Goureau*. In-8 de XIII-366 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

Recherches sur le tatouage, par le docteur *Berchon*. In-8 de 30 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr.

Traité pratique des maladies du foie, par le docteur *Fr.-Th. Frerichs*, traduit de l'allemand par les docteurs *L. Duménil* et *J. Pellagot*. In-8 de 800 pages, avec 80 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 11 fr.

Histoire météorologique et médicale de Dunkerque, de 1850 a 1860, par le docteur *Zandyck*. In-8. Paris, Asselin. 3 fr. 50

Le médecin des villes et des campagnes, par le docteur *Munaret*. 3e édition, augmentée. Grand in-18. Paris, Germer Baillière. 4 fr. 50

Traité pratique de médecine légale, rédigé, d'après des observations personnelles, par *J.-L. Casper*, traduit de l'allemand, sous les yeux de l'auteur, par *Gustave Germer Baillière*. 2 vol. grand in-8. Paris, Germer Baillière. 15 fr.

Atlas colorié, se vendant séparément. 12 fr.

Handbuch der historisch-geographischen Pathologie (Manuel de pathologie historique et géographique), par le docteur *A. Hirsch*. Tome 1, 1re partie. Erlangen, Ferdinand Enke.

Ueber die Lehren vom Schanker (Des doctrines du chancre vénérien), par le docteur *F.-E. Friedrich*. In-8 de 93 pages. Erlangen, Ferdinand Enke.

Thèses.

Thèses subies du 7 novembre au 30 décembre 1861.

224. Geoffroy, Auguste-Ernest, né à Laon (Aisne). [*De la folie à double forme.*]

225. Diard, J.-L.-Octave, né à Dourdan (Seine-et-Oise). [*Essai sur la méningite cérébrale rhumatismale.*]

226. Fauvel, Charles, né à Amiens (Somme). [*Du laryngoscope au point de vue pratique.*]

227. Bergeron, Lucien, né à Moulins (Allier). [*De l'érythème noueux.*]

228. Mesmin-Dumas, P., né à la Basse-Pointe (Martinique). [*Une station aux îles Hawai.*]

229. Calbris, Ferdinand, né à Rully (Calvados). [*De l'hémorrhagie puerpérale.*]

230. Panard, Alfred, né à Avignon (Vaucluse). [*Du glaucome.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. | **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. | Prix : 24 francs par an.

TOME IX. | **PARIS, 21 FEVRIER 1862.** | **N° 8.**

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Hygiène hospitalière. — De l'ataxie musculaire. — **Emploi des sutures métalliques.** — Ovariotomie. — II. **Histoire et critique.** Sur l'ataxie musculaire. — III. **Travaux originaux** Pathologie chirurgicale : Note sur l'emploi des fils d'argent en chirurgie, suivie d'une observation de staphylorrhaphie pratiquée au moyen de ces fils. — IV. **Revue clinique.** De la vertu ténifuge de l'écorce sèche de racines de grenadier. — V. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — VI. **Revue des journaux.** Albuminurie guérie par le tannin et l'extrait alcoolique de noix vomique. — De l'action de la salive parotidienne de l'homme sur la fécule des aliments amylacés. — Anévrysme vrai de la crosse de l'aorte. — VII. **Bibliographie.** Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers, au point de vue de la constitution médicale. — VIII. **Feuilleton.** Du mouvement de la population en France.

I

Paris, 20 février 1862.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — DE L'ATAXIE MUSCULAIRE. — EMPLOI DES SUTURES MÉTALLIQUES. — OVARIOTOMIE.

M. Larrey a lu hier à l'Académie de médecine, sur l'*hygiène des hôpitaux militaires*, un mémoire qui nous a fait regretter une fois de plus l'habitude prise par l'honorable membre de ne pas déposer ses manuscrits sur le bureau de l'Académie. Il en résulte que nous ne pouvons transmettre à nos lecteurs qu'une très faible partie du plaisir et du profit que nous avons goûtés à l'audition. Quelques orateurs doivent être encore entendus sur la grave question qui préoccupe en ce moment le corps médical ; mais la discussion sera sans doute bien avancée, sinon terminée, mardi prochain, et nous pourrons alors compléter nous-même nos appréciations.

Deux questions, l'une médicale, l'autre chirurgicale, sont à l'ordre du jour; nous voulons parler de l'*ataxie musculaire*, et de l'emploi des *sutures métalliques*.

La maladie désignée sous le nom d'ataxie musculaire ou locomotrice, assez bien connue maintenant sous le rapport de son expression symptomatique, soulève des dissidences quant à sa détermination nosologique, spécialement en ce qui concerne ses caractères anatomiques et ses rapports, la perte de la *conscience musculaire*, pour parler comme M. Duchenne. Ce sujet a été soumis, par un de nos collaborateurs, à un examen critique qu'on trouvera ci-après (p. 114.)

Sur l'emploi des sutures métalliques, dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est occupée plusieurs fois, nous empruntons aujourd'hui au JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE une note intéressante de M. Letenneur, et nous commencerons dans le prochain numéro la publication d'un mémoire de M. Ollier, que nous avons en main depuis quelque temps, et qui soumet la question à la double épreuve de la critique et d'une expérience étendue.

Nous profitons de l'occasion pour rappeler, au moment où

FEUILLETON.

Du mouvement de la population en France,

D'APRÈS LES DOCUMENTS FOURNIS PAR LE MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

(Deuxième article. — Voir le n° 49, 1861.)

§ III. *Décès.* — Le nombre des décès varie beaucoup, selon une foule de causes faciles à comprendre. En tête de ces causes, nous plaçons surtout les épidémies qui réagissent toujours d'une manière sensible sur la mortalité, lorsqu'elles prennent un grand développement. Le choléra de 1854 nous fournit un exemple à l'appui de cette proposition. Tandis qu'en 1853, le chiffre des décès ne s'était élevé qu'à 1 par 45 habitants, on a pu constater, l'année suivante, 1 décès pour 36 habitants. Or, le choléra a moissonné, en 1854, un grand nombre de victimes. Dès l'année suivante, le rapport des décès à la population se rapprochait de la moyenne ordinaire ; de telle sorte qu'en 1856 et 1857, on comptait 1 décès pour 43 et 42 habitants.

Disons, en thèse générale, que les causes de mort accidentelle, les famines, les guerres, les épidémies, etc., n'altèrent que momentanément les moyennes de la mortalité. Si ces moyennes s'élèvent au moment du fléau, elles ne tardent pas à s'abaisser d'une manière notable. De cette façon renait l'équilibre, et la moyenne, prise sur une période de dix ans par exemple, ne diffère pas notablement de la moyenne des périodes antérieure et postérieure. Si l'on observe des écarts sur certaines années, on en trouve, en sens contraire, dans les années suivantes, ce qui explique pourquoi l'équilibre se rétablit plus ou moins promptement.

Les décès se sont élevés annuellement aux chiffres de 937,942, 837,082 et 858,785 pendant les années 1855, 1856 et 1857. Ces chiffres, comparés à ceux de la population, donnent, pour 100 habitants, 2.61, 2.32 et 2.38 décès. La question des décès n'a de réelle importance que comparée à l'état

Digitized by Google

l'ovariotomie commence à faire du bruit en France, l'attention des chirurgiens sur le travail où M. Jules Worms, en remettant à l'ordre du jour, dans ce journal, une opération délaissée, en a posé les indications d'après une étude attentive de la pratique anglaise. A. D.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

SUR L'ATAXIE MUSCULAIRE.

Dans un travail récent, le professeur Teissier (1) a rapporté quelques exemples d'ataxie musculaire, et de l'étude comparative des faits qu'il a observés, il a cherché à déduire la signification pathologique d'un état morbide, qui présente encore, à vrai dire, plus d'une inconnue. Ce n'est donc pas seulement en raison des faits nouveaux qu'il renferme, que ce mémoire se recommande à l'attention sérieuse de tous les médecins, c'est encore et surtout par la discussion remarquable à laquelle l'auteur a soumis ses observations. Elles sont au nombre de dix, et à défaut d'un résumé que le manque d'espace m'interdit, j'en reproduis ici les titres. Renseigné de la sorte sur les particularités les plus saillantes de ces faits cliniques, le lecteur pourra apprécier plus aisément la justesse des conclusions qui en ont été tirées :

Obs. I. Ataxie musculaire idiopathique. Amélioration par les douches froides. — *Obs. II.* Ataxie locomotrice compliquée de la perte du sens d'activité musculaire. — *Obs. III.* Ataxie musculaire suite d'intoxication paludéenne et d'abus de l'absinthe. Bons effets des douches froides et des bains térébenthinés. — *Obs. IV.* Ataxie musculaire symptomatique d'une intoxication saturnine. — *Obs. V.* Ataxie musculaire progressive compliquée d'une diminution du sens d'activité musculaire. — *Obs. VI.* Ataxie musculaire à forme progressive, présentant quelques signes de paralysie générale. — *Obs. VII.* Ataxie musculaire suite de ramollissement cérébral. — *Obs. VIII.* Ataxie musculaire à forme progressive. — *Obs. IX.* Ataxie musculaire progressive. — *Obs. X.* Ataxie locomotrice à forme progressive.

A la suite de ces observations, M. Teissier a tracé l'histoire clinique de l'ataxie musculaire ; cette description s'éloigne à plusieurs égards de celle qui a été acceptée depuis le travail de M. Duchenne (de Boulogne) (2), et ce sont ces vues nouvelles que je dois avant tout mettre en lumière.

Et d'abord il ressort, de l'examen des faits précédents que l'ataxie est loin de présenter toujours la marche fatalement progressive qui lui a valu son nom, et que le désordre des mouvements peut affecter les muscles de la langue, des joues et des lèvres, aussi bien que ceux des membres inférieurs. Ce fait, comme on le sait, a été nié par M. Duchenne ; il se refuse même à regarder comme ataxiques les malades qui présentent du tremblement des lèvres ou de la langue, et de l'embarras dans la parole. Les obs. I et III du travail de M. Teissier démontrent la réalité de cette forme d'ataxie : « L'embarras de la parole, dit l'auteur, peut se traduire différemment, suivant le degré du mal. Tout d'abord on ne remarque qu'un peu d'hésitation, mais plus tard cette hésitation augmente. L'ataxique, en parlant, passe sous silence des mots ou des parties de mots. La parole devient traînante..... Il est facile de se convaincre, dans ce cas, que le défaut d'élocution provient, non pas d'un affaiblissement de la mémoire qui empêche de trouver tel ou tel mot, mais bien d'un défaut dans les mouvements de la langue et des lèvres, qui gêne ou trouble la prononciation. Ces parties cependant ont conservé toute leur puissance musculaire, comme nous avons pu nous en assurer. Chez le malade de l'obs. I, par exemple, il nous était très difficile d'introduire le doigt entre les lèvres, quand il résistait en les contractant ; nous ne pouvions même empêcher avec les doigts l'issue de la langue en dehors de la bouche, ou la refouler dans la cavité buccale, lorqu'il s'y opposait. » J'ai cité ce passage tout au long parce qu'il ne laisse aucun doute sur l'ataxie musculaire de la langue et des lèvres, et parce que les procédés de diagnostic mis en usage me paraissent justifier pleinement les assertions de l'auteur.

Dans plusieurs des faits qu'il rapporte, M. Teissier a vu manquer complétement les douleurs fulgurantes et les troubles visuels, qui ont été donnés comme caractéristiques de la première période de l'ataxie. Déjà M. Duchenne, dans la dernière édition de son ouvrage, a dû rectifier sur ce point ses premières propositions, enlevant ainsi à son entité morbide chancelante son principal soutien. Le professeur de Lyon a insisté avec raison sur ce fait ; il a montré que l'ataxie musculaire *ne présente en réalité qu'un seul phénomène capital et constant* ; ce phénomène, c'est le défaut de coordination des mouvements volontaires ; les autres accidents, que M. Trousseau a déjà qualifiés à bon droit d'épiphénomènes, varient à l'infini.

C'est en s'appuyant sur ces données et sur les résultats de son observation que M. Teissier a abordé la question nosologique, qui se rattache à l'ataxie musculaire. Cet état constitue-t-il une entité, une espèce morbide, ou bien au contraire n'y a-t-il là que la manifestation symptomatique de maladies multiples ? Qu'on se reporte aux titres des observations de l'auteur, et l'on conviendra que sa réponse ne pouvait être douteuse ; il a montré que la physiologie et la clinique conduisent l'une et l'autre à cette conclusion, que *l'ataxie locomotrice doit être le plus souvent un état symptomatique de maladies*

(1) *De l'ataxie musculaire.* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1861, nos 23 et 24 ; 1862, n° 1.)
(2) *De l'ataxie locomotrice progressive.* (*Arch. génér. de méd.*, 1858 et 1859.)

---

des naissances. Il résulte des relevés de l'état civil de tout l'empire que les décès ont dépassé les naissances de 3,95 pour 100 pendant l'année 1855, tandis qu'ils sont restés inférieurs pendant les deux années suivantes, dans la proportion de 12,08 et 8,71 pour 100. D'où il suit qu'il y a eu une augmentation proportionnelle de la population pendant ces deux dernières années.

Ces fluctuations permanentes entre le chiffre des naissances et celui des décès font voir combien sont chimériques les craintes de certains démographes qui nous annonçaient, il y a quelques années, une augmentation formidable de la population, augmentation qui devait, dans un temps assez court, être telle que la terre serait envahie et ne pourrait plus suffire à nourrir les habitants. A les entendre, les hommes ne tarderaient pas à s'entre-dévorer ; *homo homini lupus*. Heureusement l'inflexible statistique démontra l'inanité de ces belles théories, et rendit aux faibles une confiance qu'ils avaient sottement perdue. L'école malthusienne doit être satisfaite ; l'équilibre s'est suffisamment rétabli, même, soit dit entre nous, sans le concours de la panacée vantée par elle. Ceci dit, revenons à notre sujet.

Le nombre des décès masculins l'emporte sur celui des décès féminins. Les calculs, établis sur les trois années qui nous occupent, ont donné une moyenne générale de 105,59, 103,23 et 105,23 décès masculins pour 100 décès féminins. Ces chiffres, comparés à ceux de la moyenne des naissances, mettent hors de doute la constante supériorité numérique acquise au sexe masculin. Dans certains départements, comme la Creuse, le Cantal, etc., le nombre des décès masculins est inférieur de 10 à 12 pour 100 à celui des décès féminins ; ce qui semble pouvoir s'expliquer par les émigrations annuelles des habitants de ces départements. Par compensation, les décès masculins augmentent dans une grande proportion dans les départements vers lesquels se portent les émigrants. On les a vus s'élever, dans certaines localités, jusqu'à 130 contre 100 décès féminins. Si les guerres ne moissonnaient une partie notable d'hommes,

Digitized by Google

diverses et non une maladie spéciale. L'inconstance des phénomènes prétendus caractéristiques, les variétés sans nombre des symptômes, l'apparition des accidents d'ataxie dans les conditions pathologiques les plus diverses (lésions cérébrales et cérébelleuses, intoxication saturnine et alcoolique, paralysie générale (1), atrophie graisseuse, hystérie, chorée, etc.), telles sont les principales raisons que fait valoir M. Teissier à l'appui de son opinion.

Comme on le voit, ce mémoire doit marquer dans l'histoire française de l'ataxie musculaire le début d'une nouvelle période : il restreint dans de justes limites l'importance exagérée accordée à un phénomène morbide, et il imprime à l'étude de ce symptôme une direction plus féconde, parce qu'elle est à la fois plus *médicale* et plus vraie. Mais d'ailleurs le médecin de Lyon n'est point entré seul dans cette voie nouvelle, et la similitude presque absolue des conclusions formulées par M. Bourdon est à la fois une garantie précieuse, et un puissant encouragement.

Qu'il me soit permis d'ajouter quelques mots sur certains points controversés.

Et d'abord y a-t-il lieu de séparer l'ataxie locomotrice, et les phénomènes produits par la paralysie du sens d'activité musculaire ? Avec M. Duchenne, avec M. Bourdon, M. Teissier répond par l'affirmative ; mais cette affirmation, je l'avoue, ne me paraît pas suffisamment justifiée. Trois arguments d'ordre bien différent ont été invoqués pour établir cette séparation : le premier ne repose que sur une hypothèse psychologique de Müller, et je ne puis en vérité lui accorder une grande valeur ; d'après le physiologiste allemand, tout mouvement est précédé d'une appréciation instinctive, dont le point de départ est au cerveau, et qui règle la quantité de force qui doit être produite en vue d'un acte donné. C'est le défaut de cette appréciation (*conscience musculaire* de M. Duchenne, — *instinct locomoteur* de M. Bourdon) qui est la cause des désordres musculaires, et cette faculté ne peut être le résultat d'une impression reçue par le muscle, *puisqu'elle précède la* contraction. Cette interprétation me semble pécher par la base. Müller plaçait le siége de cette appréciation instinctive dans le cerveau, et dans tous les exemples d'ataxie avec lésions anatomiques, les altérations siégeaient dans *les cordons postérieurs de la moelle et au niveau des racines nerveuses correspondantes*. L'idée de Müller est donc par cela même en contradiction formelle avec les faits. Mais il importe de prévenir une objection qui pourrait être soulevée : on sait aujourd'hui que certaines perturbations, purement fonctionnelles d'abord, peuvent déterminer, lorsqu'elles se prolongent, des altérations persistantes dans les éléments histologiques des centres nerveux (épilepsie, tétanos, paralysie réflexe) ; on pourrait donc avancer, en invoquant les faits de ce genre, que les lésions de la moelle, constatées chez les ataxiques, ne sont que le résultat secondaire du trouble fonctionnel cérébral (trouble de la conscience musculaire) ; on pourrait tenter d'expliquer ainsi pourquoi la lésion ne siége pas dans le cerveau et uniquement dans le cerveau, quoique l'hypothèse de Müller rapporte à l'encéphale le point de départ des accidents. Malheureusement on aurait encore ici contre soi tous les faits connus. Il résulte en effet des recherches contemporaines, de celles de Türck en particulier (1), que les lésions secondaires de la moelle occupent les cordons antérieurs lorsqu'elles sont d'origine encéphalique, tandis qu'elles siégent sur les faisceaux postérieurs lorsqu'elles sont d'origine périphérique ; centrifuge dans le premier cas, le processus morbide est centripète dans le second, et ces données sont amplement justifiées par nos connaissances physiologiques sur le rôle de la moelle, envisagée comme organe conducteur. Que l'idée de Müller soit soutenable en psychologie, peu importe ici ; me restreignant au point de vue clinique, je ne puis voir dans cette opinion qu'une hypothèse, démentie par l'observation ; car le siége même des lésions chez les ataxiques vient me prouver l'origine périphérique de la modalité fonctionnelle anomale, qui est le point de départ du travail pathologique ultérieur.

Arrivons au second argument.

L'étude clinique, a-t-on dit, démontre dans l'expression symptomatique de l'ataxie et de la paralysie du sens musculaire, des différences assez accusées pour que l'on doive séparer et distinguer avec soin ces deux états morbides. S'il est justifié par les faits, l'argument est sans réplique. Or, pour arriver à quelque conclusion exacte, ce n'est point, on le conçoit, aux travaux qui ont paru dans ces quatre dernières années que nous devons nous adresser. Dès la publication du mémoire de M. Duchenne, les esprits ont été divisés sur cette question, et les descriptions ont bien pu se ressentir de l'opinion professée par les auteurs. Mais avant cette époque, avant cette séparation assurément prématurée, l'étude de la paralysie du sens d'activité musculaire avait donné lieu à plusieurs travaux remarquables ; or, c'est là que nous devons puiser les éléments de notre comparaison, c'est là que nous devons vérifier

(1) M. Baillarger a réuni cinq observations d'ataxie locomotrice associée à la paralysie générale, et il a montré par l'examen de ces faits que, dans les cas de ce genre, les symptômes de paralysie générale semblent apparaître le plus souvent dès la première période de l'ataxie, et que l'influence réciproque des deux états morbides n'est soumise à aucune loi constante ; tantôt la paralysie générale continue sa marche, mais elle semble arrêter celle de l'ataxie ; dans d'autres cas, la paralysie générale guérit, mais l'ataxie s'aggrave ; enfin les deux maladies peuvent suivre parallèlement leur marche naturelle. (Baillarger, *De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies*, in *Annales médico-psychologiques*, janvier 1862.)

(1) *Ueber secundäre Erkrankungen einzelner Rückenmarksstränge und ihrer Fortsetzungen zum Gehirn*. (*Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1852-1853.)

---

la supériorité numérique de ces derniers augmenterait encore dans une certaine proportion. Les guerres seraient-elles donc nécessaires à l'équilibre des sexes? grave problème qui tient à la destinée des peuples.

On s'est demandé souvent si le célibat avait de l'influence sur la durée de la vie. Pour le savoir, il faut comparer la population par âge et par état civil aux décès par âge et par état civil. Or, ce travail a été fait dans le mémoire que nous analysons.

Les chiffres fournis sur cette question établissent que le mariage est favorable à la longévité. Les célibataires de tous les âges donnent à la table mortuaire un chiffre plus élevé que les hommes du même âge vivant en état de mariage.

Ce qui confirme encore, dans une certaine mesure et sous certains points de vue, l'influence du célibat, c'est la mortalité particulière des veufs, dont la condition se rapproche de celle du célibataire. L'âge, il est vrai, est différent; mais, même en tenant compte de cette grande influence, on observe que la mortalité frappe plus les veufs que les hommes mariés.

Une exception doit cependant être signalée, parce qu'elle se produit dans des conditions contraires aux opinions le plus généralement accréditées. Les personnes qui se marient avant d'avoir atteint la vingtième année, présentent une mortalité plus grande que les célibataires du même âge. Ce fait est d'une importance incontestable au point de vue de la médecine et de la physiologie, mais il n'altère pas les résultats énoncés plus haut. La seule conclusion raisonnable qu'il soit permis d'en tirer, dans l'état des choses, c'est que le mariage doit être accompli, à partir de la vingtième année seulement, si l'on veut ménager l'intérêt des conjoints, et par conséquent, ceux de la société elle-même.

Les femmes sont, sous le rapport du mariage, à peu près dans les mêmes conditions que les hommes. Les mariages prématurés leur sont funestes, le veuvage aussi, et par-dessus tout le célibat. Nous avons déjà dit que les femmes supportaient le veuvage beaucoup mieux que les hommes. Mais ceci est une

Digitized by Google

ces caractères différentiels que l'on invoque avec tant de complaisance. Je voudrais reproduire ici les tableaux symptomatiques auxquels je fais allusion; je ne le puis malheureusement pas, mais qu'on médite avec une attention suffisante les travaux que Nasse (1), Romberg (2), E. H. Weber (3), Reynolds (4), Landry (5), ont consacrés à l'étude de la paralysie du sens musculaire, et l'on n'hésitera pas à partager cette opinion : *il n'y a pas lieu de séparer, au point de vue clinique, la paralysie du sens d'activité musculaire, et le trouble morbide auquel on a donné le nom d'ataxie locomotrice.* J'ajouterai, pour montrer combien l'identité est complète, que Reynolds a signalé, mais pour certains cas seulement, la diplopie, les troubles visuels, et l'intensité variable du désordre musculaire, suivant qu'il s'agit de mouvements simples ou de mouvements coordonnés, de mouvements à grande portée ou de mouvements délicats. On sait que le professeur Monneret (6) admet également l'identité des deux états morbides; M. Marcé (7), après avoir mis en regard la description de M. Landry et celle de M. Duchenne, est arrivé à la même conclusion; et il en sera ainsi, telle est ma conviction, toutes les fois qu'on se livrera à l'étude comparative des différents travaux que je viens de rappeler.

Il est encore un point cependant qui doit m'arrêter quelques instants. Dans l'ataxie, dit-on, l'intervention de la vue ne rectifie pas le désordre de la motilité, et l'on a fait de ce caractère le signe différentiel pathognomonique de la paralysie du sens musculaire. Il faut avant tout préciser plus nettement la question : il est des ataxiques chez lesquels le secours de la vue fait cesser les troubles de la locomotion; il en est d'autres chez lesquels l'intervention de l'organe visuel demeure impuissante. Voilà le fait. Dirons-nous que ces derniers seulement sont affectés d'ataxie, et que les premiers, dont tous les autres symptômes sont semblables, sont atteints de paralysie du sens musculaire? Non certes; nous dirons seulement que l'affection est plus avancée dans un cas que dans l'autre; les effets variables que produit l'intervention de la vue dépendent du degré, de la période de l'état morbide. Il en est de la paralysie du sens musculaire comme de bien d'autres troubles d'innervation; elle ne se développe pas d'emblée avec tous ses caractères à leur maximum d'intensité; elle procède lentement, insidieusement, et l'on peut suivre chez le même malade, lorsqu'on assiste au début de l'affection, la progression successive des phénomènes morbides, en même temps que l'on voit diminuer parallèlement l'influence corrective de la vue.

Enfin, et c'est là le troisième et dernier argument, on a vu manquer l'anesthésie musculaire chez des malades qui présentaient une ataxie non douteuse; à quoi je répondrai par cette simple question : A-t-on démontré pour les muscles l'identité de la sensibilité tactile, de la sensibilité douloureuse et de la sensibilité d'activité? Non; et lorsque nous voyons les divers modes de sensibilité s'isoler si nettement à la peau, pouvons-nous nous étonner qu'il en soit ainsi dans les muscles? Pas davantage. Il serait donc téméraire de tirer une conclusion quelconque de faits exceptionnels, sur lesquels nous ne possédons jusqu'ici que des données insuffisantes, pour ne pas dire nulles.

J'ai déjà dit quelques mots de la question nosologique que soulève l'ataxie musculaire. Depuis le travail de M. Duchenne, ce désordre de la motilité, élevé subitement au rang de maladie, avait été maintenu sans conteste parmi les espèces morbides. Une telle interprétation ne pouvait s'expliquer que par une observation insuffisante, ou par une généralisation trop hâtive. M. Teissier, nous l'avons vu, n'hésite pas à conclure que l'ataxie musculaire, dans sa forme progressive aussi bien que dans ses autres formes, est un état morbide symptomatique d'affections ou de lésions diverses des centres nerveux, et surtout du cervelet et de la moelle; d'un autre côté, M. Bourdon déclare que l'ataxie musculaire ne présente que dans quelques cas exceptionnels les caractères d'une entité morbide; encore a-t-il soin d'ajouter que, même pour ces cas-là, il faut faire certaines réserves. En face de déclarations aussi formelles, il y a lieu d'espérer que la nosologie sera bientôt délivrée d'une espèce morbide qui n'a de maladie que le nom; pour moi, j'ai peine à concevoir le crédit passager dont a joui l'opinion opposée. Un retour d'un instant aux principes de pathologie générale qui doivent nous servir de guides, eût prévenu cet écart; l'ataxie musculaire ne peut être *acceptée comme espèce* morbide, parce qu'elle ne présente ni l'essentialité ni l'immutabilité, qui sont les seuls caractères distinctifs de la maladie (1).

Et maintenant quelle est la valeur des lésions anatomiques constatées chez les ataxiques? Je ne parle point ici des lésions cérébelleuses (Hérard, Hillairet) qui présentent souvent, au nombre de leurs symptômes, une véritable ataxie locomotrice; je n'ai en vue que les altérations microscopiques de la moelle, lésions qui ont été données dans ces derniers temps comme la caractéristique anatomique du défaut de coordination des mouvements volontaires.

(1) *Beispiele von Muskelanästhesie*, etc. (*Zeitschrift für psychische Aerzte*, Heft II, 1822.)

(2) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1840.

(3) Art. *Tastsinn und Gemeingefühl* in R. Wagner's *Handwörterbuch der Physiologie*, 1849.

(4) *The Diagnosis of Diseases of the Brain, Spinal Cord, Nerves and their Appendages*. London, 1855.

(5) *Sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire*. (*Gaz. des hôpit.*, 1855.) Ces dates ne sont pas sans intérêt au point de vue historique.

(6) *Traité de pathologie générale*, t. III. Paris, 1861.

(7) *Des altérations de la sensibilité*, thèse d'agrégation. Paris, 1860.

(1) Est-il besoin de rappeler ici que l'essentialité est compatible avec les lésions anatomiques, et que l'immutabilité n'exclut point la diversité des *formes*?

---

affaire de proportion, l'état de veuvage étant contraire aux deux sexes.

Les décès des enfants légitimes, comparés aux décès des enfants naturels, donnent naissance à des remarques intéressantes. Le nombre des enfants mort-nés naturels dépasse de près du double celui des mort-nés légitimes. Tandis qu'on compte, en état de mariage, seulement 402 mort-nés sur 10 000 naissances, le chiffre des mort-nés illégitimes s'élève à 716. Ces chiffres se rapportent à l'année 1857. Quant aux décès proprement dits, ils ont lieu dans une proportion analogue, considérés dans la première année de la vie. Ainsi, la mortalité des enfants naturels âgés de moins d'un an est de 1,90 pour 1 enfant légitime. Si l'on distingue entre les populations diverses, c'est dans la population rurale que l'on trouve une mortalité plus grande des enfants naturels. Cette mortalité, en prenant toujours pour terme de comparaison 1 décès d'enfant légitime, s'élève à 2,62. Une telle proportion serait effrayante, si l'on ne savait que les enfants des villes sont envoyés dans les campagnes et augmentent le total des décès des populations rurales. Paris seul fournit presque le cinquième de la totalité des enfants naturels qui naissent en France. Viennent ensuite les cités populeuses et industrielles, les ports de mer et les villes de garnison, qui apportent un notable contingent aux naissances illégitimes. Il faudrait donc bien se garder de consulter seulement les registres mortuaires pour connaître le mode de répartition des enfants naturels; c'est dans le registre des naissances que l'on trouve la vérité. Nous insistons sur ce point, parce qu'il nous semble juste d'exonérer les campagnes des accusations dont on pourrait les charger, avec apparence de raison, en présence des chiffres que nous venons de citer : *cuique suum*.

Si l'on étudie les décès de mois en mois d'une manière générale et sans distinction de sexe ou d'âge, on trouve qu'ils se reproduisent selon deux périodes croissantes, l'une commençant en décembre, l'autre en juillet. Toutefois la mortalité atteint son chiffre le plus élevé à l'époque des grandes chaleurs.

Digitized by Google

Déjà Romberg (1) avait fait connaître deux autopsies dans lesquelles on a trouvé les cordons postérieurs manifestement altérés : en 1859, Gull (2) a rapporté l'histoire d'un ataxique chez lequel il a constaté la dégénérescence atrophique de ces faisceaux, dans toute leur longueur jusqu'à l'origine de la moelle allongée : des corpuscules granuleux en voie de métamorphose graisseuse occupaient les interstices des éléments nerveux dégénérés. Les cordons antéro-latéraux étaient intacts; les racines des nerfs spinaux étaient saines. En 1860, MM. Sellier et Sizaret ont cité dans leur thèse inaugurale (3) l'observation d'un malade de la clinique du professeur Schützenberger, chez lequel l'examen microscopique de la moelle a été pratiqué par le professeur Michel. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui avait été affecté de paralysie du sens musculaire, peut-être à la suite d'un refroidissement, et qui succomba à une paralysie de la vessie survenue ultérieurement. La moelle paraissait à l'œil nu parfaitement saine; au microscope, on trouva dans les racines sensitives des nerfs et dans les cordons postérieurs, les tubes nerveux inégaux, variqueux, diminués de nombre, et beaucoup moins résistants que dans les faisceaux antérieurs; ces tubes atrophiés avaient perdu presque entièrement leur contenu; entre eux étaient des globules de graisse, et des cellules analogues aux corps granuleux de Gluge; ces cellules étaient elles-mêmes infiltrées de graisse. La lésion se prolongeait de bas en haut jusqu'au milieu du renflement cervical. Tout récemment M. Bourdon (4) a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris les résultats de trois autopsies, dans lesquelles l'examen microscopique de la moelle a révélé des altérations semblables : l'un de ces faits appartient à M. Bourdon lui-même, l'autre a été observé par M. Oulmont, le troisième est dû à M. Duménil (de Rouen). Voilà donc, sans parler des observations analogues de Friedreich (5), un certain nombre d'autopsies dans lesquelles on a constaté des lésions non moins remarquables par leur identité, que par la constance de leur siége. En présence de résultats aussi positifs, auxquels on ne *peut opposer jusqu'ici que* l'autopsie du malade de M. Nonat (sans *examen microscopique*), il est difficile de ne pas se laisser entraîner, et de ne pas déclarer que la lésion caractéristique de l'ataxie locomotrice nous est enfin révélée. Mais, à regarder les choses de plus près, je ne puis me défendre de quelque doute touchant la justesse de cette conclusion.

(1) *Loc. cit.*

(2) *On Paraplegia* (*Guy's Hospital Reports*, 3e série, t. IV, et *Canstatt's Jahresbericht* pro 1859, Bd. III.)

(3) Sellier, *De la nature et du siége de certaines paralysies isolées de la sensibilité*, thèse de Strasbourg, 1860.

Sizaret, *De l'anesthésie musculaire*, thèse de Strasbourg, 1860.

Comparez : Eisenmann, *Leistungen in der Pathologie und Therapie des Nervensystems* (*Canstatt's Jahresbericht* pro 1860. Wurzburg, 1861.)

(4) Bourdon, *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux*, in *Gazette hebdomadaire*, 1861, n° 41 ; 1862, nos 2 et 5.

(5) *Gazette médicale de Paris*, 9 novembre 1861.

Que faut-il, en effet, pour que la dégénérescence atrophique des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines spinales correspondantes puisse être acceptée comme *le caractère anatomique* de l'ataxie locomotrice? Il faut, et cette double condition est indispensable, que cette lésion soit primitive et constante, et, de plus, qu'elle appartienne exclusivement à l'ataxie musculaire. Or, la lésion fût-elle constatée dans *toutes* les autopsies, je dirais encore qu'elle n'est pas constante; un seul exemple de guérison suffit pour démontrer la vérité de cette assertion. M. Bourdon l'a fait remarquer déjà : cette dégénérescence atrophique des éléments nerveux suppose un travail pathologique d'une certaine durée, et peu susceptible de réparation. Dans les cas de guérison, nous sommes donc fondé à admettre que l'altération anatomique faisait défaut; s'il en est ainsi, elle n'est pas primitive, et elle manque complétement à la première condition que j'ai formulée. Déjà Eisenmann (1), en rendant compte de l'autopsie du malade de M. Schützenberger, a fait remarquer que cette altération de la moelle ne peut être regardée comme primitive, puisqu'on voit souvent, chez les hystériques, la paralysie du sens musculaire guérir complétement.

Mais, au moins, cette lésion appartient-elle en propre à l'ataxie musculaire? Ici encore je suis contraint de répondre par la négative; on sait qu'une anesthésie cutanée très étendue est un des caractères symptomatiques de la spedalskhed. Eh bien! chez les individus qui succombent dans ces conditions, Kierulf (2), Hebra (3), Lœberg (4) ont constaté l'atrophie des cordons postérieurs de la moelle et des racines spinales correspondantes; et, en vérité, il n'y a rien là qui puisse nous étonner. Ces lésions centrales, auxquelles on serait tenté tout d'abord d'accorder le premier rang dans le processus pathologique, ne sont, en réalité, que des lésions tardives qui succèdent aux modifications anomales du système nerveux périphérique : dans la spedalskhed, c'est l'anesthésie cutanée; dans l'ataxie, c'est l'anesthésie musculaire qui est le point de départ des accidents; mais, dans les deux cas, c'est un trouble de l'innervation excentrique, et comme ce trouble porte ici sur la sensibilité, il retentit directement, en vertu de la loi de conductibilité centripète, sur les faisceaux postérieurs de la moelle et sur les racines sensitives des nerfs. Il est même probable que ces lésions centrales ne sont que le résultat de l'inertie fonctionnelle des cordons conducteurs, comme l'a

(1) *Loc. cit.*

(2) *Ueber die norwegische Spedalskhed.* (*Elephantiasis Græcorum, Lepra Arabum*) in *Virchow's Archiv*, Bd. V, 1852.

(3) *Skizzen einer Reise in Norwegen.* (*Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1853.)

(4) *Die Spedalskhed im St. Jürgenhospital zu Bergen* (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd. LXXX), citation empruntée à Hasse : *Krankheiten des Nervenapparates*, in *Virchow's Handbuch der Pathologie*, etc. Erlangen, 1855.

Sans vouloir rechercher la cause des variations dans le nombre des décès selon les différents mois de l'année, constatons que l'influence mensuelle est incontestable. Les recherches ultérieures de la météorologie nous en donneront peut-être l'explication. Ce qui est vrai de l'influence mensuelle sur la totalité des décès l'est également pour chaque catégorie d'âges, à partir des enfants mort-nés jusqu'aux centenaires. Les fluctuations observées sur les enfants du second âge et sur les septénaires s'écartent trop peu des moyennes pour être signalées.

Les décès envisagés dans les diverses catégories de la population, ne présentent pas de différences assez grandes pour être signalées.

§ IV. *Causes des décès.* — Montaigne, dans une de ses boutades, demanda aux médecins de son temps : Pourquoi la fièvre tue-t-elle? Les médecins se restèrent coi, et depuis personne n'a répondu. La question reste donc entière, comme à l'époque où elle fut posée. Si nous ne savons pas pourquoi la fièvre tue, il semble superflu de s'appesantir sur les causes des décès. Toutefois, s'il est vrai que la connaissance de la cause intime nous manque, il n'en est pas moins utile de rechercher les causes générales pour en tirer, si l'on peut, quelque conclusion pratique, utile à la société.

Le Code Napoléon veut que chaque décès soit constaté par l'officier de l'état civil. Cette prescription pleine de sagesse a pour but de garantir la société contre de graves abus. Malheureusement, le Code Napoléon n'est pas mis en pratique partout. Dans les campagnes principalement, les déclarations des décès sont reçues par le maire, et aucune constatation régulière n'est faite par l'autorité communale ou par ses délégués. Dans les villes seulement ou dans leurs banlieues, les maires délèguent des médecins chargés de vérifier les décès.

Cette opération se fait d'une manière différente, selon les départements. Vainement le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics a-t-il demandé que la vérification

Digitized by Google

montré Türck (1) pour l'atrophie des faisceaux antérieurs de la moelle, consécutive à une lésion persistante de l'hémisphère cérébral du côté opposé. D'autre part, le développement de lésions analogues à la suite d'une anesthésie cutanée ancienne, vient directement à l'appui de mon opinion sur le rôle primordial de l'anesthésie musculaire, dans la production de l'ataxie dite locomotrice ; il n'est pas jusqu'à la distribution de la lésion, qui ne vienne en démontrer l'origine périphérique ; il résulte, en effet, de l'examen des autopsies connues jusqu'à ce jour que l'altération anatomique est toujours plus avancée dans les parties inférieures de la moelle, et que parfois même elle ne dépasse pas le renflement cervical (malade de Schützenberger) ; on peut donc conclure, sans crainte d'erreur, que le travail d'atrophie marche de bas en haut. Peut-être, si l'on se fût livré aux investigations nécessaires, eût-on constaté une altération semblable dans les tubes sensitifs des nerfs musculaires.

En résumé, la lésion de la moelle n'est pas constante, elle n'est pas primitive, elle n'appartient point en propre à l'ataxie musculaire ; on ne peut donc y voir la caractéristique spéciale de cet état morbide ; il n'y a là qu'une atrophie secondaire consécutive à l'abolition de la fonction, et l'on retrouvera cette altération dans toutes les affections qui auront pour effet d'annihiler, pendant un temps suffisant, la sensibilité périphérique, cutanée ou musculaire. C'est assez dire qu'au début le trouble fonctionnel existe seul ; c'est alors aussi que la guérison peut être espérée.

Il y a d'ailleurs une analogie remarquable entre ces lésions des faisceaux postérieurs, consécutives aux troubles de la sensibilité, et les altérations des cordons antérieurs de la moelle, du bulbe et de la protubérance, que l'on constate dans les affections caractérisées par des désordres de la motilité. Déjà dans une autre occasion (2) je me suis occupé de ces lésions des névroses convulsives ; je rappellerai seulement que Schrœder van der Kolk (3) qui a découvert les altérations anatomiques de l'épilepsie dans les faisceaux antérieurs de la moelle allongée, a eu soin de noter que ces altérations sont purement secondaires, et qu'elles succèdent aux perturbations violentes de la motilité périphérique ; le rapprochement que j'établis entre ces deux classes de lésions me semble parler de lui-même, je craindrais d'insister davantage. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on adopte sur l'évolution pathogénique de ces altérations consécutives, ces faits nous apportent un enseignement qui ne doit pas être perdu : lorsqu'il s'agit de fixer la valeur d'une lésion du système nerveux central, il importe avant tout de rechercher si cette lésion est primitive ou secondaire, si elle a pour origine un travail morbide né sur place ou bien la propagation à distance d'une modification périphérique anomale ; que l'on néglige ce travail préalable, et, prenant sans cesse l'effet pour la cause, on se trouvera exposé à une perpétuelle et inévitable confusion.

Jaccoud.

(1) *Loc. cit.* — Comparez le travail de M. Gubler : *Du ramollissement cérébral atrophique, etc.* (*Archives générales de médecine*, 1859.)

(2) Voy. in *Gazette hebdomadaire*, 1862, n° 2, le compte rendu des ouvrages de Reynolds, Radcliffe et Sieveking, sur l'épilepsie.

(3) *Over het fijnere zamenstel en de werking van het verlengde ruggemerg en over de naaste oorzaak van epilepsie en hare rationele behandling.* Amsterdam, 1858.

Comparez :

Kroon, *Eenige gevallen van epilepsie met misvorming van het verlengde merg.* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1861, p. 417.)

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie chirurgicale.

Note sur l'emploi des fils d'argent en chirurgie, suivie d'une observation de staphylorrhaphie pratiquée au moyen de ces fils, par le docteur Latenneur, professeur à l'École de médecine de Nantes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

La Société de chirurgie s'est occupée, à diverses reprises, de la question des sutures métalliques, substituées aux sutures pratiquées avec des fils de lin, de chanvre ou de soie ; et les communications faites à ce sujet semblent devoir faire accorder une supériorité réelle aux fils métalliques. Cependant cette opinion n'est pas partagée au même degré par tous les membres de la savante Compagnie ; il en est même qui donnent la préférence aux anciens moyens de suture : c'est ainsi que M. Richet, dans une expérience comparative faite entre les fils de chanvre et les fils d'argent, a vu ceux-ci *couper les tissus* plus promptement que les autres (Société de chirurgie, séance du 31 juillet 1861). Je suis persuadé que si M. Richet multipliait ses expériences, il obtiendrait des résultats tout opposés à celui qu'il a signalé, et qu'il reconnaîtrait bientôt que, pour certaines opérations, les sutures métalliques ont des avantages incontestables sur tous les autres moyens de synthèse. Ces avantages sont particulièrement évidents pour la réunion des plaies à bord muqueux des cavités naturelles ; mon opinion, basée sur une expérience déjà longue, est donc entièrement conforme à celle exprimée par M. Gosselin ; mais j'ajoute que, pour des plaies où il s'agit d'affronter un bord muqueux à un bord cutané, et pour certaines plaies n'intéressant que les parties extérieures, mais reposant sur des surfaces irrégulières où la peau est inégalement tendue, les fils métalliques devront encore être préférés, à la condition qu'on ait soin de multiplier

---

fût uniforme, ses efforts ont échoué devant la routine et de déplorables préjugés.

Son Excellence demandait que la constatation des décès fût faite par un homme de l'art. Deux bulletins devaient être remplis : l'un, portant les noms, les qualités et la demeure, etc., du décédé, et constatant *uniquement* le décès ; le second bulletin ne portant aucun nom, ni aucun indice propre à faire connaître l'identité de la personne, mais contenant les renseignements scientifiques les plus complets sur la maladie et sur les causes de la mort. Le premier bulletin devait être remis à l'officier de l'état civil pour la constatation pure et simple du décès ; le dernier devait être cacheté et envoyé à la fin de l'année, au chef-lieu de sous-préfecture, pour être dépouillé par une commission centrale, et les résultats de ce dépouillement être transmis directement au ministère de l'agriculture et des travaux publics. Ce mode de procéder aurait permis de satisfaire aux vœux de la science en obéissant à la loi et en respectant les justes susceptibilités des familles. Nous rappelons ce projet avec l'espérance de le voir mis à exécution dans un temps prochain (1).

Cette explication préliminaire était indispensable pour faire connaître pourquoi les renseignements fournis par le bureau de la statistique générale de France ne s'appliquent qu'à une partie de l'empire, et par conséquent, ne fournissent que des données approximatives. Tels qu'ils sont cependant, ils offrent un certain intérêt que nous ne voulons ni augmenter ni amoindrir.

Rappelons, pour mémoire, que les relevés des décès se font sur un état divisé en vingt et un groupes principaux, désignés sous les noms de *causes générales*, et subdivisés en sections représentant les causes spéciales. Nous n'avons pas besoin de dire que ce tableau est fort incomplet. Dans l'état de la science, toutes les causes de mort n'étant pas connues, et le tableau ne

(1) Voir la discussion dont cette question a été l'objet à l'Académie de médecine. (*Gazette hebdomadaire*.)

Digitized by Google

des points de suture et de ne jamais serrer les fils au delà de la mesure nécessaire pour mettre les surfaces saignantes en contact.

Depuis plus de trois ans, c'est-à-dire depuis que la première opération de fistule vésico-vaginale pratiquée à Paris, dans le service de M. Robert, par le procédé américain, a remis en honneur les sutures métalliques, je fais journellement usage de ces sutures, soit à l'Hôtel-Dieu de Nantes, soit dans ma pratique privée, sans cependant proscrire d'une manière systématique les autres moyens d'union; je m'empresse en effet de reconnaître, à l'appui de cette restriction, qu'il y a des cas où rien ne peut remplacer avec avantage la suture entortillée et les serres-fines.

Lorsque les fils métalliques ne sont pas trop serrés et rapprochent les tissus sans les comprimer, ils ne coupent presque jamais les bords des plaies; leur présence est même si bien tolérée que la cicatrisation complète a lieu sans qu'il soit besoin de les retirer. J'ai vu des malades guéris depuis plusieurs semaines conserver encore au milieu des tissus cicatrisés des fils d'argent mobiles comme des boucles d'oreilles qu'on porte depuis longtemps. M. Ch. Thoinnet a enlevé dernièrement un fil d'argent qu'il avait placé, il y a un an, sur une jeune fille à laquelle il avait pratiqué avec un succès complet la désarticulation d'une moitié du maxillaire inférieur. Ce fil n'avait causé aucune gêne à la malade et avait été oublié.

Les membranes muqueuses les plus irritables supportent aisément les fils métalliques; grâce à leur emploi, j'ai réussi facilement à refaire le bord des paupières et à doubler la peau avec la conjonctive dans des cas de symblépharon. Dans les opérations d'autoplastie faciale, les fils d'argent m'ont été également très utiles lorsque j'ai voulu doubler des lambeaux cutanés avec la muqueuse buccale pour reconstituer le bord libre des lèvres, ainsi que pour fixer les angles des lambeaux qui se gangrènent si facilement quand on se sert de la suture entortillée.

Il serait sans intérêt d'énumérer les opérations diverses pour lesquelles j'ai employé les sutures métalliques; je crois cependant devoir citer une suture du périnée pour une déchirure complète comprenant le sphincter de l'anus et existant depuis un an; la cicatrisation a été assez solide pour résister à un accouchement dix mois après. Dans cette opération, comme dans toutes les autres, et comme dans l'observation de staphylorrhaphie qui suit, j'ai toujours employé la suture entrecoupée et j'ai toujours serré les fils en les tordant. Cette manière de serrer les fils est si simple et si facile, que je n'ai jamais songé à recourir aux tubes de Galli que je suis tout disposé, du reste, à employer lorsqu'ils me paraîtront préférables à la simple torsion. La suture enchevillée, à l'aide des fils d'argent, devient aussi plus simple et plus sûre, ainsi que vient de le démontrer M. Gosselin dans un cas de bec-de-lièvre.

L'innocuité des fils d'argent au sein des tissus m'a fait songer à leur emploi pour la ligature des artères dans les amputations. Cet essai a été fait sur deux malades : dans le premier cas, il s'agissait d'une amputation du bras; dans l'autre d'une amputation de la cuisse.

Les deux malades étaient dans des conditions peu favorables à la réunion immédiate, et, sous ce rapport, les fils métalliques n'ont été ni supérieurs ni inférieurs aux fils ordinaires. Pour savoir si, à ce point de vue, les fils métalliques peuvent être réellement avantageux, il faudra donc de nouvelles expériences.

J'ai appliqué ces fils en les tordant et en serrant assez fortement l'artère; les deux bouts réunis ont été laissés dans la plaie. Les fils se sont détachés à la même époque que les ligatures végétales; la ligature de l'humérale est tombée le neuvième jour, celle de la crurale le onzième; celle des artères de moindre volume à partir du cinquième. Après avoir lavé ces fils, nous avons pu constater que l'anneau formé par eux autour de l'artère est très petit, puisque celui de l'artère crurale a à peine un millimètre de diamètre.

Il résulte de cette expérience, qui, je crois, n'avait pas encore été faite sur l'homme, que les fils métalliques employés aux ligatures des artères n'exposent pas plus aux hémorrhagies que les autres fils.

Mais c'est là, en quelque sorte, un résultat négatif. Mon but était surtout de favoriser la réunion immédiate de la plaie, si souvent compromise par la présence des fils végétaux, qui se gonflent et déterminent sur tout leur trajet une suppuration plus ou moins abondante.

J'ai souvent constaté qu'en évitant de faire parcourir aux fils des ligatures un long trajet dans la profondeur des plaies, c'est-à-dire qu'en les faisant sortir par une ou plusieurs ouvertures pratiquées exprès dans un point aussi rapproché que possible de celui où l'artère a été liée, on obtient des réunions immédiates beaucoup plus faciles, puisque aucun corps étranger n'est interposé dans les lèvres de la plaie.

Peut-être, en détournant ainsi les fils métalliques et en ne leur faisant parcourir qu'un trajet très court, arriverait-on à un résultat plus satisfaisant encore. Enfin, au lieu de conserver les deux bouts du fil métallique, il vaudrait peut-être mieux en couper un, soit au ras de la portion tordue, soit en donnant à la petite extrémité restante une direction telle, que lorsqu'on fera des tractions sur le fil on n'accroche pas les tissus comme on le ferait avec un hameçon.

Je me borne à poser ces questions, laissant à l'avenir le soin de les résoudre.

Parmi les opérations dans lesquelles on a employé avec un incontestable avantage les fils métalliques, il faut mettre en première ligne la staphylorrhaphie. On sait avec quelle facilité les bords du voile du palais se déchiraient par suite des mou-

---

pouvant contenir toutes les causes connues, on a dû s'arrêter à la formule générale, qui a déjà été perfectionnée et ne tardera pas, nous l'espérons du moins, à recevoir d'autres perfectionnements déjà réclamés par l'expérience. Sans vouloir entamer une question aussi délicate, nous signalerons en passant, comme un vice de la classification adoptée, la distinction établie entre les maladies de l'encéphale et celles du système nerveux. L'anatomie, la physiologie et la nosologie se réunissent pour condamner la distinction faite entre ces deux groupes. Nous n'irons pas plus loin. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les principes sur lesquels est basée la classification officielle.

Les décès, étudiés dans les chefs-lieux d'arrondissement et les villes de 10,000 âmes et au-dessus, se sont élevés aux chiffres suivants : 209,718, 155,277 et 148,670 pour chacune des années de la période triennale 1855-1857. Ces chiffres, additionnés et ramenés à la proportion pour 100, donnent le tableau suivant, dans lequel on peut suivre les causes des décès rangées par ordre de décroissance. Ce tableau nous donne la moyenne proportionnelle des trois années.

Nos 1.	Maladies des organes de la respiration	26,47
2.	— — digestion	19,10
3.	— de l'encéphale	10,33
4.	Fièvre	8,14
5.	Maladies des organes de la circulation	4,27
6.	Fièvres éruptives	3,79
7.	Vieillesse	3,78
8.	Maladies diverses	3,30
9.	— du système nerveux	2,45
10.	Mort violente (suicide, exécution, etc.)	1,72
11.	Maladies des organes génitaux	1,30
12.	— du système lymphatique	1,06
13.	— des os	0,99
14.	— de la vessie	0,78
15.	— de la peau	0,71
	A reporter	88,18

Digitized by Google

vements de déglutition, des efforts de toux, de vomissements, etc., lorsqu'ils étaient réunis par des fils de chanvre, tels que Roux avait coutume de les employer. Pour prévenir autant que possible cet accident, qui, même entre les mains de ce maître habile, rendait si rares les succès immédiats, on condamnait le malade à une abstinence complète d'aliments et de boissons pendant quatre jours ; on lui défendait même d'avaler sa salive.

On a peine à se faire l'idée de l'état de prostration dans lequel une semblable diète jette les jeunes malades, lorsqu'on n'en a pas été témoin. La santé en est ébranlée pendant longtemps, et je me rappelle une jeune fille, opérée par Roux, qui succomba trois mois après l'opération, sans avoir pu se relever de la faiblesse occasionnée par une aussi longue abstinence. Ajoutons, et cette remarque n'avait pas échappé à Roux, que les malades condamnés ainsi à l'inanition sont dans des conditions physiologiques peu favorables pour un travail de cicatrisation.

L'emploi des fils d'argent permet d'atténuer la rigueur de ce régime et ses funestes conséquences, parce qu'ils coupent les tissus moins facilement que les fils de chanvre ; parce que leur présence n'occasionne pas un gonflement aussi grand, et, par suite, une friabilité aussi grande des bords de la plaie ; parce qu'on peut les laisser plus longtemps en place que les fils de chanvre, qu'on était forcé d'enlever le quatrième ou le cinquième jour au plus tard ; parce que la cicatrice soutenue ainsi par les fils jusqu'à consolidation complète n'est plus exposée à se rompre, comme on le voyait si souvent autrefois, dans le premier effort qui suivait l'enlèvement des points de suture.

Ces propositions trouvent leur démonstration dans l'observation suivante. En comparant les suites de cette opération à ce que j'ai vu dans la pratique de Roux et à ce que j'ai vu dans les staphylorrhaphies que j'ai pratiquées moi-même précédemment, je considère l'emploi des fils d'argent pour la suture du voile du palais comme un progrès réel et d'une importance majeure.

Obs. — *Division congénitale du voile du palais ; traitement pendant dix-huit mois, sans succès, par la cautérisation ; staphylorrhaphie avec des fils d'argent ; guérison.* — Le nommé Marsac (Émile), âgé aujourd'hui de vingt et un ans, m'avait été amené, il y a six ans, pour une division congénitale du voile du palais, qui occasionnait une telle gêne dans la prononciation que le langage de cet enfant était le plus souvent inintelligible, même pour ses parents.

La division occupait toute la partie membraneuse du voile, mais les os palatins n'étaient pas écartés. L'enfant était patient, plein de bonne volonté, d'une bonne santé ; cependant j'ai rejeté pour le moment l'idée d'une opération radicale, et je proposai des cautérisations méthodiques telles que les recommande M. J. Cloquet.

Le jeune patient se prêta à merveille à ce traitement, qui dura dix-huit mois. J'employai successivement le nitrate d'argent, le fer rouge, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique ; je mis tour à tour entre les cautérisations des intervalles de quelques jours à deux et même à trois semaines, et je dois avouer que tous ces efforts ne nous ont pas fait gagner un millimètre.

Cette année, après le conseil de révision, Marsac est venu me demander l'opération, que je pratiquai le 12 juillet, avec l'assistance de mon excellent confrère M. Ch. Thoinnet et de mon interne M. Mahot.

J'ai commencé par l'avivement des bords de la plaie, que je fais avec un bistouri étroit porté de bas en haut, la luette étant préalablement fixée au moyen d'une pince. Ce premier temps de l'opération ne put être fait d'un seul coup du côté gauche, où le voile du palais présentait, comme on le remarque presque toujours, moins d'étoffe que du côté droit.

Pour appliquer les points de suture, je me servis de l'instrument de Depierris, dont j'avais trouvé l'usage très commode dans d'autres opérations analogues, mais avec lequel je n'avais encore jamais employé de fils d'argent. Je m'empresse de dire que cet instrument a parfaitement fonctionné, mais qu'en substituant les fils métalliques aux fils anciens, on pourrait avec les plus grands avantages réduire considérablement le volume de l'instrument, qu'on ferait dès lors manœuvrer avec plus de facilité.

J'ai appliqué quatre points de suture en commençant par en haut : le premier à une petite distance de l'angle de la plaie, le dernier à la base de la luette. La mobilité de la luette et la fatigue du malade ont rendu assez difficile l'application du dernier fil.

J'ai eu soin de serrer chaque fil à mesure qu'il était placé, de manière à n'avoir jamais que deux bouts à la fois dans la bouche.

Nouer les fils constituait autrefois une des parties les plus difficiles de l'opération de la staphylorrhaphie ; rien n'est plus simple, au contraire, avec les fils d'argent : saisissant un fil de chaque main et portant les doigts indicateurs jusqu'au voile du palais, j'ai tordu les deux bouts trois ou quatre fois, et j'ai coupé, d'un coup de ciseaux, tout ce qui était en avant du point tordu. C'est, on le voit, tout aussi simple et aussi facile que lorsqu'on se sert des tubes de plomb.

Je craignais que la saillie formée par les fils métalliques en avant du voile du palais ne chatouillât désagréablement la langue et ne provoquât des nausées, mais il n'en a rien été : le malade m'a affirmé ne pas avoir senti la présence de ces fils.

J'engageai le malade à manger un potage quelques heures après l'opération ; mais les efforts de déglutition étaient très douloureux ; il préféra observer, ce jour-là et le lendemain, une diète absolue. Mais, d'après mon conseil, il tint presque constamment dans la bouche un morceau de glace pour calmer la douleur et tromper la soif.

Les jours suivants, il remplaça la glace par de l'eau très froide.

Le troisième jour, la douleur était moins forte ; le malade mangea de la bouillie de blé noir, but un peu de vin rouge sucré, et avala de temps en temps, dans la journée, du jus de groseilles.

Le quatrième et le cinquième jour, il survint une toux quinteuse qui provoqua même un vomissement. La gorge devint plus sensible ; cependant le malade mangea un potage gras au pain et des bouillons.

Malgré ces accidents, le gonflement et la rougeur du voile du palais sont peu considérables et ne dépassent guère le niveau des sutures.

Le sixième jour après l'opération, il y eut un mieux sensible ; la déglutition n'était plus douloureuse, excepté pour l'eau et la salive. A partir de ce jour, Marsac mangea de la soupe et de la bouillie, et put satisfaire son appétit, qui était complètement revenu ; il but de l'eau et du vin, et reprit ses forces.

	Report......	88,18
16.	Maladies des articulations...............	0,64
17.	— des seins..................	0,44
18.	— des reins..................	0,39
19.	— des yeux..................	0,12
20.	— virulentes et contagieuses.......	0,12
21.	— autres que celles désignées dans le tableau officiel..................	10,11
	Total.......	100,00

Les maladies de la poitrine figurent, dans ce tableau, pour une proportion de 26,47 pour 100. On savait que les maladies de poitrine emportaient un très grand nombre de sujets ; mais on ignorait dans quelle proportion se comptaient les victimes. La phthisie pulmonaire est la plus meurtrière ; elle frappe à peu près également les hommes et les femmes. Si les calculs produits sont exacts, cette terrible maladie tuerait environ 90,000 personnes chaque année. La pneumonie suit de près : elle porte son chiffre mortuaire à 53,000.

Les maladies des organes de la digestion tiennent le second rang dans la liste générale, mais à une distance déjà éloignée. Tandis que les maladies de poitrine comptent pour plus d'un quart, celles de la digestion comptent pour moins d'un cinquième dans les causes de mort.

Les maladies de l'encéphale et du système nerveux viennent ensuite, frappant dans la proportion de 12 à 13 pour 100.

En jetant les yeux sur le tableau général, on est frappé d'y rencontrer un aussi petit nombre de décès attribués à la vieillesse. Ce nombre, en effet, n'atteint que 4 pour 100. En face des progrès croissants de l'hygiène publique, on peut être étonné de trouver une aussi minime proportion. Quelle peut en être la cause ? Plusieurs raisons, selon nous, semblent concourir au résultat acquis. Rappelons d'abord que les relevés qui ont servi à dresser le tableau des causes de mort ont été fournis par les villes, c'est-à-dire pour les centres de population

Le huitième jour, Marsac, qui habite à près de 2 kilomètres de la ville, vint chez moi sans fatigue. Son teint présente une certaine animation, et diffère par conséquent beaucoup de celui des opérés, qui ont été condamnés à quatre jours d'abstinence complète de boissons et d'aliments.

Le voile du palais paraît très solide ; la teinte rosée uniforme qu'on y observe indique que le travail de la cicatrisation est achevé. Dès lors je songeai à enlever les fils ; mais le contact de la pince et des ciseaux excitant des nausées, je me contentai d'enlever la partie antérieure et apparente des deux fils supérieurs en donnant un coup de ciseaux de chaque côté du nœud. J'en fis autant deux jours après pour les deux autres fils.

De cette manière, j'avais laissé en place des anses métalliques ouvertes en avant, ne pouvant exercer aucune compression sur les tissus, mais agissant encore, jusqu'à un certain point, comme un moyen de contention.

Je pensais que ces fils se détacheraient d'eux-mêmes, tomberaient vers la face postérieure du voile, et seraient rejetés avec les mucosités ; il n'en a rien été. Je les retirai, la semaine suivante, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, en saisissant avec une pince une des extrémités du fil qu'on apercevait au niveau de la membrane muqueuse, ou qu'on sentait seulement avec l'extrémité du doigt.

La réunion était parfaite dans toute la hauteur, sauf au centre du voile du palais, où il restait une ouverture linéaire pouvant laisser passer facilement un gros stylet de trousse. Mais les bords de cette petite division étaient habituellement rapprochés et ne s'écartaient que pendant la toux. Il était permis d'espérer que la cautérisation achèverait promptement la guérison. C'est ce qui a eu lieu en effet : il m'a suffi de toucher deux fois cet orifice avec le crayon de nitrate d'argent et une fois avec un stylet chauffé à la flamme d'une bougie.

Ainsi, les fils d'argent ont été laissés en place sans ulcérer et sans couper les tissus pendant plus de huit jours, c'est-à-dire pendant un temps double de celui où la prudence permettait de laisser les fils de chanvre.

La réunion n'a pas été compromise, malgré les quintes de toux et le vomissement qui ont eu lieu le troisième jour, et malgré les mouvements fréquents de déglutition dont le malade ne s'est abstenu que les deux premiers jours.

C'est là un résultat très important et qui me semble de nature à autoriser de nouvelles tentatives de staphylorrhaphie à un âge moins avancé que celui auquel on a coutume de la pratiquer. Outre l'indocilité des jeunes malades, on redoutait, en effet, surtout autrefois, la difficulté, je dis plus, le danger d'une diète rigoureuse de quatre jours. Or, je viens d'en donner la preuve, ce n'est plus une condition nécessaire pour le succès de l'opération. Peut-être même pourrait-on, chez les enfants, faire la staphylorrhaphie en plusieurs temps, à quelques mois de distance, et ne placer, à chaque séance, qu'un ou deux points de suture. En agissant ainsi, en opérant de bonne heure, on obtiendrait certainement une modification plus complète dans la prononciation des mots, puisque c'est là, en définitive, le but auquel on doit tendre. Or, il faut bien l'avouer, après les opérations de staphylorrhaphie les plus heureuses, il y a, pendant longtemps, une impossibilité absolue de prononcer certains mots, et pendant toute la vie, alors même que le voile du palais a acquis toute la souplesse et toute l'ampleur désirables, la voix reste nasonnée.

Ce vice de prononciation semble tenir à l'habitude prise et à ce que, même avec un instrument plus parfait, cette habitude ne peut disparaître complètement. Il y a dans ce cas, absence de synergie, absence d'harmonie dans la contraction des muscles qui, à un moment donné, devraient concourir à la prononciation de telle ou telle syllabe. Sans doute une éducation persévérante, une volonté soutenue, diminuent peu à peu cette imperfection de langage, qui pourtant ne disparaît jamais complètement. On comprend donc que, plus on opérera de bonne heure, plus on aura, sous ce rapport, l'espérance fondée d'obtenir une guérison plus irréprochable.

Le jeune Marsac, dont je viens de rapporter l'histoire, avait, avant d'être opéré, un langage complétement inintelligible. Aujourd'hui il réussit à se faire comprendre, et l'on peut avoir avec lui une conversation suivie ; mais, soit qu'il parle, soit qu'il lise, il y a des syllabes qu'il travestit toujours, malgré la meilleure volonté ; il en est d'autres qu'il réussit à prononcer nettement lorsqu'il s'impatiente ; ses progrès du reste sont rapides et sensibles de jour en jour.

Roux disait que les mots les plus mal articulés sont ceux dans lesquels les consonnes gutturales dominent, mais il n'indique pas quelles sont ces consonnes.

J'ai eu la pensée de faire prononcer successivement à mon opéré les consonnes suivant les catégories admises dans les ouvrages des grammairiens, afin de voir celles dont l'émission est possible, difficile ou impossible avec une lésion du voile du palais, et afin de m'assurer, en même temps, si les groupes formés par les grammairiens sont bien des groupes naturels.

Les consonnes ont été divisées en *labiales*, *dentales*, *linguales*, *palatales*, *nasales*, *gutturales*.

Les *labiales* sont : *b*, *p*, *f*, *v*.

Marsac prononce très facilement le b et le p, difficilement la lettre f, et nullement la lettre v.

Les *dentales* sont : *s*, *c* doux, *z*, ch. ; elles sont prononcées difficilement, le *z* ne l'est pas du tout.

Les *linguales* sont : *d*, *t*, *l*, *r* ; la prononciation des trois premières est très facile et très nette, tandis que la dernière présente des difficultés insurmontables.

Les *palatales* sont : *g*, *j*, *c* fort, ou *k* ou *q* ; elles sont prononcées facilement ; il n'en est pas de même pour les sons mouillés : *ill* ou *il*, et *ail* ou *aille*, qu'on a assimilés aux consonnes palatales.

Les *nasales* *m*, *n*, *gn*, sont prononcées avec la plus grande facilité ; je puis en dire autant des *gutturales* h aspiré et g dur.

Ainsi, les consonnes gutturales, nasales, palatales et linguales sont prononcées avec facilité, sauf la lettre r, qui semblerait devoir être rangée dans une autre série que celle des linguales, et les sons mouillés, qui ont évidemment été placés à tort à côté des consonnes palatales.

Si la physiologie pathologique peut être invoquée en cette circonstance, elle conduirait donc les grammairiens à faire quelques réformes dans la classification des consonnes. (Extrait du *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*.)

IV

REVUE CLINIQUE

De la vertu ténifuge de l'écorce sèche de racines de grenadier, par M. Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

J'ai eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'employer deux fois l'écorce sèche de racines de grenadier chez des individus

---

qui présentent le moins de vieillards. Tandis que Paris et le département de la Seine ne comptent que 132 individus ayant dépassé quatre-vingt-dix ans, les populations urbaines en comptent 1260 dans les mêmes conditions, et les populations rurales 3782. Il n'est donc pas étonnant que les vieillards figurent pour une faible part dans les tables mortuaires. Mais telle ne serait pas, à notre avis, la cause principale pour laquelle la vieillesse est rarement comptée comme cause de mort. L'étude plus approfondie des symptômes des maladies et la connaissance plus exacte des lésions matérielles des organes ont donné au diagnostic une précision surprenante. Aussi un grand nombre de décès, rapportés autrefois à la vieillesse, sont-ils, de nos jours, attribués à leur véritable cause pathologique, grâce aux perfectionnements récents de la science médicale.

A peine faisons-nous une exception relative à quelques cas rares dont la fréquence n'altère en rien les résultats de la statistique appliquée à de grands nombres ; cas rares que l'on pourrait, à la rigueur, négliger entièrement.

Ce n'est pas à dire que l'on ne meurt pas de vieillesse. Nous croyons, au contraire, qu'il arrive un temps où la vie cesse naturellement, sans cause morbide. On meurt parce que l'on ne peut plus vivre ; les fonctions vitales sont enrayées, elles s'éteignent, si l'on pouvait s'exprimer ainsi. L'homme, à la fin de sa vie, tombe, comme la feuille à l'entrée de l'hiver, et il tombe sans que nous sachions ni comment, ni pourquoi. Celui qui aurait le secret de la mort, aurait le secret de la vie, et nous n'avons ni l'un ni l'autre.

Les épidémies observées dans le cours de la période triennale que nous analysons se sont bornées, en général, à des localités restreintes. A peine quelques-unes ont-elles frappé simultanément plusieurs départements contigus. Les maladies observées plus particulièrement sous la forme épidémique, ont été : la fièvre typhoïde, la dysenterie, les angines, la coqueluche, et surtout les éruptions cutanées, telles que variole, rougeole, scarlatine et la miliaire, accompagnée ou non de suette. Ces diverses maladies n'ont rien offert aux observateurs qui fût digne

atteints de *tænia solium* depuis plusieurs années. Dans chaque cas, l'écorce a été administrée suivant la formule de Bourgeois :

Eau....................	750 grammes.
Écorce...............	64 —

Laissez macérer douze heures ; puis réduire, par décoction, à 500 grammes, et faire prendre à jeun, en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Dans chaque cas aussi, l'expulsion de l'helminthe a été complète trois heures après l'administration du médicament : chez le premier malade, le peloton rubanaire mesurait 10 mètres, et se terminait supérieurement par un col filiforme de 1 mètre et demi, garni du scolex, qui fut sacrifié pour être examiné au microscope dans une de mes conférences cliniques (le 23 mars 1861). Chez le second malade, le ténia, long de 14 mètres (avant son immersion dans l'alcool), présentait un col moins filiforme, également garni de la tête, dont à l'œil nu on découvrait très bien les quatre mamelons. Aucune solution de continuité n'existant chez ce second sujet, je ne voulus pas l'endommager en examinant le scolex au microscope, et cette pièce, remarquable par ses dimensions et son intégrité, est déposée au musée du Val-de-Grâce (le 19 décembre 1861). Chacun de ces malades m'affirmait, à son entrée dans mes salles, avoir essayé déjà, sans succès, de l'écorce de grenadier ; le second avait pris en outre, et inutilement, une dose de kousso.

Il n'y a pas lieu de donner ici en détail les deux observations que j'ai adressées *in extenso* au conseil de santé, et auxquelles j'ajoutais les réflexions suivantes :

Aucun de ces deux malades ne pouvant me renseigner suffisamment sur le mode d'après lequel l'écorce de grenadier lui avait été administrée une première fois, je ne regardai pas comme bien établi ce premier échec ; et si malheureusement je m'étais tout de suite, en désespoir de cause, tourné vers quelqu'une de ces substances si vantées de nos jours, depuis le kousso, le mucenna, le saoria et autres importations abyssiniennes, jusqu'à la modeste graine de citrouille, deux fois de plus la racine de grenadier pouvait être proclamée relativement inférieure.

Qu'on remarque bien, au contraire, que généralement pas une de ces autres médications n'est administrée sans un régime préparatoire ; que l'efficacité doit en être secondée par une ou plusieurs purgations ultérieures, et que certains individus en éprouvent un malaise infini, tandis que chez mes deux malades la médication a duré trois heures, sans diète antérieure, et que le soir même ils reprenaient leur régime habituel ; le lendemain je signais leur exeat, après trois jours d'hôpital.

Ces deux faits n'ont pas évidemment puissance de statistique ; mais, dans la Gazette hebdomadaire (t. I, p. 383 et t. III, p. 56), on en trouve trois autres complétement identiques, comme mode d'administration du ténifuge et rapidité de la guérison.

Enfin, comme dernière remarque pratique, j'ajouterai que maintes fois la tête de l'entozoaire n'est pas retrouvée dans les selles, uniquement parce qu'on ne l'y cherche pas, ainsi qu'il appert de nombre d'observations où le soin en a été remis, soit aux parents, soit aux infirmiers ; il suffit, dans nos hôpitaux militaires surtout, de surveiller l'opération en la faisant exécuter par le malade lui-même, qui a de longue date l'habitude de semblable investigation, et ne manifeste que trop son intérêt à découvrir enfin la tête de l'helminthe ; en délayant les matières dans une grande masse d'eau, puis en passant le tout sur une toile à larges mailles, on isole facilement le peloton expulsé, dans lequel apparaissent quelques fils très minces, replis du col dont une traction ménagée fait apparaître le scolex.

V

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *Tarignot* adresse une note *sur un nouveau procédé pour l'application à l'opération de la cataracte de la méthode galvanoplastique.*

— M. *Dom. de Lucce* envoie de Naples une note *sur deux nouvelles causes et sur une nouvelle méthode curative de la blépharoptose.*

La méthode curative consiste dans des scarifications.

— M. *Hechenberger*, dans une lettre écrite en latin et datée d'Inspruck, annonce que les découvertes anatomiques de M. *Hyrtl*, récemment couronnées par l'Académie, l'ont conduit à faire en thérapeutique des découvertes qu'il s'empresserait de rendre publiques s'il pouvait compter sur l'appui de l'Académie.

La commission, qui a décerné à M. Hyrtl le *prix de physiologie expérimentale*, est chargée de prendre connaissance de la demande de M. Hechenberger.

---

d'être exceptionnellement noté. Comme on peut le voir par l'énumération que nous venons d'en faire, les maladies qui ont revêtu la forme épidémique ne sont autres que nos maladies ordinaires. On n'a pas eu à déplorer la présence du choléra, ni de la fièvre jaune, etc., c'est-à-dire d'aucun de ces graves typhus étrangers à notre sol et à notre climat, qui, de temps en temps, nous surprennent à l'improviste, et frappent, à coups redoublés, autour de nous.

En terminant ces études, nous devons féliciter M. le directeur de la statistique générale de France, de l'heureuse innovation apportée par lui dans le compte rendu du mouvement de la population. Ce n'est pas assez de donner des tableaux et des colonnes de chiffres qui éblouissent les yeux, il faut savoir tirer les conclusions de ces chiffres et les féconder par une discussion intelligente. Cela a été fait, avec bonheur, par le savant et habile écrivain dont nous avons suivi l'œuvre avec un véritable intérêt. Le public est plus paresseux qu'on ne pense, il aime la besogne faite ; il ne faut donc pas craindre de lui faire la leçon, c'est la bonne manière de se concilier ses sympathies.

Quant à nous, nous regardons comme une œuvre vraiment utile tout ce qui peut donner au public le goût des études sérieuses et positives. A ce titre déjà le travail de M. Legoyt a une grande valeur, mais ce n'est que sous ce point de vue seulement que nous devons le considérer pour lui accorder l'estime qu'il mérite. Dans un ouvrage publié en 1778, Moheme comprenait de la manière suivante l'intérêt qui s'attache à la connaissance exacte du mouvement de la population : (*Recherches sur la population.*) « Les rois et leurs ministres, disait-il, ne sont pas les seuls qui puissent tirer des connaissances d'un tableau de population. On y trouve l'indication des époques, des saisons, des mois climatériques, de la durée de la vie humaine, selon les âges, le sexe et les contrées, des causes apparentes de mortalité, de l'influence que peuvent avoir le climat, les aliments, les lois, les mœurs, les professions, les usages sur l'accélération ou le retard du dernier terme ; enfin du

Digitized by Google

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de la guerre adresse la 25ᵉ livraison de la carte de France.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* La suite du mémoire de M. le docteur *Andrieux* (de Brioude) sur la névralgie chronique. (Comm. : MM. Beau, Trousseau, Gibert.) — *b.* Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Lenoir* (de Précy-sous-Thil) et *Meschinet* (de Niort). — *c.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de l'Aube. (Commission des épidémies.) — *d.* Un rapport sur l'origine du cow-pox, par une commission composée de MM. *Prince*, *Laforgue*, *Amen*, *Batut*, *Cayrel* et *Lafosse* (de Toulouse). (*Commission de vaccine*, à laquelle est adjoint M. *Bouley*.)

3° L'Académie reçoit : *a.* La description d'un appareil pour les fractures du membre inférieur, par M. *Filipowicz*, médecin à Bais. (Comm. : MM. Malgaigne, Gosselin et Huguier.) — *b.* Une lettre de M. *J. de Cièbra* (de Paris), qui propose l'essai d'un liquide désinfectant pour les salles des hôpitaux. — *c.* Une lettre de M. *Pouillien*, accompagnant l'envoi d'une copie du rapport de M. *Monod* sur la ceinture hypogastrique à deux pelotes. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *d.* Un pli cacheté renfermant un moyen de déterminer scientifiquement la taille que l'enfant doit avoir quand il sera homme fait, par M. le docteur *Moura-Bourouillou*. (*Accepté*.)

4° La description et le modèle d'une *pince-aiguille* à cataracte, fabriquée par M. *Mathieu*, sur les indications de M. *Lanne*.

Cet instrument, destiné à l'extraction des cataractes capsulaires et des fausses membranes de l'œil, est une pince entrecroisée dont les mors sont formés de deux petits fers de lances qui, appliqués l'un contre l'autre, constituent l'extrémité d'une aiguille à cataracte. Sur une des faces d'application se trouvent deux pointes fixées, l'une sur un des fers de lance et l'autre sur son prolongement, tout près de l'entrecroisement des mors de la pince.

M. *Gibert* présente, de la part de M. le docteur *Lipkan*, un instrument inventé par M. Baunscheidt (de Bonn), nommé *réveilleur*, et destiné à produire sur la peau une révulsion vésiculeuse dans les affections douloureuses et rhumatiques.

M. *Velpeau* communique l'observation d'une fistule vésico-vaginale pratiquée avec succès par M. *Morel-Lavallée*, à l'hôpital Necker, suivant la méthode de M. *Marion Sims*.

M. Velpeau ajoute qu'il a été témoin d'opérations de ce genre pratiquées par M. Sims lui-même, et qu'à sa connaissance ce chirurgien distingué a pratiqué six fois l'opération de la fistule vésico-vaginale avec un plein succès.

M. *Laugier* déclare que la malade opérée dans son service à l'Hôtel-Dieu, par M. Sims, a guéri sans accidents au bout de neuf jours.

Sur la proposition de M. *Gosselin*, l'observation de M. Morel-Lavallée est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour faire un rapport sur un travail de M. Verneuil relatif au même sujet.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Larrey* achève la lecture du discours dont nous avons analysé sommairement la première partie dans le compte rendu de la dernière séance.

L'orateur présente l'histoire médico-chirurgicale des campagnes de Crimée et d'Italie, énumère longuement les mesures prises de concert par le corps médical et par l'administration de la guerre pour éviter l'encombrement, favoriser la dissémination des malades, l'installation des hôpitaux provisoires, et entourer les malades et les blessés des meilleures conditions hygiéniques.

Il termine en formulant des conclusions générales dans lesquelles il insiste sur les dangers de l'encombrement, cause principale de mortalités élevées dans les hôpitaux, et il appelle toute la sollicitude du gouvernement et de l'administration de l'assistance publique sur les mesures qu'il conviendrait d'adopter pour remédier aux imperfections de l'état de choses actuel.

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de la commission sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

P. S. Ont été présentés : en 1ʳᵉ ligne, M. J. BÉCLARD ; en 2ᵉ ligne, M. SAPPEY ; en 3ᵉ ligne, M. VERNEUIL ; en 4ᵉ ligne, M. BÉRAUD.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 21 FÉVRIER 1862.

M. *Blachez*. Observation d'ictère grave.

M. *Devilliers*. De l'écartement des symphyses du pubis.

M. *Boys de Loury*. Observation de cancer encéphaloïde occupant les muscles.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 5, 12 et 19 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

CORPS ÉTRANGER DU RECTUM. — SYPHILIS. — MYÉLITE CONSÉCUTIVE A UNE ESCHARE DU SACRUM. — RHINOPLASTIE. — ECCHYMOSE PHARYNGIENNE DANS LES FRACTURES DE LA BASE DU CRANE.

Il a été question déjà plusieurs fois, à la Société de chirurgie, de verres ou de chopes extraites du rectum ; cette fois,

---

progrès ou des pertes de la population. De là une foule de vérités dont peuvent profiter la physique, la médecine et toutes les sciences qui ont pour objet la santé, la conservation, la protection ou les secours à porter à l'humanité. »

Dʳ BOURDIN.

Les journaux de médecine ont annoncé que l'administration des hôpitaux avait loué à Bellevue une maison dépendant de l'établissement de M. Bourguignon, dans l'intention d'y placer quelques-uns des malades ayant à subir les opérations réputées les plus graves. Il y a dans cette nouvelle deux points qui doivent être rectifiés. C'est à M. le professeur Laugier que revient la première initiative de cette mesure ; car c'est pour l'obtenir qu'il a adressé par lettre une demande à l'administration. La maison louée à Bellevue appartient, il est vrai, à M. Bourguignon ; mais elle est complétement distincte de l'établissement qu'il dirige.

— Par arrêté du 15 février, M. Guignard, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est délégué dans la chaire d'accouchement de ladite école, en remplacement de M. Négrier, décédé.

Par décret du 13 février, M. Magne, professeur à l'École d'Alfort, a été nommé directeur de cet établissement, en remplacement de M. Delafond, décédé.

— Nous apprenons avec regret la mort d'un honorable médecin de Paris, M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

— Des concours s'ouvriront le 1ᵉʳ avril prochain dans les écoles de médecine navale ; ils auront pour objet :

A Brest : 6 places de chirurgiens de 1ʳᵉ classe ; 11 places de chirurgien de 2ᵉ classe, dont une pour le Sénégal ; 8 places de chirurgien de 3ᵉ classe, dont une pour Saint-Pierre de Terre-Neuve et une pour le Sénégal. Une place de pharmacien professeur, et une place dans chacun des trois grades inférieurs de la pharmacie.

A Toulon : 5 places de chirurgien de 1ʳᵉ classe, dont une pour le Sénégal ; 6 places de chirurgien de 2ᵉ classe, dont deux pour le Sénégal ; 6 places de chirurgien de 3ᵉ classe, dont une pour la Martinique.

A Rochefort : 2 places de chirurgien de 2ᵉ classe, une pour la Guyane et une pour le Sénégal ; 3 places de chirurgien de 3ᵉ classe, dont une pour la Guyane. Une place de pharmacien de 2ᵉ classe et une place de pharmacien de 3ᵉ classe.

Digitized by Google

c'est une bouteille, de la dimension de celles qu'on appelle, dans le langage usuel, des *demi-bouteilles*, que M. *Desormeaux* a retirée du rectum à l'aide d'un forceps. L'individu chez lequel cette extraction a été faite sans qu'il ait éprouvé le moindre accident, s'était introduit cette bouteille assez profondément pour que le fond fût engagé dans la concavité du sacrum pendant que le goulot était aisément senti au-dessous de l'ombilic. On pouvait faire mouvoir le goulot à travers la paroi abdominale.

Nous noterons, en passant, surtout pour ceux qui croient à certains rapports du physique et du moral, que le sujet de cette observation était, comme ceux des observations analogues rappelées à cette occasion par MM. Larrey et J. Cloquet, d'une laideur repoussante.

— M. *Cullerier* a ensuite donné lecture d'un rapport sur les travaux syphilographiques de M. Langlebert et de M. Viennois, qui avaient été soumis à son appréciation. Les conclusions de M. Cullerier sont entièrement favorables aux idées émises par M. Langlebert qui, comme on le sait, professe que les accidents secondaires sont contagieux, et que le produit primitif de la contagion est toujours un chancre. Tout en rendant justice au mérite du travail de M. Viennois, M. le rapporteur voit surtout dans ce travail un commentaire élogieux du mémoire de M. Rollet (de Lyon), et il n'hésite pas à reconnaître que c'est M. Langlebert qui a formulé le premier cette proposition que les plaques muqueuses produisent le chancre, lequel se trouve être, en toute circonstance, la manifestation initiale de la syphilis.

La première publication de M. Langlebert est de 1858, tandis que M. Rollet n'a publié ses travaux qu'en 1859. Ces dates ne laissent aucun doute sur la question de priorité.

M. *Guérin* ne croit pas, avec MM. Langlebert et Rollet, que le chancre soit toujours l'accident initial de la vérole. Peut-être cette proposition est-elle vraie pour la vérole étudiée chez l'homme, mais elle ne l'est pas pour la vérole telle qu'on l'observe chez la femme. Il a vu fort souvent la syphilis débuter chez les femmes par des plaques muqueuses. On ne peut invoquer contre ces nombreuses observations la transformation *in situ* du chancre en plaque muqueuse, car cette transformation est relativement très rare. D'ailleurs la plaque muqueuse qui s'est formée d'emblée a des caractères qu'il est facile de reconnaître. Elle a, à son début, la forme d'un bouton ombiliqué, ressemblant à une pustule vaccinale, et cette forme le chancre ne la revêt à aucune des périodes de son évolution, dans aucune des phases de ses transformations, quand il se transforme.

Est-ce à des conditions anatomiques et physiologiques spéciales que tient cette différence dans la manière dont s'annonce la syphilis chez la femme et chez l'homme? On n'en sait rien. Ce qui est certain, continue M. Guérin, c'est qu'on aurait moins de répugnance à admettre que la syphilis puisse débuter par des plaques muqueuses, si l'on était moins habitué à considérer ces plaques comme des accidents généraux, et les chancres comme des accidents locaux. La vérole n'a pas, à proprement parler, d'accident local; elle est générale d'emblée. Le chancre induré, qui ne se manifeste jamais sans avoir été précédé d'un certain temps d'incubation, est tout aussi bien un accident constitutionnel (l'incubation en est la preuve) que la plaque muqueuse elle-même; une autre preuve encore, c'est que la destruction la plus radicale d'un chancre induré ne préserve pas de la syphilis, quelque récente que soit l'ulcération.

En un mot, pour M. Guérin, les chancres mous seuls ne sont pas généraux d'emblée, et l'on traduirait sans doute fidèlement sa pensée en disant qu'il n'y a pas de *chancres infectants*, puisque le malade est déjà infecté au moment où ceux-ci se produisent.

M. *Richard* appuie les objections présentées par M. Guérin. Il lui est arrivé fort souvent de ne trouver chez des femmes atteintes de syphilis ni chancre induré ni cicatrice de chancre; or, ces cicatrices persistent assez longtemps pour que leur absence ait une certaine valeur. Chez la femme, il a vu les plaques muqueuses s'accompagner, comme le chancre chez l'homme, de la pléiade ganglionnaire.

M. *Broca* n'admet pas, plus que MM. Guérin et Richard, que le chancre soit forcément la porte d'entrée de la vérole. Il rappelle, à ce propos, les expériences de Rineker, publiées en 1855 dans la Revue trimestrielle de Prague. Cet expérimentateur pansait avec de la charpie imbibée de pus syphilitique des vésicatoires placés au bras. Le vésicatoire guérissait, et ce n'est qu'une quinzaine de jours après sa cicatrisation complète qu'on voyait paraître au bras des vésicules qui ne s'ulcéraient pas et n'étaient nullement des chancres, et qu'en même temps des plaques muqueuses se formaient sur les amygdales.

M. *Velpeau* croit que, si des plaques muqueuses peuvent produire un chancre, il n'est pas moins vrai qu'un chancre peut donner lieu à des plaques muqueuses. A l'appui de cette dernière proposition, il rapporte un fait dont il a déjà été question autrefois devant l'Académie de médecine; il s'agit dans ce cas d'un individu atteint de chancres, qui a communiqué à six petits garçons des plaques muqueuses à l'anus. L'existence de ces plaques muqueuses a été constatée en même temps chez tous ces enfants, et à ce moment même les chancres ne paraissaient pas anciens chez le sujet infectant. Les plaques muqueuses ne semblent pas avoir eu dans ce cas d'incubation appréciable; ce qui porte M. Velpeau à penser que ces accidents peuvent être des accidents locaux, et que la vérole n'est pas toujours, ainsi que le dit M. Guérin, une maladie générale d'emblée.

M. *Chassaignac* se demande pourquoi c'est toujours à la région contaminée qu'apparaissent les premiers accidents. Pour d'autres maladies virulentes, pour la variole par exemple, les manifestations sont générales d'emblée, et c'est indifféremment sur tous les points du corps que les pustules se développent. S'il n'en est pas ainsi pour la syphilis, *c'est probablement* parce qu'elle peut débuter par des accidents purement locaux avant de se généraliser.

Pour M. *Guérin*, l'apparition des chancres ou des plaques muqueuses aux points inoculés ne prouve rien contre le caractère général de ces accidents. On ne nie pas que la pustule vaccinale ne soit la manifestation d'un certain état général, bien qu'elle apparaisse au point inoculé. Quant à l'observation de M. Velpeau, il lui faudrait plus de détails pour légitimer les conclusions qu'il en a tirées. Le temps qui s'est écoulé entre la contamination de ces six enfants et l'apparition des plaques muqueuses n'est pas déterminé d'une manière précise, et l'on ne peut juger de la durée de l'incubation.

M. *Cullerier* s'explique sur ce qu'il entend par *accidents primitifs*. Il ne se refuse à admettre ni le caractère général de ces premières manifestations, ni l'incubation qui les précède; mais il y a, dit-il, une seconde incubation entre ces accidents et les accidents secondaires. Relativement aux expériences de Rineker, il n'est pas sûr que les petites pustules des bras n'aient pas été des chancres, car Rineker a écrit que ces pustules reposaient sur une surface un peu dure, et a noté l'engorgement ganglionnaire qui les a accompagnées.

— M. *Demarquay* a présenté, dans cette séance du 5 février, le kyste extrait par cette ovariotomie qui a fait tant de bruit, et dont l'issue malheureuse est connue aujourd'hui. Nous ne reviendrons pas sur ce fait, dont une analyse a été donnée, dans ce journal, au compte rendu de l'Académie de médecine du 11 février.

— M. *Broca* a montré à ses collègues la moelle épinière d'un vieillard qui a succombé avec une eschare au sacrum. Loin d'être limitées aux parties molles, les lésions s'étendaient jusqu'aux os, qui présentaient tous les caractères de l'inflammation, et celle-ci avait gagné la moelle dans une grande

étendue. Dans un cas de ce genre, M. Broca a observé une phlébite des sinus rachidiens qui avait amené pendant la vie une infection purulente. La cause en était restée méconnue, et ne fut découverte qu'à l'autopsie.

— Dans la séance du 12 février, M. *Verneuil* a présenté à la Société deux masques de plâtre représentant, avant et après l'opération, le visage du malade sur lequel M. Ollier a pratiqué sa rhinoplastie périostique. Il a aussi fait voir un malade qu'il a opéré lui-même par un nouveau procédé. Les détails relatifs à ces deux opérations ont été donnés par M. Verneuil dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE; nous n'avons pas à y revenir.

M. *Legouest* est convaincu qu'il est des cas où la perte de substance est telle que tous les essais de rhinoplastie doivent être infructueux, et que l'opération est impraticable même par l'autoplastie périostique. Si M. Ollier et M. Verneuil ont réussi, c'est qu'ils avaient encore de quoi tailler des lambeaux; l'étoffe parfois peut manquer.

Dans le fait de M. Ollier, ce n'est pas avec le périoste qu'est reconstitué le squelette du nez, c'est avec les débris de l'os nasal transplanté et avec une partie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On voit sur le plâtre que M. Verneuil a montré que c'est précisément à la partie supérieure du nez, là où la nouvelle charpente est formée par le périoste, que l'autoplastie a le moins réussi : là, en effet, le nez est affaissé, et sa surface est inégale et bosselée. L'autoplastie périostique a encore à faire ses preuves; celle qu'a faite M. Verneuil n'est point périostique, et pourtant le résultat qu'il a obtenu à l'aide de ses lambeaux superposés est plus satisfaisant que celui qui a été obtenu par M. Ollier.

M. *Verneuil* se hâte de faire observer que le procédé qu'il a mis en usage chez son malade ne lui appartient pas, et que c'est encore à M. Ollier qu'en revient le mérite.

— M. *Dolbeau* a donné lecture, dans la séance du 19 février, d'un travail dans lequel il signale à l'attention des praticiens un nouveau signe rationnel de fracture de la base du crâne, ou, si l'on veut, un siége nouveau d'un ancien signe rationnel de ces fractures : ce signe, c'est l'ecchymose du tissu cellulaire rétro-pharyngien.

La première observation sur laquelle l'auteur s'appuie a été recueillie à Bicêtre dans le service de M. Despretz. Elle est relative à un malade chez lequel on trouva à l'autopsie une fracture du frontal se prolongeant à travers le sinus sphénoïdal et la selle turcique jusqu'à l'apophyse basilaire; du sang était infiltré dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien. On se rappela alors que, de son vivant, le malade s'était plaint d'une douleur à la gorge et d'une certaine gêne de la déglutition.

Le second fait a été observé dans le service de M. Velpeau en 1855. Le malade avait fait une chute d'un lieu élevé sur l'occiput, il avait perdu connaissance, et une bosse sanguine s'était formée immédiatement au niveau de l'occipital. M. Dolbeau pense que la douleur que cet homme éprouva quelques heures après l'accident en avalant sa salive, et que l'ecchymose qui se montra dans le pharynx indiquent une fracture de la base du crâne; mais il ne peut considérer que comme un fait d'une grande probabilité l'existence de cette fracture, attendu que le malade a guéri.

La troisième observation est plus concluante que la précédente, bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, car le malade qui en est le sujet avait présenté une ecchymose sous-conjonctivale et un emphysème traumatique du front, avant qu'on eût constaté chez lui l'ecchymose pharyngienne; celle-ci ne se montra que quarante-huit heures après l'accident. La guérison eut lieu au bout de six semaines.

D^r P. CHATILLON.

VI

REVUE DES JOURNAUX.

Albuminurie guérie par le tannin et l'extrait alcoolique de noix vomique, par PIETRO GAMBERINI.

OBS. — Un jeune homme de vingt-deux ans, de forte constitution, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital Sainte-Ursule le 6 juillet 1861. Au mois de mars précédent, il avait contracté une blennorrhagie qui céda à l'emploi des balsamiques et des injections de sulfate de zinc; au milieu de juin était apparue une éruption d'*impetigo sparsa* qui recouvrait toute la surface cutanée. A son arrivée à l'hôpital, ce malade présentait une céphalée permanente, une dyspnée intense avec paroxysmes nocturnes, une anasarque presque généralisée, moins marquée à la face que partout ailleurs; la coloration des téguments était remarquablement pâle, le pouls lent et faible; l'urine, peu abondante, contenait une grande quantité d'albumine. L'examen direct révélait la présence d'un léger épanchement dans les plèvres et dans le péricarde.

Le 9 juillet, on commença le traitement par la noix vomique. Le malade en prit d'abord 7 centigrammes par jour; au bout de quatre jours, la dose fut élevée à 15 centigrammes, et, en raison d'une diarrhée persistante, on unit l'extrait à 1 gramme de tannin. Cette dose ne déterminant pas de secousses musculaires, on donne, le 14, 30 centigrammes de noix vomique et 1^gr,50 de tannin. Le 16, les secousses convulsives sont presque générales; on ne donne que 20 centigrammes d'extrait. Mais ce jour-là on constate une augmentation considérable dans la quantité d'urine excrétée, une diminution notable de la proportion d'albumine, et un abaissement évident dans le niveau de l'hydrothorax et de l'hydropéricarde. Dès lors les symptômes vont s'améliorant progressivement; on réduit peu à peu à 15 milligrammes la dose quotidienne de l'extrait de noix vomique, en même temps que l'on porte graduellement à 5 grammes celle du tannin. Enfin, le 3 août, le malade quitte l'hôpital; l'urine ne contient plus d'albumine; l'état général est excellent. (*L'Imparziale*, 1862, n° 2.)

En rapportant ce fait intéressant, l'auteur a eu surtout pour but de faire connaître l'heureuse influence de sa médication dans un état morbide qui déjoue trop souvent les efforts de la thérapeutique. Mais cette observation nous semble avoir encore une autre importance. Quelle était dans le cas particulier la condition pathogénique de l'albuminurie, et partant des accidents consécutifs qu'elle avait déterminés? Gamberini, après avoir montré qu'on ne pouvait mettre en cause ni un refroidissement antérieur, ni la blennorrhagie légère dont le malade avait été atteint, a laissé sans réponse la question étiologique. Or, il nous semble que l'on pourrait à bon droit rapporter l'albuminurie de ce jeune homme aux fièvres intermittentes dont il avait été affecté en 1859; cette influence a été maintes fois signalée, et l'on sait assez combien les pyrexies paludéennes troublent les fonctions de nutrition, pour que cette interprétation n'ait rien de paradoxal. Mais, dira-t-on peut-être, les fièvres intermittentes dataient de 1859, et les accidents albuminuriques graves sont de 1861. L'objection ne serait que spécieuse. Par cela même que les symptômes qui amenaient le malade à l'hôpital se rapportent à une albuminurie avancée, ils démontrent que le phénomène primordial, la présence de l'albumine dans l'urine, existait certainement depuis un temps assez long. L'albuminurie ne s'accompagne d'emblée d'anasarque généralisée et d'hydropisies viscérales que lorsqu'elle succède à un refroidissement *brusque et subit*; nous avons vu que cette influence faisait ici complétement défaut. Il est donc infiniment probable que l'albuminurie s'était établie insidieusement à l'époque où le malade était sous le coup de l'intoxication palustre; le phénomène avait passé inaperçu comme cela a lieu le plus souvent, tant qu'il reste à l'état d'expression morbide isolée, et lorsqu'en raison de sa persistance même il eut déterminé des troubles graves, alors seulement fut éveillée la sollicitude du patient; il arriva à l'hôpital dans un état qui indiquait formellement la nécessité de l'examen de l'urine, et le corps du délit ne put échapper plus longtemps. Il y a donc là, selon nous, une albuminurie par trouble de nutrition, cette perturbation étant elle-même consécutive à la fièvre intermittente. L'action toute-puissante de la médication de Gamberini est encore un argument en faveur

de notre opinion : la noix vomique ne pouvait certes avoir aucune influence sur une lésion des reins; mais les effets bien connus de ce médicament dans ces formes de dyspepsie qui méritent la qualification d'atoniques, nous rendent parfaitement compte de son efficacité dans le cas actuel. Le tannin a été sans nul doute un adjuvant utile, en combattant la diarrhée abondante, qui aggravait en l'entretenant le mauvais état des fonctions de nutrition. J.

De l'action de la salive parotidienne de l'homme sur la fécule des aliments amylacés, par Van Biervliet.

Depuis l'époque où Leuch a découvert la propriété que possède la salive de transformer l'amidon en glycose, on a fait de constants efforts pour déterminer quelle est l'espèce de salive à laquelle est dévolue cette importante fonction catalytique; or, il faut bien le reconnaître, l'harmonie n'est pas le caractère distinctif des résultats auxquels on est arrivé. Tandis que Lassaigne, Magendie, Rayer, Jacubowitsch n'accordent qu'à la salive buccale mixte une action bien marquée sur la fécule, tandis que Bidder et Schmidt nous apprennent que la salive parotidienne du bœuf est dépourvue de la propriété saccharifiante, Frerichs et Mialhe ont été conduits par leurs expériences à des conclusions opposées, et ils attribuent à la salive parotidienne une part importante dans le processus glycogénique.

Désireux d'élucider une question aussi controversée, Van Biervliet a institué une série d'expériences avec la salive parotidienne d'un homme de cinquante-trois ans, porteur d'une fistule du canal de Sténon du côté gauche; cette fistule est la suite de l'extirpation d'un cancroïde à la face. La salive qui s'en écoule est un liquide clair, limpide, offrant une réaction alcaline. Au microscope, on y distingue quelques fragments d'épithélium. Ce liquide s'écoule en quantité assez considérable, surtout pendant les repas. Dans les cas les plus favorables, il s'écoule 1 gramme par minute. Les expériences de l'auteur ont été au nombre de dix-sept, et il en a déduit les conclusions suivantes, qui ont été favorablement accueillies par la commission de l'Académie de Bruxelles :

1° Il ne peut y avoir de doute sur l'action saccharifiante de la salive parotidienne de l'homme. 2° Cette action est aussi intense que celle de la salive mixte buccale. 3° La température de la cavité buccale et quelques secondes de temps suffisent pour opérer cette transformation de la fécule en sucre de raisin. 4° L'addition du suc gastrique affaiblit cette action, mais ne l'arrête que lorsque la quantité de ce suc est au moins triple de celle de la salive. 5° L'acidification de la salive parotidienne à l'aide de l'acide chlorhydrique est nuisible à la saccharification, et l'arrête complétement, si l'on outre-passe un certain degré. 6° Cette salive conserve la propriété de saccharifier la fécule, malgré un abaissement préalable de température porté au-dessous de zéro, et maintenu à ce degré durant plusieurs heures. 7° Elle n'a pas perdu cette propriété, alors qu'elle commence déjà à se décomposer. 8° De ce que la salive parotidienne du cheval ne saccharifie pas la fécule, on n'est pas fondé à conclure qu'il en est de même pour la salive parotidienne de l'homme.

Dans le rapport qu'il a lu sur ce travail à l'Académie de médecine de Bruxelles, M. Verheyen a rappelé que Bidder et Schmidt ont obtenu la transformation de l'hydrate d'amidon en glycose au moyen de l'infusion des glandes parotides de l'*homme*, et il a rapproché les résultats obtenus par Van Biervliet de ceux auxquels est arrivé Ordenstein en recueillant la salive parotidienne au moyen d'une canule introduite dans le canal de Sténon. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1861, n° 10.) J.

Anévrysme vrai de la crosse de l'aorte; par Hælewyck.

Dans un des derniers numéros de la Gazette (1861, n° 52), nous avons entretenu nos lecteurs d'un exemple assurément fort remarquable de lésions aortiques; il s'agissait d'*un anévrysme vrai partiel de la crosse de l'aorte, coexistant avec un anévrysme faux mixte externe.* Après avoir reproduit en abrégé la description anatomique de l'auteur, nous nous étions cru autorisé à formuler quelques réserves. « De l'examen et de l'appréciation de ces diverses lésions, disions-nous alors, l'auteur conclut que la première tumeur est un anévrysme *faux mixte externe*, marchant vers la guérison spontanée, grâce au dépôt successif de fibrine qui tendait à oblitérer le sac, et que la deuxième est un anévrysme *vrai latéral*. Dans cette deuxième tumeur, dit M. Hælewyck, l'orifice de communication est aussi grand qu'aucun autre point de la poche, ce qui constitue une différence fondamentale entre les deux espèces que nous avons sous les yeux, c'est-à-dire entre l'anévrysme vrai et l'anévrysme faux. Cet argument est d'un grand poids assurément, mais en raison de l'extrême rareté de l'anévrysme vrai partiel, nous regrettons que l'auteur ne se soit pas attaché à démontrer la continuité de la tunique interne de l'aorte avec la membrane interne de la poche. Là est tout le problème, et il était d'autant plus important d'y regarder de très près, que les tuniques étaient athéromateuses. »

Le dernier fascicule des Archives belges de médecine militaire nous apporte des renseignements complémentaires qui ne peuvent laisser aucun doute sur la légitimité de l'interprétation que M. Hælewyck avait donnée de sa pièce anatomique. Nous avons d'autant plus à cœur de les consigner ici, qu'il s'agit d'une lésion extrêmement rare, et qu'il importe d'enregistrer avec soin tous les faits probants; or celui du médecin belge répond aujourd'hui à toutes les exigences, et si notre confrère a cru pouvoir supprimer de sa première relation quelques détails minutieux, cela tient sans doute à ce que la pièce anatomique avait été présentée à la conférence de Louvain, où l'on avait pu en vérifier les caractères. Voici du reste dans ce qu'ils ont d'essentiel les détails que M. Hælewyck a fait connaître au docteur Van Esschen, dans une lettre en date du 29 décembre 1861 :

« Il n'y a *aucune différence* à l'aspect et à la dissection entre les parois de cette poche et les parois contiguës de l'aorte. Les tuniques artérielles en cet endroit sont parfaitement *distinctes* et n'offrent pas d'altérations. Il n'y a pas ici, comme dans la tumeur antérieure, transformation athéromateuse et osseuse des bords de l'orifice; ceux-ci *normaux* forment un *tout continu* avec la partie voisine et normale de l'artère. Nous ne remarquons pas non plus de dépôt proprement dit dans le sac; ce qui rend toute méprise impossible. Je ne puis mieux comparer la poche anévrysmale dont il s'agit qu'à un cul-de-sac qu'on produirait dans une aorte quelconque parfaitement saine (si toutefois cela était possible sur le cadavre et si on avait la patience voulue) au moyen d'un dé à coudre, de manière à distendre graduellement les parois, tout en conservant les tuniques intactes. Je ne pouvais donc avoir le moindre doute sur la continuité d'une des tuniques de l'artère avec le sac anormal. S'il en avait été autrement, j'eusse cherché à éclaircir la question comme je l'ai fait pour la première tumeur. Mais en présence de données anatomiques aussi claires, qu'avais-je à démontrer? — Aussi ai-je dit sans d'autres recherches, que la deuxième tumeur nous offre l'exemple d'un anévrysme vrai latéral... »

Ces nouveaux renseignements jugent le débat, et le fait de M. Hælewyck doit être conservé comme un exemple incontestable d'anévrysme aortique *vrai latéral*. Jaccoud.

VII

BIBLIOGRAPHIE.

Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers, au point de vue de la constitution médicale; par D. Jourdanet. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1861.

Les régions tropicales n'ont guère été étudiées jusqu'ici, au point de vue médical, que sur le littoral des continents et des

Digitized by Google

tes, ou à des hauteurs moyennes trop peu distantes des bords de la mer pour agir sur l'homme en santé ou malade autrement que par un simple changement d'air. Mais, sous ces mêmes latitudes, les plateaux populeux du Mexique et de l'Amérique du Sud doivent à leur élévation de plus de 2000 mètres au-dessus du niveau de la mer, un climat général et des climats partiels dont les influences sur la physiologie et la pathologie humaines se distinguent par un mode d'action et des effets particuliers. C'est à tracer le tableau climatologique du plateau de l'Anahuac, au Mexique, et à faire connaître la « constitution médicale » des deux villes de Puebla et Mexico, qu'est consacré le livre de M. Jourdanet. Il ne peut manquer d'attirer l'attention, dans un moment où les troupes alliées de la France, de l'Espagne et de l'Angleterre vont explorer ce pays dans toutes ses parties, et sont destinées à subir les influences très diverses du climat du littoral et du climat des altitudes sous le ciel des tropiques. Il est divisé en deux parties, l'une de climatologie, l'autre de pathologie : la première traitant, dans des chapitres séparés, de la géographie, de la météorologie, de la physiologie et de la population ; la seconde exposant d'abord, comme terme de comparaison, la pathologie du niveau de la mer, puis s'étendant plus au long sur la pathologie des altitudes.

La géographie n'est, à vrai dire, qu'un voyage de touriste à travers les mers et les montagnes, laissant voir dès les premières pages le caractère tout aussi imaginatif que scientifique de l'œuvre. Nous y relèverons pour notre analyse médicale, que la ville de Mexico, entourée de plusieurs lacs, qui offrent réunis 22 lieues carrées de surface et élèvent le niveau de leurs eaux au-dessus de celui de la ville, est située par 2277 mètres de hauteur, au milieu d'une vallée qui a 240 lieues carrées d'étendue et renferme 650 000 habitants. La météorologie constate que, en raison de l'altitude, le baromètre marquant 585 millimètres seulement, la pression atmosphérique y est moins forte d'un quart qu'au niveau des mers, et cette différence dans la pesanteur est la base de toutes les *théories physiques, physiologiques* et pathologiques de l'auteur. L'air moins comprimé a besoin de plus de calorique pour s'échauffer, ce qui fait que la température diminue à mesure qu'on s'élève, et que la sensation éprouvée n'est pas en rapport avec le chiffre marqué par le thermomètre. Il est des jours, à Mexico, où l'on gèle à l'ombre par une température de 18 degrés, et où l'on brûle au soleil avec 50 degrés thermométriques. A cette cause de refroidissement subit, vient s'ajouter l'humidité de l'air, très marquée dans les couches inférieures et aux rez-de-chaussée des maisons, tandis qu'elle est presque nulle dans les couches supérieures et au niveau des étages plus élevés. Cette différence est de 40 à 6 degrés ; après les pluies on compte 72 degrés à l'hygromètre de Saussure. Du reste, la température de l'hiver est douce, monte à 15 et 16 degrés le jour et ne descend que rarement à zéro pendant la nuit. L'été est tempéré par les pluies des tropiques et sa température oscille entre 15 et 22 degrés ; la moyenne annuelle est de 17 à 18 degrés. C'est certainement là un printemps perpétuel ; et pourtant, si les splendeurs d'un tel ciel sont faites pour exciter l'envie, ses effets physiologiques sont loin de répondre aux espérances de salubrité qu'elles font naître. L'auteur l'explique dans le chapitre consacré à la physiologie, en disant que dans un air ainsi raréfié l'endosmose pulmonaire ne se fait que d'une manière incomplète, surtout pendant les trois mois secs de mars, avril et mai, où cet effet se traduit chez les résidents par de la pâleur et des troubles de la respiration. C'est à tort, dit-il, qu'on croit que la respiration est plus active sur les altitudes ; on y respire, au contraire, moins vite et avec moins de force ; l'homme n'y vit ni aussi bien ni aussi longtemps qu'ailleurs. L'absence d'humidité y contribue aussi, car les hauteurs humides sont plus salubres, et à Mexico même l'effet des changements de saison est sensible. L'hématose altérée par le défaut d'oxygène est encore la cause d'une sorte d'intolérance observée pour l'alcool, le café, les aliments sucrés. La circulation ne garde pas ses rapports avec la respiration, et s'accélère quand celle-ci se ralentit. Bien que toutes ces assertions s'appuient sur des théories déduites des données générales de la science, bien plus que sur des observations personnelles et exactes, il faut les enregistrer en les restreignant toutefois aux altitudes des Amériques tropicales, peut-être même à celles du Mexique seulement, car les observations des Anglais sur les altitudes de l'Inde sont en contradiction avec elles. La faiblesse constitutionnelle et la douceur de caractère du Mexicain créole, sont en rapport avec ces appréciations des effets du climat ; mais l'Indien autochthone est vigoureux et porte une large poitrine, ce qui permettrait d'attribuer les caractères physiques et moraux de l'Européen créole à son origine espagnole tout autant qu'à l'action de l'air. Une bonne statistique manque ici pour déterminer la mortalité des quatre classes dont se compose la population : Indiens, créoles, métis et étrangers ; mais peut-on admettre, avec l'auteur, que la salubrité d'un climat ne doit pas se juger d'après son action sur les résidents étrangers, mais bien d'après les résultats fournis par les indigènes? Si cela est vrai pour certaines maladies, comme la fièvre jaune, cela ne l'est pas pour d'autres ; et par rapport aux diverses classes de la population, si variées sous les tropiques, une statistique comparative de ces classes pourrait seule la faire apprécier. M. Jourdanet ne nous a-t-il pas dit que l'Indien résiste bien moins que le créole ?

Avant de faire l'application de ces données de la climatologie à la pathologie des altitudes, l'auteur examine ce qui se passe aux bords de la mer dans les états de Yucatan et de Tabasco, le premier présentant un sol desséché, le second couvert de marécages. La maladie qu'il place au premier rang dans le Yucatan est la phthisie aiguë, qui serait rare à Tabasco, où les fièvres de toute espèce, les dysenteries et les engorgements du foie sans abcès sont endémiques. Type inflammatoire fréquent là où règne la phthisie aiguë, dit-il, rare là où elle est absente. Véra-Cruz, entourée de marais étendus, a de nombreux phthisiques pourtant, mais la ville elle-même est bâtie sur un terrain sec : autant de preuves de l'antagonisme du miasme, au sujet duquel l'auteur partage les doctrines de M. Boudin. S'il avait pris son terme de comparaison dans les observations faites sur la phthisie aux Antilles et à la Guyane, pour ne pas aller bien loin, il aurait vu que là elle exerce ses ravages à côté de la fièvre, et peut-être se fût-il montré moins absolu dans ses opinions. Bien que cette revue de la pathologie du littoral du Mexique n'aie qu'une importance secondaire, nous ne pouvons nous empêcher de relever quelques-unes des appréciations de l'auteur sur d'autres points encore. Ainsi, pour lui, les miasmes palustres sont des produits de matières organiques mises en décomposition par des causes inconnues, et si un certain degré de température leur est nécessaire, l'obscurité ne leur est pas moins indispensable : « Nés de la fange, ils aiment l'ombre et l'immobilité sous les grands arbres; ils meurent au contact de l'air libre et à l'éclat du grand jour... Ils offrent à l'oxygène un aliment facile de combustion. » Voilà une théorie qui s'éloigne bien de la théorie thermo-électrique. Nous en verrons naître plus d'une encore. C'est par elle, et par les modifications qu'éprouve l'endosmose pulmonaire de la présence ou de l'absence du miasme dans l'air, que s'explique le génie propre à la pathologie de chacun des climats de Yucatan et de Tabasco. Autre théorie : la rate est un organe d'élimination miasmatique, une glande sans canal excréteur, dont le produit, pris au sang par combustion, passerait par la veine splénique, serait repris par le foie, et sortirait définitivement par le rein. La combustion du miasme dans la rate expliquerait les trois stades de la fièvre, l'intermittence, la guérison sans altération organique. Sur la fièvre jaune, nous lisons aussi des assertions qui nous paraissent bien hasardées. D'abord il y aurait beaucoup moins de cas de fièvre jaune qu'on n'en signale généralement, attendu qu'on confond avec cette maladie des fièvres bénignes, inflammatoires, gastriques,

Digitized by Google

qui la simulent, et qui ne sont que des fièvres d'acclimatation, de préservation contre elle. Toute fièvre empruntant son étiologie à un miasme et attaquant les étrangers nouvellement arrivés dans les ports à fièvre jaune préserve de cette maladie. Une fièvre typhoïde éprouvée loin des tropiques serait même un préservatif! La théorie, c'est que tout effort de réaction organique pour éliminer la cause infectieuse, pendant un accès de fièvre étrangère, agit en même temps sur le miasme amaril. Seulement la fièvre étrangère doit être contractée sur le terrain même de la fièvre jaune. Nous croirions volontiers que M. Jourdanet n'a fait que reproduire des doctrines qui ont cours dans les colonies espagnoles, s'il ne nous disait que lui-même, pendant cinq ans de pratique, n'a vu aucun cas de mort après une fièvre d'acclimatation légère. « Vous importe-t-il donc de vivre à Véra-Cruz ou à la Havane, ajoute-t-il? Allez prendre, au préalable, une fièvre d'acclimatation dans quelque port secondaire d'où le défaut d'étrangers exclut l'élément épidémique. Cette fièvre, selon toute probabilité, sera légère, et vous serez tout aussi bien préservé pour l'avenir que si vous aviez essuyé à la Havane même un vomito des plus graves. » Nos troupes feront bien de ne pas trop se fier à ce genre de prophylaxie.

Mais nous arrivons aux maladies des altitudes, en tête desquelles figure la pneumonie, rendue très mortelle par des complications de défaillance subite, d'adynamie, de typhus. L'inflammation n'est que transitoire et n'est pas cause de la mort; c'est l'asphyxie qui domine, et elle est le résultat de l'imperfection des actes mécanique et chimique de la respiration. La pneumonie est très fréquente sur l'Anahuac; le traitement par les saignées et par le tartre stibié demande les plus grandes précautions et doit s'aider des toniques. Après la pneumonie vient le typhus, — si typhus il y a —. La fièvre typhoïde est rare, et la lésion des plaques de Peyer ne se rencontre pas; mais l'adynamie typhique complique presque toutes les phlegmasies. M. Jourdanet cite aussi plusieurs cas d'un typhus particulier, n'offrant d'abord pour caractère que les symptômes de la fièvre, et succombant au bout de trente-six ou quarante-huit heures d'ataxie; il le compare à la fièvre des camps, au typhus fever des Anglais. L'histoire prouve d'ailleurs, selon lui, qu'il y a eu des épidémies terribles de typhus parmi les Indiens. Le caractère des fièvres est encore un effet de l'action hyposthénisante du climat, contre laquelle les étrangers ne s'acclimatent pas, et dont ils subissent, au contraire, de plus en plus l'influence. Parmi les maladies désignées sous le nom de phlegmasies, on rencontre d'abord la pharyngite, très fréquente, parce que la pression moindre et la sécheresse de l'air, sensibles surtout aux étrangers, impressionnent directement la muqueuse buccale et pharyngienne, en y causant une évaporation qui la dessèche et l'irrite. Le rhumatisme, qui par sa spécialité de nature, sans doute, échappe à l'adynamie, a une marche et une durée franches qui contrastent avec les autres maladies inflammatoires. Par suite, l'hypertrophie du cœur avec lésion des orifices et des valvules est une affection fréquente. La pleurésie est fréquente aussi, et la péritonite n'est pas rare. La colique sèche des climats chauds se rencontre parmi les affections intestinales. L'utérus est un des organes qui s'affectent le plus communément; les hémorrhagies de la parturition, les engorgements du col, les indurations trop souvent prises pour des squirrhes, les granulations, les ulcérations s'observent très souvent. Du reste, toutes ces maladies trouvent un remède dans le changement de climat, et M. Jordanet les envoie sur le littoral du golfe. C'est peut-être faire courir aux malades un danger plus grand, et qu'ils éviteraient en s'arrêtant aux *tierras templadas*. Mais nous ne sommes pas peu surpris d'apprendre que les congestions, les inflammations et les suppurations du foie sont des maladies fréquentes sur les altitudes, malgré la théorie qui présente l'endosmose respiratoire comme favorable à leur développement. Leur marche et leur durée sont pourtant plus lentes, plus insidieuses qu'au bord de la mer; l'abcès se forme souvent sans signes physiques, et il guérit fréquemment soit spontanément, soit après ouverture; il ne présente pas les affinités avec la dysenterie grave qu'on constate sur le littoral, bien que celle-ci se rencontre assez fréquemment à Mexico, de même que la fièvre paludéenne et la fièvre jaune; elle s'observe particulièrement sur les personnes arrivant du littoral, et n'est pas une maladie des altitudes.

Malgré les inondations de la vallée et les marais qui en résultent, l'empoisonnement miasmatique n'a pas d'activité à Mexico. Le choléra, la variole, et en général les maladies épidémiques y trouvent, au contraire, un théâtre favorable à leur développement. L'action dépressive du climat, l'indifférence morale et le caractère tranquille de la population ne sont pas non plus un obstacle à l'extrême fréquence des maladies du système nerveux, depuis le vertige ou cérébro-anémie vertigineuse jusqu'à l'apoplexie foudroyante. Les vertiges et les hémorrhagies ont été signalés, en effet, comme symptômes du mal des montagnes, sous toutes les latitudes. Quant aux maladies de la moelle, aux névroses de l'estomac, ce sont des effets de l'anémie. Enfin le fait culminant de la pathologie des altitudes du Mexique est la rareté de la phthisie, qui n'atteint guère que les indigents vivant dans les lieux très bas et humides, et mangeant du porc. Le climat agit même comme prophylactique des phthisies contractées à la côte ou apportées en germe de l'Europe. Les prédestinés à la phthisie doivent donc aller habiter Mexico. Mais peuvent-ils ensuite, et quand, retourner au pays natal? La question reste sans réponse. Ce fait, l'auteur l'explique encore par la pression atmosphérique moindre et par l'altération de l'endosmose pulmonaire, si souvent invoquées par lui comme causes des autres maladies. Même explication pour l'antagonisme de la phthisie et de la fièvre paludéenne, — celle-ci n'existe pourtant pas, — dont le mécanisme est décrit dans la phrase suivante : « Dans l'empoisonnement paludéen, l'oxygène *normal* de la circulation se porte sur le miasme pour le détruire; c'est une élimination nécessaire. Dans la phthisie, l'oxygène absorbé avec plus de force, aux approches du soir, *cherche sur l'organisme* un aliment à sa voracité; c'est une consomption des éléments de la vie. Ici c'est l'organisme qui se détruit, là c'est le poison qui est brûlé. » L'emphysème pulmonaire, contrairement à ce qui arrive sur d'autres altitudes, jouit ici des mêmes immunités que la phthisie. Les maladies des enfants sont graves et nombreuses, mais les opérations chirurgicales réussissent bien.

Ce livre contient, comme on voit, bien des choses intéressantes ou nouvelles, mais dont plusieurs sont en contradiction avec les appréciations qu'ont portées de Humboldt et Leblond sur les mêmes climats; aussi sommes-nous porté à croire que, pour les altitudes comme pour les parties basses des régions tropicales, la question des localités domine celle du climat général, quand on recherche les influences morbifiques. L'abondance des pluies sur certaines hauteurs paraît coïncider avec une grande salubrité, tandis que le défaut d'humidité, joint à l'abaissement de la pression atmosphérique, sur le plateau de l'Anahuac, paraît être la cause des caractères propres à la pathologie, caractères tellement graves qu'ils classent ce climat parmi les plus insalubres. Nous croyons cependant que des théories, quelque ingénieuses qu'elles soient, ne suffisent pas pour fixer l'opinion à cet égard, et nous reprocherions à M. Jourdanet de leur avoir donné plus de place qu'aux faits, malgré l'érudition dont il fait preuve en les développant, si lui-même ne prenait le soin d'annoncer son livre comme « l'ébauche d'un travail plus sérieux ». A ce titre, on peut lui passer aussi le style parfois trop imagé dans lequel il traduit ses idées. Ces réserves prises sur la forme et sur le fond, nous trouvons un grand intérêt à son ouvrage.

D[r] Dutroulau.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. | **PARIS, 28 FÉVRIER 1862.** | **N° 9.**

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Sangsues dans le pharynx. — Accidents par le miel. — Emploi de la valériane. — Cascarille comme galactopoiétique. — L'huile de foie de morue associée à la magnésie. — Administration du sous-nitrate de bismuth en crème. — Académie de médecine : Hygiène hospitalière. — Nouveaux documents sur les vaccinations de Rivalta. — II. **Travaux originaux.** Pathologie externe : Des sutures métalliques; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires; expériences et observations à ce sujet. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Cinq observations d'ovariotomie. — V. **Bibliographie.** Traité des dyspepsies, ou étude pratique de ces affections basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 27 février 1862.

Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : SANGSUES DANS LE PHARYNX. — ACCIDENTS PAR LE MIEL. — EMPLOI DE LA VALÉRIANE. — CASCARILLE COMME GALACTOPOIÉTIQUE. — L'HUILE DE FOIE DE MORUE ASSOCIÉE A LA MAGNÉSIE. — ADMINISTRATION DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH EN CRÈME. — *Académie de médecine* : HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — NOUVEAUX DOCUMENTS SUR LES VACCINATIONS DE RIVALTA.

— Assez fréquemment, surtout dans les régions méridionales, et dans nos possessions africaines, des sangsues, appartenant à l'espèce *Hæmopis sanguisuga*, se logent dans les cavités buccale et nasale de l'homme et des animaux, et y déterminent des accidents assez graves. Cette année encore, M. Desjardins, médecin-major de première classe à l'hôpital d'Oran, a vu un cas d'hémorrhagie pharyngienne due à la présence d'une sangsue dont la chute n'a pu être obtenue, après plusieurs jours de l'emploi des moyens ordinaires, que par l'inhalation de fumée de tabac. (*Mémoires de médecine et chirurgie militaires*, décembre 1861.)

— On sait que dans certaines circonstances le miel qui jouit ordinairement de propriétés alimentaires très utiles, peut déterminer quelques accidents, et les annales de la science en renferment d'assez nombreux exemples, dont le plus saillant est certainement celui d'Auguste de Saint-Hilaire : on se rappelle en effet, qu'après avoir goûté quelque peu du miel du *Polistes Lecheguana*, miel récolté sur une espèce de *Paullinia*, ce savant naturaliste fut pris d'accidents très graves, qui dénotaient un véritable empoisonnement. Plus récemment, M. George Bidie (de Mysore) a éprouvé quelques accidents après l'ingestion d'un miel, recueilli dans la jungle de Coorg, et conservé dans un vase de bambou. Ce miel était d'une couleur, d'une odeur et d'une saveur qui ne présentaient rien de particulier ; mais après en avoir pris pendant trois jours à déjeuner, il ressentit par tout le corps une violente démangeaison, qu'il attribua à un refroidissement subit de la température avec lequel elle coïncida. La nuit suivante le malade fut réveillé par une violente céphalalgie et par un sentiment de constriction extrême aux tempes. La nuit se passa sans sommeil. Le malade prend deux pilules purgatives ; le soir, la douleur cesse, mais le sentiment de constriction persiste, la démangeaison augmente et quelques taches rouges apparaissent sur le corps. Le cinquième jour, tous les accidents cessent, sauf la démangeaison qui est très gênante. Le sixième jour, M. Bidie reprend, à déjeuner, un peu de ce miel ; bientôt après il est pris de diarrhée, et le corps se recouvre d'une éruption exanthémateuse de boutons irréguliers et rouges, plus abondants sur la face, sur le dos des mains et autour des grosses articulations. La douleur et la constriction des tempes reparaissent ; le malade est dans un état de prostration extrême, et est obligé de prendre le lit. Cet état dure trois heures environ, puis, après un léger sommeil, le malade se trouve mieux ; l'éruption disparaît en partie. La gorge est douloureuse, la voix rauque, et M. Bidie ressent une soif très vive, qu'il calme avec une limonade sulfurique : il prend du sulfate de magnésie pour débarrasser les intestins, et quelques jours après l'éruption cesse entièrement. A quoi sont dus les accidents éprouvés par M. Bidie ? C'est ce qu'il a négligé de nous faire connaître, et cependant ce renseignement eût donné un intérêt beaucoup plus grand à son observation. Pour nous, il est évident, d'après les faits que nous avons pu relever dans la science, que ce miel n'avait acquis des propriétés délétères, que parce que les insectes qui l'ont formé en avaient puisé les éléments sur des plantes toxiques, et si M. Bidie avait pris des renseignements précis auprès des personnes qui habitent le lieu de production, nous ne doutons nullement qu'il n'eût trouvé comme cause efficiente, celle que nous indiquons ici. (*Madras Quarterly Journal* ; *Dublin Medical Press*, 8 janvier 1862.)

Digitized by Google

— Parmi les alexétères dont faisait usage l'ancienne médecine, se trouve la valériane, presque exclusivement employée aujourd'hui comme antispasmodique, en raison de son action sur le système cérébro-spinal. Cette plante a été, dans ces derniers temps, l'objet de nombreuses recherches de la part de M. Pierlot, pharmacien à Paris. Il résulte de son travail que l'espèce, la plus utilement employée en pharmacie, est la valériane sylvestre, *Valeriana officinalis*, L. *var. A*; puis vient la valériane palustre, *Valeriana officinalis*, L. *var. B*, qui renferme une moindre proportion de principes actifs. Ces deux espèces sont les seules qui doivent être employées en pharmacie, car elles renferment seules les principes actifs qui manquent presque complétement dans la *Valeriana dioica*, qui leur est fréquemment substituée. Cette dernière se distingue facilement par son rhizome grêle, allongé, annelé et à peine odorant. L'acide valérianique, qui existe naturellement dans la racine des valérianes, et les autres principes qui l'y accompagnent ne se trouvent pas en aussi grande quantité dans la racine à l'automne et au moment de la floraison, fait qui, bien que se présentant généralement pour un grand nombre de plantes, n'est pas assez souvent pris en considération par les personnes chargées de la récolte des plantes. Non-seulement il est important de faire bien attention à l'époque où l'on récolte la valériane, mais il est essentiel de tenir compte de l'âge de la plante, puisque, trop jeune, elle est presque inerte, et de sa station, puisque la valériane sylvestre renferme deux fois plus de principes actifs que la valériane palustre, et enfin de sa dessiccation, qui entraîne une grande partie des principes actifs. Déjà Heller et Cullen avaient signalé ces différences, mais personne n'avait pris la peine de chercher à obvier aux inconvénients qui en résultent. L'emploi de l'acide valérianique combiné avec quelques bases, ou l'ammoniaque, en fournissant un moyen assuré d'avoir un médicament puissant et stable, il nous paraît certain que le médecin pourra tirer de la valériane un parti beaucoup plus assuré qu'il ne l'avait fait jusqu'à ce jour. (*Moniteur des sciences*, 21 novembre 1861.)

— La cascarille, *Croton Elutheria*, dont l'écorce est encore quelquefois usitée comme tonique et astringente, paraît cependant posséder une autre vertu, qui pourrait dans quelques cas être mise utilement à profit dans la médecine, si tant est que l'on soit en droit de conclure de l'animal à l'homme. Les expériences, en effet, sur lesquelles nous voulons attirer l'attention, ont été faites par un habile vétérinaire, M. Fellemberg, qui a trouvé à l'écorce de cascarille des vertus galactopoiétiques très complètes, et qui a vu ce médicament donner surtout des résultats avantageux chez les femelles primipares. La dose du médicament pour les juments était, par vingt-quatre heures, de 60 grammes de poudre incorporée à du miel, et nous sommes tout disposé à croire que l'action du *Croton Elutheria* pourrait être également mise à profit pour les malades de notre espèce, en ayant soin de diminuer considérablement les doses, si les quelques faits que nous avons été à même d'observer n'étaient pas contre-balancés par d'autres où les résultats seraient moins satisfaisants. (*Mittheilungen aus Preussen*, p. 282, 1860.)

— L'huile de foie de morue ordinaire, c'est-à-dire non privée des principes odorants, qui la rendent si souvent insupportable aux malades, est un des médicaments pour lesquels, dans ces derniers temps, on s'est le plus évertué à trouver un moyen de faciliter l'absorption. Ayant observé que beaucoup de malades vomissaient l'huile qu'ils avaient ingérée, seulement quelques heures après, quand la digestion des aliments était terminée, M. Dannecy (de Bordeaux) a pensé qu'en émulsionnant l'huile avec un peu de magnésie calcinée, 50 à 60 centigrammes, il pourrait éviter ce fâcheux effet. Il fait absorber la magnésie quelques instants après l'huile; il a obtenu par ce moyen le succès le plus complet. Ayant suspendu l'usage de la magnésie, il a vu les vomissements reparaître aussitôt, pour disparaître de nouveau sous son influence. Ce procédé bien simple pourrait certainement être utilisé avec avantage chaque fois que l'on fait ingérer à des malades des corps gras, qui quelquefois sont bien difficiles à digérer. (*Bulletin de thérapeutique*, décembre 1861.)

— Le sous-nitrate de bismuth, dont l'action a été si bien étudiée par M. le professeur Monneret, est considéré aujourd'hui comme un des meilleurs antidiarrhéiques connus, et est administré avec grand avantage dans les antéro-colites rebelles et les dysenteries chroniques. Sous son influence, les ulcérations se cicatrisent, les gaz fétides se détruisent, et les excréments sont rendus noirs et désinfectés. Mais l'inconvénient que présente le sous-nitrate de bismuth de devoir être administré à hautes doses pour avoir une action efficace, fait que quelques malades s'en dégoûtent facilement, malgré son insipidité. L'emploi de tablettes, qui renferment chacune $0^{gr},05$ de sel, rend son administration plus facile pour les enfants, mais est peu commode toutes les fois que le médecin veut faire ingérer à son malade de notables quantités de sous-nitrate. M. le docteur Gaubert annonce s'être très bien trouvé de l'emploi de ce médicament en crème, surtout chez les sujets jeunes, lymphatiques, qui éprouvent le besoin général des toniques, et qui ont en même temps une susceptibilité exagérée. Cette préparation, due à M. le docteur Quesneville, a l'avantage de présenter le sous-nitrate de bismuth sous forme de crème épaisse, formant avec l'eau un lait sans résidu granuleux, et l'on comprend facilement que l'état de division extrême où se trouvent les molécules du médicament facilite singulièrement sa diffusion dans le tube digestif, et, par suite, permet d'obtenir rapidement des effets très marqués, même en employant des doses moindres que pour la poudre. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 25 décembre 1861.)

L. Soubeiran.

La discussion sur l'hygiène hospitalière n'est pas terminée. Après le scrutin qui a donné à l'Académie un nouveau membre, dont nos lecteurs ont pu souvent apprécier l'esprit lucide et le haut savoir, M. J. Béclard, la parole a été donnée à M. Gosselin, qui a occupé la tribune pendant tout le reste de la séance. M. Gosselin s'est appliqué surtout à résumer le débat sous la forme critique, et il l'a fait avec beaucoup de sens et une grande aisance de parole. Il a produit en même temps un document nouveau plein de renseignements utiles: c'est une note rédigée pour la circonstance par M. René Marjolin. Cette note nous ayant été transmise également, nous croyons devoir la publier presque intégralement. A. D.

Observations sur l'hygiène des hôpitaux, par M. René Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

... Dans les diverses excursions que j'ai faites en Angleterre, en Allemagne et en Italie, j'ai visité avec grand soin les hôpitaux et bon nombre d'institutions de charité. De plus, grâce à l'accueil très affectueux de nos confrères étrangers, j'ai pu

Digitized by Google

recueillir les renseignements les plus précieux sur l'hygiène et le bon aménagement des établissements hospitaliers.

L'assistance publique ne s'exerce pas d'une manière identique en France et dans les pays que je viens de citer, et, à la vérité, la comparaison rigoureuse entre les divers systèmes n'est pas toujours possible; mais il faut reconnaître qu'il y a du bon des deux côtés, et ne point tomber dans l'exagération, qui consisterait à trouver tout parfait chez nous ou tout défectueux chez les autres ou réciproquement. C'est pourquoi j'ai étudié sans prévention quelles améliorations hygiéniques nous pourrions emprunter à nos voisins.

Les étrangers reconnaissent volontiers qu'aucune ville en Europe ne peut offrir un ensemble aussi véritablement imposant que celui des hôpitaux de Paris; mais ils déclarent, avec la même franchise, que la plupart de nos établissements hospitaliers pèchent par l'hygiène; ils admirent notre organisation, puis ce bon goût, cette coquetterie que nous savons déployer jusque dans une salle d'hôpital; mais ils se disent nos maîtres dans les questions d'utilité réelle et dans tout ce qui touche l'hygiène individuelle et le comfort.

Chez les Anglais surtout cette sollicitude s'étend non-seulement aux malades, mais à tout le personnel hospitalier, employés, infirmiers et internes. Ils pensent que, s'il faut s'occuper des premiers, on ne doit pas sacrifier les seconds : aussi les employés de tout rang sont-ils beaucoup mieux logés que chez nous.

Comme les hôpitaux sont beaucoup plus petits, et forment autant d'administrations distinctes, la surveillance est beaucoup plus facile. Cette division à l'infini de la charité a quelques inconvénients, mais présente des avantages sérieux : d'une part, les professeurs redoublent de zèle et d'activité pour attirer à leurs leçons le plus grand nombre d'élèves; de l'autre, l'amour-propre des gouverneurs intéressé à soutenir la réputation de leur hôpital, les porte à ne se reposer sur personne des soins de l'administration et de la surveillance. La conséquence de ce mutuel concours et de cette activité incessante *c'est que souvent*, avec des ressources bien inégales, vous voyez des hôpitaux parfaitement bien tenus. Seulement partout une simplicité excessive, jamais le moindre ornement inutile. Cette tenue sévère nous surprend dès notre entrée dans un hôpital, et nous avons grand'peine à nous habituer à ces lits généralement peu élevés et sans rideaux, qui nous paraissent surtout choquants pour la pudeur proverbiale de nos voisins.

En effet, quelque partisan que l'on puisse être de la suppression de tout ce qui gêne la libre circulation de l'air et emprisonne les miasmes, on ne peut se défendre d'un sentiment pénible en voyant ces malheureux malades étaler publiquement leurs misères. Pour ma part, je crois qu'il est indispensable de simplifier beaucoup notre système de rideaux, et surtout de les nettoyer plus souvent; mais j'ai peine à croire que l'on arrive à leur suppression complète tant que nos lits seront aussi mal disposés par rapport aux fenêtres, et que nos salles ne seront pas mieux closes.

Du reste, nous avons sous la main les éléments de la comparaison, car les salles de la plupart des hôpitaux anglais ressemblent assez à celles des nouveaux pavillons du Val-de-Grâce, où il n'y a jamais eu de rideaux; elles sont aussi claires, aussi bien aérées, mais beaucoup moins grandes. Les lits sont suffisamment espacés, et placés de façon à ce que l'on puisse sans inconvénient ouvrir les fenêtres.

Ces dernières, établies à une hauteur convenable, et largement percées, ne sont jamais fermées à clef, comme cela se fait à Beaujon et à Saint-Louis, ni placées à une hauteur telle que le convalescent ne peut s'asseoir auprès et s'y distraire; elles sont comme dans une habitation privée : seulement, dans la crainte d'accidents, on les a garnies d'un treillage en fil de fer. Cette disposition permet de renouveler l'air très facilement, et ce mode de ventilation un peu antique, à la vérité, n'est pas sans avantage, car en Angleterre il y a peu d'odeur dans les salles. Cette différence tient peut-être à la conservation de l'ancien système de chauffage, bien supérieur aux calorifères, que l'on a malheureusement trop multipliés. Ils conviendraient pour chauffer les galeries et les escaliers de nos hôpitaux; mais, dans les pièces occupées par nos malades, il faut du feu, non-seulement pour purifier et renouveler l'air, mais pour détruire tout de suite toutes les pièces de pansement qui ne sont pas susceptibles d'être blanchies, et toutes les ordures provenant du nettoyage des salles.

Or, chez nous, que fait-on? La visite et les pansements terminés, faute d'un local convenable, on accumule pêle-mêle dans quelque coin obscur, voisin de la salle, la charpie imbibée de pus, les cataplasmes, les draps souillés de déjections, et le tout y reste enfermé jusqu'à ce qu'on le porte à la buanderie.

Certes MM. Le Fort et Topinard, dans leurs précieux et véridiques documents sur les hôpitaux anglais, ont bien fait d'insister sur les précautions que prennent nos voisins pour diminuer la mauvaise odeur et les chances d'infection; car tous ces détails, essentiellement pratiques, ont une valeur plus considérable qu'on ne le pense.

En Allemagne, où il y a aussi des hôpitaux fort bien installés, le chauffage ne se fait pas de la même manière; le plus habituellement on se sert d'énormes poêles dont l'ouverture donne sur le couloir. Je préfère de beaucoup les vastes cheminées anglaises, avec leur brasier de charbon de terre, et leur disposition, qui permet, dans quelques services, de donner des bains sur place aux malades les plus graves.

Je disais tout à l'heure que le premier aspect des salles à l'étranger n'est pas séduisant. En effet, nous ne retrouvons plus dans les hôpitaux du Nord le parquet ou le carreau tellement frottés que les malades sont exposés à des chutes dangereuses, mais un simple plancher en bois blanc, si bien ajusté qu'on peut le laver une ou deux fois par semaine, et le balayer les autres jours après avoir répandu de la sciure ou du sable humides. Outre la grande économie, ce mode de nettoyage a de plus l'inappréciable avantage de préserver les malades de cette poussière, qui chez nous est un véritable fléau. Toute la peine que nous nous donnons à Paris pour avoir un parquet bien luisant n'aboutit, en définitive, après grande dépense, qu'à faire rentrer entre les joints, souvent mal assemblés, une quantité considérable de duvet et de détritus composés d'éléments très nuisibles.

J'ai vu, à l'hôpital Bon-Secours, appliquer le système usité dans le Nord, certaines salles étaient bitumées, les autres carrelées ou planchéiées, et j'ai trouvé que le nettoyage s'y faisait beaucoup mieux.

Les personnes étrangères à l'hygiène trouveront peut-être ces détails bien puérils, et s'étonneront de nous y voir attacher tant d'importance. N'était-ce point aussi une précaution bien puérile, en apparence, que cette cravate de gaze placée, après la trachéotomie, au-devant de la plaie? et cependant les résultats en ont été immenses.

En hygiène, il ne faut négliger aucun détail. En voici une preuve : à ce même hôpital de Bon-Secours, il survint, dans le service des femmes en couches, une épidémie d'ophthalmies purulentes. Malgré toutes mes précautions et l'isolement des enfants, elle menaçait de devenir très grave; c'est pourquoi j'examinai avec soin les dispositions de la salle, et je découvris que l'armoire dans laquelle on serrait les layettes, était pratiquée dans la baie d'une porte, donnant jadis accès aux latrines, et n'en étant séparée que par une cloison en planches; je fis condamner cette armoire, puis je fis exposer au grand air toutes les layettes. Dès ce moment l'épidémie cessa.

Ce qui choque surtout les étrangers, c'est de voir dans nos hôpitaux les latrines aussi mal installées et aussi mal entretenues. Partout, en Allemagne et en Angleterre, il existe des systèmes plus ingénieux les uns que les autres, même dans les établissements les moins riches. Si on ne parvient pas toujours à anéantir complétement la mauvaise odeur, au moins on réalise toujours la plus scrupuleuse propreté.

Digitized by Google

Notez, en passant, que nos confrères étrangers connaissent nos hôpitaux beaucoup mieux que nous-mêmes ; les voyages étant pour eux un complément d'études, et souvent, comme dans quelques universités allemandes, une récompense accordée à l'élève le plus méritant. Ils ont soin de mettre leur temps à profit, et ils notent avec d'autant plus de soin tout ce qu'ils voient, qu'à leur retour, ceux qui ont eu l'honneur d'être envoyés en mission, sont tenus de rendre compte de leurs observations. J'ai vu de ces journaux, et ils étaient fort instructifs.

Dans plusieurs hôpitaux étrangers, et surtout dans ceux de création récente, la salle d'opération est assez proche pour que l'on puisse chloroformiser le malade à son lit et le transporter tout endormi. Sous ce rapport, à Paris, quelques services sont assez bien partagés, mais il en est d'autres où, par suite de l'éloignement, l'opéré se trouve exposé à de brusques changements de température et aux secousses inséparables d'un transport prolongé sur un brancard ; il en résulte que, pour ne pas exposer les malades à toutes ces circonstances défavorables, quelques chirurgiens préfèrent opérer, tantôt au lit même, tantôt dans un local voisin de la salle. Il serait préférable, si les localités ne permettent pas de rapprocher les salles d'opération, de chercher au moins à diminuer ces secousses si douloureuses pour les blessés, en adaptant aux escaliers les plates-formes mobiles en usage dans quelques hôpitaux d'Angleterre.

Après une grande opération, le malade ne trouve pas, dans nos hôpitaux, cette tranquillité si nécessaire à sa position ; car, presque toujours, il retourne dans la salle commune, où son repos est troublé à chaque instant par les allées et venues des gens de service ou des convalescents ; parfois il est voisin d'un blessé en proie à un délire bruyant, et alors quelle nuit ! Si, vers le matin, il commence à s'endormir, son sommeil est bientôt interrompu, car, avant le jour, on fait les salles, les lits, on ouvre les fenêtres ; il n'est guère pour lui de repos possible.

En Angleterre et en Allemagne, dans plusieurs hôpitaux, il existe des salles de deux ou trois lits réservées aux opérés ou aux malades bruyants ; en outre, il y a, pour les convalescents, des salles de réunion servant en même temps de réfectoire. Cette heureuse modification a le double avantage d'assurer la tranquillité des malades gravement atteints et de prévenir la viciation de l'air par le séjour continu d'une trop grande quantité d'individus dans la même pièce. Je sais que l'on a tenté chez nous l'essai des réfectoires ; mais l'épreuve, telle qu'elle était faite, devait nécessairement amener un résultat négatif.

Je voudrais être aussi bref que possible, et cependant je ne puis omettre les observations judicieuses qui m'ont été faites par nos collègues étrangers. Ils sont extrêmement surpris de l'emplacement qu'on a choisi pour les cliniques de la Faculté, et s'étonnent non moins de l'absence de toute précaution vis-à-vis des maladies contagieuses ; ils ne comprennent pas que la même salle renferme à la fois des malades atteints d'érysipèle, de variole, de scarlatine, de croup, etc., et qu'il n'existe pas même de chambre pour confiner les foyers naissants de l'épidémie. Ils nous reprochent de ne pas prendre, même après les décès, les précautions convenables qu'ils ont adoptées. Nos pièces de literie ne sont point lavées ni exposées au grand air. Nulle part, à Paris, n'existe de séchoir convenable, et on se contente souvent, faute de local bien disposé, d'étendre les matelas et les couvertures sur les rampes des escaliers, et pendant quelques heures seulement, mode de désinfection dangereux et insuffisant.

J'ai vu, au grand hôpital civil de Vienne, pratiquer sur une vaste échelle l'excellente mesure qui consiste à laisser reposer, à des époques déterminées et pendant un temps suffisant, non-seulement des lits, mais des salles entières. En 1844, visitant cet établissement, je demandai quelques explications sur la disposition d'un bâtiment inoccupé. J'appris alors que, non-seulement il était en réparation, mais que, suivant une vieille habitude, il resterait fermé aux malades pendant un certain temps. Du reste, les précautions avaient été prises pour que les services de l'hôpital n'en fussent point interrompus pour cela. Cette sage mesure se renouvelle au bout de quinze mois ou de deux ans. En France, l'épuration et le chômage des salles se font à peine tous les sept ou huit ans, lorsqu'il y a des réparations urgentes à faire, et, pendant cette longue période, jamais les salles ne cessent d'être remplies.

J'en conclus que nous pouvons faire à l'étranger des emprunts utiles. Notre administration n'est point coupable des imperfections de nos hôpitaux, et il ne faut point méconnaître tout ce qu'elle a fait et fait chaque jour pour améliorer le sort des malades. C'est au corps médical qu'incombe le soin de signaler les lacunes et de provoquer les réformes ; c'est à nous d'aider l'administration à perfectionner l'hygiène incomplète de nos hôpitaux.

Les vaccinations de Rivalta, sur lesquelles nous avons appelé plusieurs fois l'attention de nos lecteurs, touchent à une question des plus graves, et sous le rapport scientifique et sous le rapport pratique. Ayant reproduit sur ce sujet les premiers documents publiés et les leçons de M. Ricord, nous nous faisons un devoir d'insérer également une lettre adressée par le docteur Pacchiotti à M. Cerise, et que nous trouvons dans l'Union médicale. C'est, on se le rappelle, M. Pacchiotti qui était rapporteur de la commission chargée de faire une enquête sur les vaccinations de Rivalta. A. D.

Cher confrère et ami,

. . . .

J'entre en matière. Je serai très laconique, car je ne dois pas abuser de votre bonté ; d'ailleurs, j'ai consigné dans les nos 4 et 5 de la Gazzetta dell' Associazione medica *les résultats* de ma dernière visite aux syphilitiques de Rivalta, le 5 janvier dernier. Ayez la bonté de jeter un coup d'œil rapide sur ces documents.

M. Ricord a dit dans son dernier discours « que, jusqu'à » preuve plus complète, il exclut la pensée de la transmission » de la vérole par la vaccination ; qu'il y a concomitance entre » l'apparition de la syphilis et l'apparition de la vaccine ; qu'il » n'y a entre elles aucun rapport de causalité, et, après s'être » associé de grand cœur aux conclusions de la Gazette hebdomadaire, il termine son entretien par un énorme point d'interrogation, expression de tous ses doutes. »

Je sens hautement le devoir de dire tout entière la vérité dans un débat qui doit donner la solution de quelques problèmes de la plus haute importance. Voici la preuve complète que cherche M. Ricord pour effacer tous ses doutes.

Et d'abord est-ce bien la syphilis qui a infecté 46 enfants sur 63 vaccinés? Oui, c'est la syphilis : le doute n'est plus permis désormais.

1° Les lésions que la commission du congrès d'Acqui a vues et décrites sur ces enfants, les plaques muqueuses autour de l'anus, aux organes génitaux, aux lèvres, les ulcères des amygdales, de la langue, des fosses nasales, les syphilides cutanées de formes différentes, l'alopécie, l'impétigo du cuir chevelu chez quelques-uns, la pléiade cervicale, la cachexie syphilitique, le marasme chez d'autres, tous ces accidents secondaires de la vérole surpris sur des enfants vaccinés depuis quatre mois, observés à des degrés différents sur 46 d'entre eux, contrôlés par une comparaison faite entre chacun d'eux, sont vraiment syphilitiques. (*Gazzetta dell' Associazione*, n° 42, 1861.)

2° Dans un petit village de 2000 âmes, sur 63 enfants vaccinés, 46 deviennent syphilitiques et 7 meurent, car on ne se doutait pas de la nature syphilitique de la maladie, et il

Digitized by Google

n'y eut pas de traitement spécifique. Mais aussitôt que ce traitement est adopté, l'amélioration est évidente, et 4 enfants presque mourants reviennent peu à peu à la vie (voy. *Gazzetta dell' Associazione medica*, n° 4). Donc, *a juvantibus*, le traitement spécifique prouve la nature spécifique de la maladie.

3° Sur 46 mères ou nourrices, nous avons aujourd'hui 8 février, 20 mères infectées par leurs enfants. Elles étaient saines et bien portantes le 7 octobre 1861 (voy. *Gazzetta dell' Associazione medica*, n° 42), 4 exceptées. Maintenant elles présentent tous les accidents de la syphilis secondaire, que j'ai soigneusement décrits dans le journal cité, n° 4. La syphilis des mères et des nourrices infectées d'abord au sein par la bouche des nourrissons prouve deux choses, la syphilis des enfants vaccinés et la contagiosité des accidents secondaires. L'éloquence de ces faits est irréfutable.

4° La nature syphilitique de la maladie des enfants est confirmée par un fait capital qui aura une grande importance dans ce débat, c'est-à-dire la date de l'évolution de la syphilis. La pustule vaccinale se transforme en ulcère syphilitique après une certaine incubation : il paraît quand la pustule vaccinale finit ; il s'accompagne de l'adénopathie axillaire, multiple, indolente ; il dure environ un ou deux mois : c'est l'accident initial. Puis, deux ou trois mois après la vaccination, voici que les accidents secondaires éclatent sous toutes leurs formes diverses, et voilà le vrai moment où l'apparition d'une syphilide vésiculaire (eczéma syphilitique ou syphilide varicelloïde) donna l'alarme à tout le pays, car on prit cela pour une variole. La date de l'accident initial et des accidents secondaires, que M. le docteur Viennois a si bien analysés, a une importance immense, car le même fait s'est reproduit chez les mères, et ce fait est tout particulier à la syphilis, qui se déroule comme un ruban, selon la belle expression de M. Ricord.

Donc les 46 enfants de Rivalta étaient syphilitiques.

Mais est-ce bien par la vaccination que la syphilis a été transmise? Oui, c'est positif, le doute est impossible.

1° Ces pauvres enfants ont été pris par la même maladie à la même époque, dans le même pays, quoiqu'à des âges différents. Leurs pères et leurs mères étaient sains (nous les avons examinés), et ce serait absurde de croire que 46 enfants naissent dans le même village avec une syphilis héréditaire, qui éclate dans le même temps.

2° Ces enfants étaient bien portants quand on les a vaccinés ; ils ne sont tombés malades qu'après la vaccination, c'est avoué par tout le monde. Et la première manifestation qui a étonné même les mères, quoique ignorantes, a été la transformation de la pustule vaccinale en ulcère syphilitique (1), ce qui était traduit par elles, dans leur langage, en *une vaccine maligne qui n'en finissait jamais*. Voilà la porte d'entrée de la syphilis : c'est ce qui nous a frappé singulièrement avant de lire les ouvrages de MM. Rollet et Viennois, qui ont bien toujours le grand mérite d'avoir formulé les premiers une idée vraie. Chez la grande majorité de nos enfants, les choses se sont passées ainsi. Il y a eu quelques rares exceptions; mais, je le répète, chez la plupart la syphilis a commencé par un chancre vaccino-syphilitique aux bras, avec adénopathie axillaire.

3° Voici un autre argument très important et un fait peut-être unique. Les 63 enfants n'ont pas été vaccinés tous ensemble, mais en deux séries, à la distance de dix jours l'une de l'autre. Dans la première, 46 ont été vaccinés avec les pustules de Chiabrera (premier vaccinifère). Dans la deuxième série, on a vacciné 17 enfants avec les pustules de Manzone (deuxième vaccinifère), qui a pris la vaccine et la syphilis de Chiabrera, avec les 45 enfants de la première série. Donc, dans le fait de Rivalta, nous avons deux exemples du même accident, deux vaccinifères qui donnent la vaccine et la syphilis au dixième jour de l'évolution des pustules vaccinales, et deux séries d'enfants vaccinés qui deviennent syphilitiques par la voie de la vaccination (39 sur 46 dans la première série, 7 sur 17 dans la deuxième série). Cette circonstance extraordinaire a été oubliée dans le débat, et je la crois très grave sous tous les rapports.

4° Entre le premier vaccinifère (Chiabrera) et le deuxième (Manzone), il y a des analogies et des différences remarquables. Tous les deux ont donné la vaccine et la syphilis *au dixième jour* de l'évolution vaccinale aux bras. Tous les deux ont été gravement malades, car le premier courut les plus grands dangers; le deuxième mourut trois mois après la vaccination. Tous les deux ont infecté par la bouche la personne qui les nourrissait, Chiabrera sa mère, Manzone sa nourrice : point capital. Mais, tandis que, chez le premier, les pustules vaccinales parcourent leurs phases assez régulières, chez le deuxième les pustules se transforment en ulcères qui suppurent longtemps, et deux mois plus tard la syphilis secondaire éclate (voy. *Gazzetta*, n° 4). Et Manzone avait été vacciné avec les pustules de Chiabrera. Donc, celui-ci était aussi syphilitique que celui-là; donc la syphilis et la vaccine ont été transmises par la même opération.

5° Autre preuve. Le 5 janvier, j'ai revacciné cinq enfants ; j'ai choisi les plus malades, entre autres Chiabrera. Vaccin excellent; opération bien réussie. Résultat négatif (voy. *Gazzetta*, n° 5). Le virus syphilitique et le vaccin ont donc été introduits dans l'organisme par la même opération, comme deux graines jetées sur le même terrain; donc la vaccine a produit son effet ordinaire d'abord, puis vint le tour de la syphilis qui germa, produisit un ulcère, puis plus tard la syphilis. Donc la vaccine et la syphilis ont été transmises par la même opération.

Mais est-ce par le sang qui s'écoule de la pustule ou par une humeur morbide quelconque que la syphilis se transmet avec la vaccine? — Voici où le doute commence. Je ne veux qu'énoncer des faits. Les discussions viendront plus tard. Or, j'ai déjà annoncé que du sang suintait des pustules de Chiabrera pendant la vaccination, et que la mère de celui-ci (qui servit pour 46 enfants) se plaignit de cet écoulement de sang. Mais je n'ai pu vérifier si les enfants *immunes* ont été vaccinés avec du vaccin pur, sans mélange de sang; je sais même que quelques-uns de ceux-ci ont été vaccinés les derniers, et que quelques syphilitiques l'ont été les premiers. On comprend les difficultés de tout savoir exactement quatre mois après la vaccination, mais je dois aussi rappeler que le vaccin était tiré du bras le dixième jour de l'évolution vaccinale; quelque valeur qu'on veuille donner à cette circonstance, j'ai tout voulu noter, car il faut dire la vérité avant tout : il n'y a déjà que trop d'obscurité.

Et voici le point le plus obscur.

Quelle est la vraie origine de la syphilis vaccinale de Rivalta? — Nous n'avons pas encore tous les éléments indispensables pour juger la question la plus difficile. Une enquête a été ordonnée par notre gouvernement. Mon ami, le chevalier Martorelli, a fait un rapport dont j'ai demandé la publication. J'attends ce document pour le discuter. Je sais cependant qu'il conclut contre mon idée; c'est-à-dire il penche pour l'opinion que la syphilis des 46 enfants de Rivalta vient de Chiabrera, qu'il croit atteint de syphilis héréditaire. Je me soumettrai avec plaisir à ce jugement, qui est le plus simple, le plus net, le plus naturel, si les preuves sont irréfutables. Mais, en attendant, je pose cette difficulté : Comment la mère de Chiabrera aurait-elle été infectée par son enfant quatre mois après la vaccination, si cet enfant avait eu la syphilis par la mère? On ne donne pas ce qu'on n'a pas. Et la vérole n'envahit l'individu qu'une fois dans la vie.

Or, devant cette grande loi de syphilographie posée par M. Ricord, que la vérole ne se double pas chez le même indi-

(1) Il faut excepter Chiabrera, le *premier* vaccinifère, dont les pustules vaccinales paraissent avoir eu un cours régulier. Ce fait, s'il est exact, est capital. Il rendra, je le crains bien, fort difficile la solution du problème. L. Cerise.

Digitized by Google

vidu; devant ce fait positif qu'on ne donne pas ce qu'on n'a pas; devant cet autre fait positif que la mère de Chiabrera, comme la nourrice de Manzone, a été infectée par son enfant quatre mois après la vaccination; que, chez elle, la manifestation initiale de la syphilis a eu lieu par un ulcère syphilitique induré à chaque sein, avec adénite multiple, indolente à chaque aisselle; que les accidents secondaires éclatèrent deux mois après l'apparition des ulcères, je me crois en droit de défendre encore aujourd'hui l'opinion que j'exprimais au mois d'octobre, c'est-à-dire que Chiabrera n'avait pas eu la syphilis héréditaire, au moins du côté de la mère. Ici, je suis fort de l'appui du savant M. Diday (de Lyon).

Je sais d'avance les objections qu'on peut me faire; je ne les écarte pas, je dirai même que je les cherche, car j'aime la lumière. On me rappellera, par exemple, les pustules vaccinales régulières aux bras de Chiabrera, tandis qu'aux bras de Manzone, comme dans la grande majorité des autres enfants, on a trouvé des ulcères, ou des cicatrices larges, difformes, dures, livides, ou des croûtes. Mais Chiabrera n'est pas la seule exception à la règle : il y en a quelques autres.

Et puis encore, si demain on nous annonçait que le père, lui aussi, a été infecté par sa femme, comme il y en a déjà d'autres exemples; si l'enfant trouvé d'Acqui, qui a servi au conservateur du vaccin pour recueillir du vaccin et le distribuer au mois de mai, avait été syphilitique; si, dans quelque temps (quand l'orage des passions soulevées par cet accident sera calmé), on venait nous annoncer quelque nouveau fait qui nous mît sur le bon chemin, que ferions-nous alors?

Eh bien, attendons. Laissons pour le moment de côté le problème difficile de l'origine de la syphilis vaccinale de Rivalta; nous y reviendrons plus tard, car la lumière se fera, j'en suis persuadé. Et travaillons d'accord tous ensemble pour tirer du malheur de Rivalta quelque nouveau progrès pour la science, quelque profit pour l'humanité, car, dans ces faits, il y a des problèmes très graves et très difficiles.

La contagiosité des accidents secondaires est confirmée. — Voici ce que j'ai découvert le 5 janvier :

1° La syphilis qui avait été transmise par la bouche des enfants aux seins des mères, est passée des mères à leurs maris. Chez les mères, il y avait des plaques muqueuses aux grandes et petites lèvres; chez les maris, il y eut un ulcère syphilitique induré, infectant, au prépuce ou au gland, avec adénite inguinale multiple, indolente. Il y en a déjà trois exemples, il y en aura d'autres encore. Un seul suffirait, car un fait bien étudié en vaut cent. Et voilà une deuxième manière de transmission de la syphilis secondaire. Donc les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux, c'est évident.

2° Comme si tout ceci était peu de chose, la marche de la maladie nous a fourni d'autres observations. Ici, je demande l'indulgence de tous les syphilographes, car je doute encore de moi-même, et je promets de mieux étudier ce fait nouveau que j'ai décrit minutieusement dans les n°s 4 et 5 du journal cité. Deux sœurs et un frère de ces pauvres enfants ont été infectés par la syphilis. Le garçon a onze ans, la plus âgée des deux filles en a treize, l'autre douze. Tous étaient laissés par leurs parents à la garde des enfants syphilitiques, avec lesquels ils buvaient, mangeaient, dormaient, s'embrassant souvent, vivant continuellement ensemble dans des étables sales, dans des lits hideux. Je n'ai pu découvrir le moindre soupçon que la maladie ait pu être transmise par la voie la plus naturelle. Une fille, qui portait toujours sur ses bras sa petite sœur morte depuis, eut un ulcère à l'avant-bras droit, vers le milieu de la région interne, avec adénite axillaire indolente; deux mois après, la syphilis éclata. La petite sœur portait à la cuisse droite un ulcère lardacé, profond, grisâtre, situé dans un pli de la peau, entouré de cicatrices (*Gazzetta dell' Associazione*, n° 32). Les deux autres eurent des ulcères aux amygdales, avec adénite sous-maxillaire indolente; puis, quelque temps après, des accidents secondaires apparurent. Pour expliquer l'ulcère syphilitique à l'avant-bras de la jeune fille, nous trouvons un fait semblable dans le cas du docteur Hübner, savamment commenté par M. Viennois, de Lyon (*De la syphilis transmise par la vaccination*, 1860). Pour expliquer les autres deux faits, nous avons déjà des exemples dans la science, recueillis par M. Rollet, de Lyon (*Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, 1861). Donc il y a déjà des précédents de la contagiosité des accidents secondaires par la bouche, ce grand laboratoire de la syphilis secondaire. Je ne puis me permettre d'entrer dans d'autres détails, qu'on lira dans le journal cité, si on veut bien s'en donner la peine.

3° Dans le fait de Rivalta, j'ai vérifié cette loi presque constante, que le premier acte, la manifestation initiale de la syphilis se montrait sous la forme d'un ulcère induré (chancre infectant de Ricord), avec l'adénite multiple, indolente. Il y a bien eu quelques rares exceptions à cette règle générale, mais c'est une grande vérité énoncée par MM. les docteurs Rollet, Viennois, Langlebert, vérité qui a été si féconde sous la plume de M. Rollet. Ainsi, règle générale, chez les enfants vaccinés, ulcères aux bras, qui se substituent à la pustule vaccinale, avec adénite axillaire; chez les mères, ulcères aux seins, avec adénite axillaire; chez les maris, ulcères à la verge, avec adénite inguinale; chez une fille, ulcère à l'avant-bras, avec adénite axillaire; chez une autre fille et un garçon, ulcères aux amygdales, avec adénite sous-maxillaire. Voilà un ordre de faits que nous devons étudier ensemble avec calme et sans esprit de parti, car moi aussi je me suis révolté pour quelque temps contre cette idée; j'ai lutté moi aussi pour mes convictions, puisées dans les admirables ouvrages de M. Ricord, contre le doute qui me poursuivait, puis j'ai dû me rendre à l'évidence, et j'ai écrit ceci.

Dans cette lettre, je n'ai eu d'autre intention que d'exposer simplement les faits tels qu'ils se sont passés, sans commentaires, sans discussion, avec toute la rude loyauté d'un homme qui ne cherche que la vérité. Je puis me tromper, mais je ne veux tromper personne, quel intérêt aurais-je?

C'est fâcheux que, dans un débat si grave, sur des faits déjà si obscurs, un de mes bons compatriotes, le docteur Albertetti, trop pressé, ait jeté le doute sur un diagnostic fait par une commission d'un congrès médical. Nous étions six, il est seul de son avis; nous avons vu, il n'a rien vu. Et en syphilographie il faut voir, bien voir et beaucoup voir.

Mais quand le fait que nous étudions sera bien acquis à la science, alors une opinion solide se formera parmi les médecins, et l'opinion publique suivra l'unanime conviction des hommes de science, et on n'aura plus à craindre ni la vaccination ni la revaccination, car nous les entourerons de précautions salutaires, avec des réformes indispensables. Non! la grande statue de l'immortel Jenner ne sera pas brisée, elle a résisté à bien d'autres assauts.

Et nous voilà, par l'événement de Rivalta, emportés bien haut dans les régions plus élevées où nous aurons à discuter des problèmes très graves, que je ne ferai que poser en passant.

1° *Question professionnelle* : Un médecin qui vaccine des enfants sains, bien portants, qui deviennent plus tard syphilitiques, est-il coupable? Nous avons dit *non* chez nous. Le ministre Ricasoli a répondu *non* avec nous. Voilà un grand progrès, car jadis on nous emprisonnait.

2° *Question médico-légale* : Y a-t-il un moyen de connaître la porte d'entrée de la syphilis quand elle a été transmise par le nourrisson à la mère, ou par la mère au mari, ou par les enfants à d'autres enfants, ou parents, ou domestiques? Il faut chercher la manifestation initiale et examiner les ganglions plus voisins (Rollet).

3° *Question d'hygiène* : N'y a-t-il pas quelque réforme à introduire dans les lois de la vaccination pour éviter même le soupçon lointain de la répétition de ces accidents? Est-il sans danger d'aller puiser la vaccine dans les hôpitaux des Enfants trouvés, comme cela se pratique en certains pays? Ne faudra-t-il pas

Digitized by Google

recourir plus souvent à la source de la vaccine, au *cow-pox*? Ne serait-il pas utile de réviser nos lois sur la vaccination, sur les vaccinateurs, qui sont si mal récompensés, quoiqu'ils aient une si grave responsabilité? Ne conviendrait-il pas que les gouvernements s'empressassent d'organiser un peu mieux le service des médecins cantonaux?

Voilà tout autant de problèmes à résoudre, que les sociétés savantes devraient mettre à l'ordre du jour le plus tôt possible.

J'ai fini, et je conclus par une prière :

Pour guérir la syphilis de Rivalta, qui représente presque une des anciennes épidémies qu'on ne savait expliquer, nous avons fondé une maison de santé provisoire sous la direction du maire et du médecin de Rivalta, avec le concours et l'appui du baron Ricasoli, qui a fait magnifiquement les choses. Or, tandis que l'humanité triomphe, la science doit chercher la lumière. Que ceux qui doutent m'envoient leurs vœux pour les recherches qu'ils voudraient faire; que ceux qui croient m'honorent de leurs conseils et me dirigent dans de nouvelles enquêtes, je me mets à la disposition de tout le monde, car je vais retourner sous peu à Rivalta.

J'ajouterai encore un vœu :

M. Ricord a conquis par son enseignement une juste célébrité dans le monde médical, et en France il jouit d'une incontestable autorité. Eh bien! qu'il en use aujourd'hui pour exciter le gouvernement français à envoyer à Rivalta en mission scientifique un syphilographe dévoué à ses doctrines. Ce sera une mission qui aura une grande importance pour la science et pour l'humanité. La France et l'Italie pourraient, dans la médecine comme dans la politique, marcher ensemble, alliées pour le progrès scientifique et social. Mais il faut faire vite, car il y a aujourd'hui huit mois que la syphilis vaccinale a débuté.

Si cette idée sourit à la presse médicale française, qu'elle la défende. Est-ce une folle idée? Qu'on la laisse tomber. Mais au moins étudions ensemble, pour que le malheur de Rivalta profite à la science.

Tout à vous, Dr Jacinthe PACCHIOTTI.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie externe.

DES SUTURES MÉTALLIQUES; DE LEUR UTILITÉ ET DE LEUR SUPÉRIORITÉ SUR LES SUTURES ORDINAIRES; EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS A CE SUJET, par M. OLLIER, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Tout ce qui touche au succès de la réunion immédiate mérite une sérieuse attention, et quelque légère que semble au premier abord une modification aux pratiques reçues, elle n'en est pas moins digne d'intérêt dès qu'il s'agit d'un progrès à réaliser dans l'art de réunir les plaies et de favoriser l'adhésion des parties divisées. Beaucoup de questions qui nous paraissent vulgaires aujourd'hui ont été élevées à certaines époques au rang de questions fondamentales, et ce que nous acceptons comme principe incontestable a été souvent l'occasion des discussions les plus vives et le prétexte des professions de foi les plus exclusives. La suture, par exemple, a donné lieu dans le siècle dernier à des controverses dont le souvenir vit encore dans les livres les plus élémentaires, et les exagérations de Pibrac ont eu de l'écho jusque parmi les chirurgiens qui vivaient soixante ans après lui. Notre intention n'est pas de nous occuper ici de la suture en général; nous accepterons sur son utilité, son efficacité et ses inconvénients, les idées qui ont cours aujourd'hui et qui nous paraissent justes en général. Nous nous supposerons en présence de cas où ce moyen de synthèse n'a que des avantages et pas d'inconvénient, et nous ne nous occuperons que de la matière des sutures, c'est-à-dire de la matière dont sont formés les fils; de leurs propriétés physiques et chimiques, de leur grosseur, etc. Nous ne voulons pas non plus nous arrêter trop longtemps sur les diverses espèces de sutures considérées dans leur mode d'application; tout ceci a son importance et prêterait à des considérations qu'on pourrait sans peine rajeunir; mais, nous le répétons, pour aujourd'hui notre cadre est plus restreint : nous ne rechercherons dans les sutures que l'influence de la substance dont le fil est formé. Ces considérations se rapporteront cependant plus spécialement à la suture entrecoupée; mais elles seront applicables, dans une certaine mesure, à toutes les autres variétés qu'on peut avoir à employer dans les diverses opérations chirurgicales.

Ce n'est pas la première fois que la question de la matière des fils à suture est posée au point de vue que nous envisageons; de tout temps il s'est trouvé des chirurgiens qui employaient les sutures métalliques, et nous verrons dans un instant que la plupart des motifs qui nous la font préférer aujourd'hui ont été invoqués autrefois. Au commencement de ce siècle, une autre idée poursuivait les chirurgiens, qui cherchaient dans la matière des fils à ligature des propriétés susceptibles de favoriser la réunion immédiate. On songeait à les faire absorber par les tissus, et l'on espérait enlever à la ligature des artères un de ses inconvénients en employant des substances organiques qu'on supposait devoir être sinon assimilées par les tissus environnants, du moins absorbées sans danger. Cette idée, malgré les tentatives diverses de Jameson, Lawrence, Watson (1), n'a pas eu en réalité beaucoup de succès, et nous le comprenons sans peine aujourd'hui, parce qu'une substance morte, desséchée et privée de toutes ses propriétés vitales, ne peut jamais se transformer en tissu vivant, et puis enfin parce que ces substances, malgré les préparations qu'elles ont subies, sont susceptibles d'éprouver des altérations chimiques qui ne sont rien moins que favorables à la réunion des plaies. Aujourd'hui c'est dans une voie tout opposée que nous cherchons des fils à suture propres à favoriser l'adhésion des tissus; nous ne songeons pas à les faire absorber, nous demandons à ce qu'ils soient tolérés sinon absolument, du moins mieux que les substances généralement employées, et, pour atteindre ce but, nous nous adressons aux fils métalliques, que nous regardons comme moins irritants que les substances organiques. Cette idée, nous le répétons, n'est pas neuve, et plus d'un chirurgien français s'y est attaché avant nous; mais il y a longtemps de cela, et c'est à la chirurgie américaine que revient l'honneur de l'avoir reprise dans ces derniers temps et de l'avoir répandue dans la pratique de beaucoup d'opérateurs, et en particulier des chirurgiens anglais (Simpson, Spencer Wells, Baker-Brown, etc.). On peut dire, du reste, que les sutures métalliques se retrouvent dans la pratique usuelle de tous les chirurgiens, même de ceux qui croient que la matière des sutures est par elle-même indifférente. Les épingles dont on se sert pour la suture entortillée ne sont que des fils métalliques rigides, et elles forment de vraies sutures métalliques, puisque l'épingle est la seule partie en contact avec les surfaces saignantes des tissus divisés. La rigidité de l'épingle, et par suite la constance de ses rapports avec les tissus qu'elle traverse, sont certainement la source principale de ses avantages, et c'est là un argument dont nous nous servirons tout à l'heure pour donner la préférence aux fils métalliques flexibles, il est vrai, mais rigides dans la position où on les a placés, là où les épingles ne sont pas applicables à cause de la configuration des parties. Il y a de plus une autre cause, c'est la tolérance plus grande de l'organisme pour les fils métalliques. Nous allons examiner avec soin cette dernière proposition; nous invoquerons l'analogie et l'expérimentation, et nous ferons voir combien sont peu soucieux de la physiologie ceux qui songent à réunir des plaies comme on réunit des parties inorganiques, et qui semblent croire que des fils larges et plats, parce qu'ils auront immédiatement

(1) Sam. Cooper, *Dictionnaire*, t. I, p. 131, et Velpeau, *Médecine opératoire*, t. II.

Digitized by Google

plus de prise sur les tissus, les maintiendront plus longtemps en contact. Si les fils métalliques coupent moins les tissus, c'est parce qu'ils sont mieux tolérés, qu'ils enflamment moins et ulcèrent plus lentement les parties qu'ils traversent. Mais cette ulcération ne peut être absolument évitée (du moins dans la plupart des cas); quelque tolérant que soit un tissu pour un corps qui le pénètre, il n'y en a pas moins quelques-uns de ces phénomènes de réaction qu'amène la présence de tout corps étranger, phénomènes en rapport avec la grosseur du fil employé. C'est donc une différence du plus au moins, ce n'est que cela; mais c'est beaucoup si cette différence est bien réelle et si elle peut être démontrée par l'expérimentation. Dans un grand nombre d'opérations où la perfection de la réunion est chose secondaire, il n'y aura pas d'avantage bien marqué à substituer les fils métalliques aux fils ordinaires; mais là où la réunion est tout le succès de l'opération, là où mille choses peuvent la compromettre, on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour la faire réussir. Cet avantage des fils métalliques est d'autant moins à dédaigner qu'il ne faut rien sacrifier pour l'obtenir. Un point sur lequel nous insisterons, c'est la supériorité des fils très fins. Nous avons été conduit à employer des fils de plus en plus fins, et actuellement nous nous servons pour certaines sutures de fils de fer aussi fins qu'un cheveu (fils capillaires). A ce propos, nous démontrerons que, pour une plaie dont les lèvres ont été rapprochées sans violence et ne subissent pas de tiraillement, il est erroné de croire qu'un fil fin coupe plus facilement qu'un fil gros. La simple notion de l'ulcération comme agent de section des tissus nous fera facilement comprendre que plus un fil sera mince, moins il enflammera et moins il ulcérera par conséquent. De là la possibilité de multiplier sans danger les points de suture pour perfectionner l'affrontement des lambeaux autoplastiques. Mais ce serait nous exposer à des répétitions que d'insister ici plus longtemps sur ces différentes propositions que nos expériences ont pour but d'établir.

§ I. — *Considérations historiques sur l'emploi des fils métalliques pour la* réunion *des plaies.*

Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que les fils métalliques sont employés dans la pratique chirurgicale. Il suffit de jeter un regard dans le passé pour voir qu'à toutes les époques il y a eu des chirurgiens qui se servaient de fils et d'épingles d'argent ou d'or pour certaines opérations. « L'or est ami de nature comme le plomb », disait Dalechamps en parlant de la ligature des hernies. (*Chirurgie française*, édition de Lyon, p. 404.) Ces traditions n'ont jamais été complétement perdues; et de nos jours même, dans le peuple, au milieu des préjugés qui se sont toujours perpétués sur la pratique de notre art, on trouve la trace de ce mode de pratiquer la réunion. On croit, dans certains pays, que les plaies doivent être cousues avec du fil d'or et d'argent, parce qu'ils enveniment moins les tissus. Je ne sais si c'est la raison qui a pu maintenir cette manière de coudre les plaies dans la pratique de quelques chirurgiens de campagne; on pourra peut-être y voir une arrière-pensée de rehausser le mérite et l'éclat d'une opération, mais il n'en est pas moins vrai que la véritable explication de leur utilité se retrouve dans la croyance populaire.

Du reste, à toutes les époques, on a pu remarquer la plus grande tolérance de l'organisme pour les corps métalliques en général. Les chirurgiens d'armée ont souvent insisté sur la facilité avec laquelle étaient tolérés certains projectiles, et sur le danger de laisser dans nos tissus des matières organiques, lambeaux de vêtement, esquilles osseuses, etc. Les boucles d'oreille sont un exemple journalier de cette tolérance. Les ornements de ce genre, dont les peuples sauvages ornent les diverses parties de leur visage et plus encore les pièces de monnaie que certains d'entre eux s'insinuent sous la peau des diverses régions du corps, sont des preuves plus frappantes encore. On pourra m'objecter que les tissus de l'homme civilisé ne seraient peut-être pas aussi complaisants. Je l'accorde : mais les faits ne manquent pas pour prouver que la même tolérance existe dans une certaine mesure. La facilité avec laquelle séjournent dans les tissus des grains de plomb, des éclats de capsule, des pointes d'aiguilles, des fragments de verre, est un fait connu de tout le monde, et sur lequel je n'ai pas besoin d'insister. Contrairement à cela, on citerait très peu d'exemples d'enkystement de corps étrangers d'origine végétale et animale. Il y a généralement alors un abcès qui ne se tarit que lorsque le corps étranger est éliminé. La tolérance de l'organisme pour les substances métalliques n'est pas évidemment absolue : c'est toujours un corps étranger qui peut être le point de départ d'une irritation et le centre d'un abcès, mais il y a une différence indiquée très nettement par beaucoup d'observations, et qui ne me paraît pas contestable.

Ce fait devait naturellement conduire à l'usage des corps métalliques dans la fabrication des fils destinés aux sutures, et plusieurs chirurgiens des siècles passés ont assez nettement accusé cette filiation de leurs idées.

Dans deux articles publiés dans le Medical Times (1858) et destinés à soutenir l'opinion que nous défendons aujourd'hui, M. Simpson a réuni un certain nombre de documents en faveur de l'ancienneté des sutures métalliques. En les rappelant brièvement (1), nous leur en ajouterons deux autres dus à Fabrice d'Aquapendente et à Percy, qui nous paraissent plus importants, parce qu'ils indiquent formellement le but que se proposait le chirurgien en abandonnant les fils de soie ou de chanvre, plus vulgairement employés.

On a écrit au XVI^e, au XVII^e siècle et même au XVIII^e, de nombreux mémoires, que dis-je? des volumes entiers pour déterminer la nature de ce que Celse appelait *acia* (2) (mot qui n'est employé qu'une fois par lui, et qui signifie une matière à coudre les plaies). Le dépouillement des pièces de ce procès, qui n'a pas été encore jugé, aurait peut-être quelque intérêt pour un archéologue passionné. Je n'ai pas eu le courage de l'entreprendre, rebuté, je dois l'avouer, par la lecture de la dissertation la plus connue, celle de J. Rhodius (de Padoue). Je ne m'inquiéterai donc pas de cela, et je ne chercherai pas même à savoir quelle était la forme réelle de l'agrafe, non-seulement de celle de Celse, que personne n'a pu deviner, mais même de celle des chirurgiens du moyen âge, qui ne paraissent pas trop semblables entre elles.

Sans parler de l'emploi des fils de métal pour certaines opérations de hernie et pour la réunion des plaies de certains organes divisés (langue, lèvres), je cite immédiatement l'auteur qui me paraît avoir le premier clairement exposé une théorie sur l'utilité des fils métalliques : c'est Fabrice d'Aquapendente. Dans le livre second des Opérations chirurgicales, où il discute la nature de l'agrafe de Celse, il dit que celle de Fallope était faite de filet, tandis que la sienne était une aiguille de fer ployable ou d'airain rendu aisé à plier par le moyen des charbons ardents, excepté vers sa pointe. Il introduisait ces aiguilles à travers les lèvres de la plaie, en rapprochant les deux bouts et les tordant l'un sur l'autre. Il veut démontrer que son aiguille est préférable à celle de Fallope, et puis il dit : « Que, s'il est permis » d'alléguer quelque paradoxe, je dirai que la mienne est meil» leure pour les raisons tirées du profit et dommage qu'elles » apportent, vu que l'agrafe de Fallope, faite de filet, mord la » chair partout, parce que le filet est rude et inégal, étant re» tord, mais l'aiguille est lisse et polie. Le filet, encore mordant » les lèvres de la plaie en travers, les ronge comme se voit par » expérience, mais l'aiguille ployable, ronde et lisse, ne fait

(1) John Rhodius, *De acia dissertat. ad C. Celsi mentem* (Copenhague, 1672) : « Filum lineum, sericum, xulinum, anicum, argentum, ferreum, plumbeum. » — Purmann (voy. Heister) parle des fils d'argent pour les plaies de la langue. — Mihles (*Elements of Surgery*) emploie les fils d'or et d'argent pour le bec-de-lièvre. — Guthrie (*Surgery of War*) parle des fils de plomb pour les moignons. — Mettauer (de la Virginie), 1832, etc. — Gosset, en 1834, employa les fils métalliques pour la suture vésico-vaginale. — Mac-Campbell (de Morgan), en 1846, fit usage des fils de platine.

(2) *Opérations chirurgicales*, t. II, p. 229, édition de Lyon, 1643.

Digitized by Google

» rien de tout cela : vous le voyez aux anneaux d'or et de fer » qu'on porte bien longtemps aux oreilles, quoiqu'ils soient » pendants. Outre ce, si on serre trop le filet, il vient parfois à » se rompre, ce qui n'arrive point à l'aiguille molle de fer ou » d'airain. Davantage le filet est une matière qui est tendue et » relâchée facilement, mais le fer ployable ne se relâche point. » Le filet vient lâche doublement, tant de sa nature que des » bords de la plaie qu'il ronge, d'où vient que, bien qu'il les » fasse joindre ensemble, il ne peut toutefois les y maintenir, » parce qu'ils viennent à s'ouvrir; mais l'aiguille ployable, » ronde et lisse, ne se relâchera point. Finalement le filet vient » à se pourrir aisément par la sanie et les sérosités, ce qui ne » peut être de l'aiguille de fer ou d'airain. Ajoutez-y, si vous » voulez, que l'airain et le fer ont la faculté de rafraîchir et » d'astreindre ce qui est fort propre à fermer la plaie, et c'est » une raison qui prouve et confirme bien la vérité du para- » doxe. » Ce passage est très remarquable ; les arguments qui y sont invoqués sont à peu près ceux que j'invoquerai moi-même tout à l'heure. Fabrice cependant traite cela de paradoxe, et le désavoue dans l'alinéa suivant. Mais ce désaveu porte plutôt sur son opinion touchant la nature de l'acia que sur les avantages du fer ployable sur le filet : « Quoique ce fût » autrefois mon opinion, dit-il, néanmoins, vu que le disciple » n'est pas plus que son maître, j'ai changé d'opinion, et me » tiens à celle de Fallope, que l'agrafe soit faite de filet (1). »

Après cette citation, faisons un saut de près de trois siècles et arrivons à Percy, qui, plus explicitement encore que Fabrice d'Aquapendente, indique les raisons de la supériorité des substances métalliques. Ce chirurgien employa le fil de plomb, et, pour obvier « au peu de solidité que l'on reprochait à ce métal » et à la facilité avec laquelle il s'oxydait au milieu d'un pus » infect, il essaya de faire tirer le plomb sur un fil d'or ou de » platine très fin, lequel lui sert comme de noyau et le fait ré- » sister à la fois aux actions chimiques, qui le décomposent le » *plus souvent*, et aux efforts de la torsion, qui souvent aussi » *le font casser*. »

« Ce moyen, dit M. Percy, qui n'a encore été conseillé par » personne, nous a réussi dans bien d'autres cas. On ne con- » naît pas assez l'utilité du fil de plomb en général, dans une » foule de circonstances, et cette utilité redouble encore par » l'addition dont il vient d'être parlé. Rien n'est plus utile » pour certaines sections qu'on ne peut se dispenser de prati- » quer. Nous l'avons bien des fois employé pour celle du bec- » de-lièvre, et jamais nous n'en avons vu manquer un seul » point. On serre et on relâche à volonté sans avoir de nœuds » à défaire et à refaire. Il suffit de tordre ou détordre, selon » le besoin ; et comme le fil est orbe ou rond, il n'a pas le » défaut de couper, qu'on reproche si justement aux fils ordi- » naires, et surtout à ceux dits en rubans ou juxtaposés. » Nous ajoutons qu'il irrite incomparablement moins, et que » le lien qu'il forme dans les parties à travers lesquelles il » passe peut prendre toutes les formes, au lieu que celui des » fils de chanvre, lin, soie, etc., est presque toujours circu- » laire, et ne peut affecter ni retenir aucune autre direction. » Et comment ne pas apprécier cette différence dans nombre » de cas où, en convertissant le cercle de l'anse, autrement » du lien de plomb, tantôt en un carré, tantôt en un triangle, » on obtient aussitôt une coaptation parfaite, à laquelle les fils » même les plus cirés se refusent invinciblement? On devine » bien que ces changements de forme s'opèrent par la seule » pression du fil de plomb sous un doigt ou entre deux » doigts. »

Mais jusqu'ici ce sont des opinions qu'on ne cherche pas à étayer sur des bases solides. L'expérimentation n'est venue que plus tard.

Les premières expériences que nous ayons à mentionner n'ont pas été faites pour la réunion des plaies; c'est pour les ligatures des artères, mais comme elles sont fort bien faites, et qu'elles prouvent très bien la tolérance de l'organisme pour les corps métalliques, nous allons les analyser brièvement. L'auteur en est M. Henry Levert de l'Alabama ; elles sont consignées dans le JOURNAL DES PROGRÈS, t. XVII.

Physick avait été conduit à imaginer ces ligatures par l'idée de la tolérance plus grande des corps métalliques pour les divers tissus de l'économie ; mais on ne les avait pas encore essayées, au dire de Levert, et ce fut pour voir ce qu'on pouvait en espérer qu'il fit les expériences suivantes :

Il prit vingt et un chiens sur lesquels il lia la carotide ou la crurale avec des fils de diverses substances. L'artère était isolée, puis entourée d'un fil que l'on serrait fortement; on réunissait ensuite la plaie par première intention. Quelle que fût la nature du fil appliqué autour de l'artère, le vaisseau se trouvait oblitéré dans une certaine étendue, et la réunion immédiate de la plaie extérieure s'obtenait généralement; mais ce fut autour de la ligature que s'observèrent des différences importantes.

Cinq expériences furent faites avec du fil de plomb. A l'autopsie, on trouva le fil au milieu des tissus, non-seulement sans kyste ni abcès, mais sans trace d'inflammation ; il était enveloppé par un tissu cellulaire épaissi. La tolérance était parfaite.

Trois expériences furent faites avec du fil d'or; trois avec du fil d'argent; trois autres avec du fil de platine. Dans ces neuf expériences, même résultat qu'avec les fils de plomb.

Deux expériences furent faites avec un fil de soie ciré. Réunion immédiate de la peau; mais au bout de quatorze jours, à l'autopsie, on trouva la ligature au milieu d'*un abcès*.

Dans trois autres expériences faites avec un fil de caoutchouc, il y eut deux fois du pus et une fois un kyste autour de la ligature.

Dans deux dernières expériences enfin faites avec une substance végétale (non spécifiée), le nœud de la ligature fut trouvé au milieu d'un kyste à surface humide et inégale n'embrassant pas étroitement la ligature.

Dans ces expériences, la supériorité des fils métalliques comparés avec des fils d'origine organique est de toute évidence. Les premiers sont tolérés comme s'ils faisaient partie intégrante des tissus ; les autres occasionnent un abcès ou s'isolent par un kyste.

Dieffenbach employa, dès 1826, les sutures en fil de plomb pour la staphylorrhaphie ; mais il paraît ne pas s'être occupé de l'irritation plus ou moins grande que tel fil avait occasionnée. Il ne préférait les fils de plomb que parce qu'ils se fixaient par la torsion plus facilement que les autres (Simpson, *loc. cit.*). Le même chirurgien employait encore pour certaines opérations de la face des épingles fines et longues, dont il rapprochait les bouts pour les tordre ensemble, comme l'avaient déjà conseillé plusieurs anciens, et comme on le pratique aujourd'hui pour les fils d'argent et de fer.

En 1832, Mettaüer (de la Virginie) employa les fils de fer pour une restauration du périnée; il les laissa six semaines en place.

En 1845, M. Marion Sims (de New-York) eut l'idée de remplacer les fils de soie par les fils d'argent pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, et en 1848, dans un discours un peu étrange lu devant l'Académie de médecine de New-York, il en généralisa l'emploi aux principales opérations de la chirurgie. C'est à cette occasion qu'il proclama sa découverte comme le couronnement de la chirurgie du XIXe siècle (1). Quelque ancien que soit un pareil panégyrique, et quelque défiance qu'il soulève, nous devons reconnaître cependant qu'il fut le point de départ des tentatives qu'on a faites en Angleterre et en Amérique pour modifier la pratique ordinaire dans la réunion des plaies. Il inspira les leçons et les expériences de M. Simpson, qui ont fait entrer cette question dans une voie véritablement scientifique. C'est, du reste, sous l'influence de l'éminent professeur d'Edimbourg que les sutures métalliques se sont répandues dans le Royaume-Uni pour y acquérir la vogue dont elles

(1) *The Great Achievement of the Nineteenth Century.*

Digitized by Google

jouissent aujourd'hui auprès d'un grand nombre de chirurgiens.

En France, la plupart des auteurs classiques ont mentionné les sutures métalliques (Dupuytren, Velpeau, etc.); mais aucun ne leur consacre une appréciation détaillée, et ne songe à les substituer d'une manière générale aux sutures organiques. Les auteurs du Compendium les ont nettement repoussées : ils n'accordent aucun avantage aux fils métalliques, et l'accusent de déchirer plus facilement les tissus, parce qu'ils ne cèdent pas lorsque survient le gonflement inflammatoire de la plaie (1).

Nous ne discuterons pas ici l'explication qu'ont invoquée les auteurs de ce *Traité* si justement placé au premier rang de nos livres classiques, le reste de notre travail devant être d'un bout à l'autre une réponse à leurs objections.

Parmi les chirurgiens français qui, avant M. Marion Sims, ont parlé avantageusement des sutures métalliques, nous devons citer Vidal (de Cassis) (2). Il reconnaît qu'elles sont moins irritantes que les sutures avec le fil ordinaire. Ses nombreuses opérations de varicocèle lui avaient démontré la tolérance du tissu pour les fils d'argent.

Les documents que nous avons rappelés nous ont paru intéressants au point de vue historique; mais, en démontrant l'ancienneté de l'usage des fils métalliques, ils n'enlèvent rien au mérite du chirurgien américain, qui a réhabilité et vulgarisé une pratique oubliée, et dont on avait généralement méconnu les avantages. Il y a quelquefois autant de gloire à réhabiliter une chose oubliée et mal comprise qu'à en concevoir la première idée.

Dans ces derniers temps, la question des sutures métalliques a été formellement posée en France avec la méthode américaine pour les fistules vésico-vaginales. MM. Verneuil (3) et Follin (4) en ont fait ressortir l'importance à propos de cette opération; ils ont adopté la manière de voir de ceux dont ils nous faisaient connaître les travaux, et ont considéré les fils métalliques comme moins irritants que les fils végétaux. Ce point admis, on était conduit tout naturellement à faire bénéficier d'autres opérations des avantages de ce mode de suture, et, sans nul doute, beaucoup de chirurgiens ont dû employer les fils métalliques dans une foule de cas. Parmi ceux qui se piquent d'être au courant de la science, il n'en est probablement aucun qui n'ait déjà par devers lui quelque tentative de ce genre. Mais soit que ces essais n'aient pas encouragé leurs auteurs à persévérer dans cette voie, soit qu'ils leur aient fourni des résultats contraires à ceux qu'ils attendaient d'après les succès annoncés par les journaux américains, les chirurgiens qui emploient les sutures métalliques sont encore l'exception parmi nous, et nous n'en connaissons guère qui aient résolûment renoncé aux fils organiques. Il manque des faits précis et des expériences comparatives pour fixer les idées sur ce point, et légitimer un changement durable dans la pratique habituelle. Dans une discussion récente (5), postérieure à la communication de nos expériences à la Société de chirurgie, MM. Richet et Bauchet, etc., ont paru peu favorables aux fils métalliques, et leur ont même reproché d'avoir été inférieurs dans des opérations d'uréthroplastie aux fils vulgairement employés. Cette divergence d'opinion m'engage à publier *in extenso* ce travail, dont les conclusions avaient déjà été reproduites par plusieurs journaux. Avant cette discussion, du reste, l'utilité des sutures métalliques avait été contestée, et cette fois au nom de l'expérimentation. Au mois de décembre dernier, en même temps que nous, M. Malgaigne fit quelques expériences comparatives sur les diverses sutures; M. Labbé, prosecteur de la Faculté de Paris, les a reproduites dans sa thèse (6), et en a tiré des conclusions peu favorables aux fils métalliques. L'avantage de ces derniers y paraît, en effet, ou douteux ou insignifiant; mais ces expériences (au nombre de trois seulement) sont peu nombreuses, et nous pensons que si M. Malgaigne les eût multipliées, et eût choisi des plaies plus étendues, et présentant par cela même plus de points rigoureusement comparables, il eût obtenu des résultats plus nets. La première expérience est cependant favorable à notre opinion; quant aux deux autres, elles ne sont pas concluantes, et laissent la question indécise. Nous avons observé plusieurs faits de ce genre qui ne nous ont permis de conclure ni pour ni contre, par suite de diverses circonstances qui faisaient échouer tous les genres de suture. Du reste, la meilleure manière de résoudre la question c'est de rapporter des observations plus nombreuses, à éléments plus comparables, et c'est ce que nous allons faire immédiatement. En déterminant les cas dans lesquels les fils métalliques sont supérieurs aux fils ordinaires, et en cherchant à expliquer cette supériorité, nous éloignerons toute cause d'erreur, et nous parviendrons à simplifier le problème, qui est plus complexe qu'on ne le croirait tout d'abord.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I.
(2) *Traité de pathologie externe*, t. I, art. Suture.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1859.
(4) *Archives générales de médecine*, 1860.
(5) Séances de la Société de chirurgie.
(6) *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme par la méthode française*, par Léon Labbé.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *le Ministre d'État* transmet une ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. *Blanchard* à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. *Geoffroy Saint-Hilaire*.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Blanchard* prend place parmi ses confrères.

Physiologie. — *Détermination du nœud vital ou point premier moteur du mécanisme respiratoire dans les vertébrés à sang froid*, par M. *Flourens*. — Dans les animaux à sang chaud, si je coupe transversalement la moelle allongée, en faisant passer la section juste au centre du *V de substance grise*, tous les mouvements respiratoires de l'animal sont abolis sur-le-champ et simultanément, et l'animal meurt.

Les choses ne se passent pas tout à fait ainsi dans les vertébrés à sang froid.

Je puis couper transversalement sur un *Batracien*, sur une *grenouille*, la moelle allongée au point premier moteur du mécanisme respiratoire, au *point vital*, sans que l'animal meure. L'animal, qui ne respire plus par son mécanisme respiratoire, par ses narines, par sa gorge, par ses poumons, respire par sa respiration cutanée, par sa peau, c'est-à-dire par l'action de l'eau aérée sur sa peau, et il vit.

Il vit; mais, et ceci est le point fondamental de l'expérience, est toute l'expérience, quelque temps qu'il survive, le jeu du mécanisme respiratoire, aboli dès l'instant même de la section, ne reparaît plus.

Quel est donc le lieu précis où réside le *nœud vital* dans les vertébrés à sang froid? Ou plutôt, quelle est la marque extérieure de ce point précis? Dans la grenouille, c'est l'espèce de pont que forme, sur le plancher du quatrième ventricule, le cervelet, d'ailleurs très petit, de ces animaux.

Si, sur une grenouille, on coupe transversalement la moelle allongée, en faisant passer la section juste derrière le cervelet, on abolit immédiatement et sans retour tous les mouvements respiratoires.

La même chose a lieu dans les *salamandres*.

Les poissons ont aussi un *nœud vital*.

Si, sur un poisson, sur une carpe par exemple, la moelle

allongée est coupée transversalement, en faisant passer la section juste derrière le cervelet, tous ces mouvements si nombreux et si compliqués, tout le jeu de ce mécanisme des mâchoires, des opercules, des rayons branchiostéges, des arcs branchiaux, des branchies, tout cela est aboli sur-le-champ et ne reparaît plus.

Mais l'animal ne survit pas, comme la grenouille et la salamandre, parce que le poisson n'a pas de seconde respiration, de respiration cutanée.

Chirurgie. — *Compte rendu des opérations de lithotritie pendant l'année 1861*, par M. le docteur *Civiale*. — Dans le cours de cette année, j'ai traité 66 malades qui étaient affectés de la pierre, 52 pour la première fois, et chez les 14 autres le calcul s'était reproduit à la suite de traitements antérieurs.

61 de ces malades ont été opérés : 51 par la lithotritie, l'opération a réussi dans 49 cas; 10 ont été taillés : 4 sont morts, 6 sont guéris; 5 n'ont pas été opérés parce que le calcul était trop gros et les organes avaient trop souffert : 2 de ces malades sont morts, 3 continuent de vivre.

Ainsi tous ceux qui sont affectés de la pierre ne se présentent pas dans des conditions également favorables au traitement. 31 des plus heureusement placés, chez lesquels une petite pierre formait à elle seule toute la maladie, ont obtenu une guérison prompte et facile.

35 des nouveaux opérés n'ont pas eu cette prudence. Ayant gardé la pierre trop longtemps, il s'était formé dans les organes des états morbides que tous les praticiens connaissent, et qui agissent à des degrés divers sur l'exécution et le résultat de l'opération.

Lorsque la pierre est très volumineuse, l'espace manque pour exécuter dans la vessie les mouvements nécessaires; la manœuvre devient incertaine, et l'opérateur n'a d'autre guide que ses sensations tactiles.

La lithotritie ne doit être appliquée, dans ces circonstances, qu'avec une grande réserve. Voilà pourquoi j'ai soumis à la *cystotomie à peu près le* quart des calculeux qui ont réclamé mes soins. C'est, en effet, aujourd'hui la part qui est faite à chaque opération; les trois quarts des malades peuvent être utilement traités par la nouvelle méthode.

10 malades ont été opérés par la taille, les uns par nécessité, tout autre moyen se trouvant contre-indiqué, les autres par préférence.

5 de mes opérés par la cystotomie avaient en même temps de grosses pierres et des tumeurs dans la vessie. Ces dernières sont plus gênantes pour la manœuvre de la lithotritie que pour la taille.

J'ai observé cette année à l'hôpital un cas assez rare, et qui offre de l'intérêt, surtout au point de vue de la lithotritie.

Une jeune femme qui avait été traitée à l'Hôtel-Dieu fut reçue à l'hôpital Necker, présentant quelques signes ordinaires de la pierre : celle-ci fut, en effet, constatée, et quelques jours après je commençai le traitement.

La première pierre, saisie avec un lithoclaste spécial, était peu volumineuse ; j'en fis immédiatement l'extraction. Il suffisait de la voir pour reconnaître que cette femme l'avait introduite par l'urèthre dans la cavité vésicale. Je ne tins pas compte de la supercherie, et j'ai retiré de la vessie de cette femme seize cailloux que je mets sous les yeux de l'Académie.

Les faits qui précèdent, réunis à ceux que j'ai recueillis en 1860, font un total de :

120 calculeux : 115 hommes, 5 femmes.

88 ont été opérés par la lithotritie : 3 sont morts, 79 sont guéris, 6 conservent des troubles fonctionnels qui ne dépendent ni de la pierre ni de l'opération.

17 ont été opérés par la taille : 8 sont guéris, 2 conservent des fistules, 7 sont morts.

15 n'ont pas subi d'opération : 6 sont morts, 9 continuent de vivre.

MM. *Escallier* et *Franceschini* présentent un mémoire intitulé : *Propriétés thérapeutiques de l'huile dite des Alpes*. (*Comm.* : MM. Andral, Cl. Bernard.)

L'Académie renvoie à l'examen de la commission du legs Bréant deux lettres écrites en allemand : l'une adressée d'Amorbach (Bavière) par MM. *Haas* et *Tonelia*, et relative à un remède contre les *dartres*, dont ils offrent de faire connaître la composition et le mode d'administration; l'autre, envoyée d'Augsbourg par M. *Leonh. Zimmermann*, concernant un remède contre le *choléra-morbus*, qu'il serait disposé à faire connaître sous certaines conditions.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

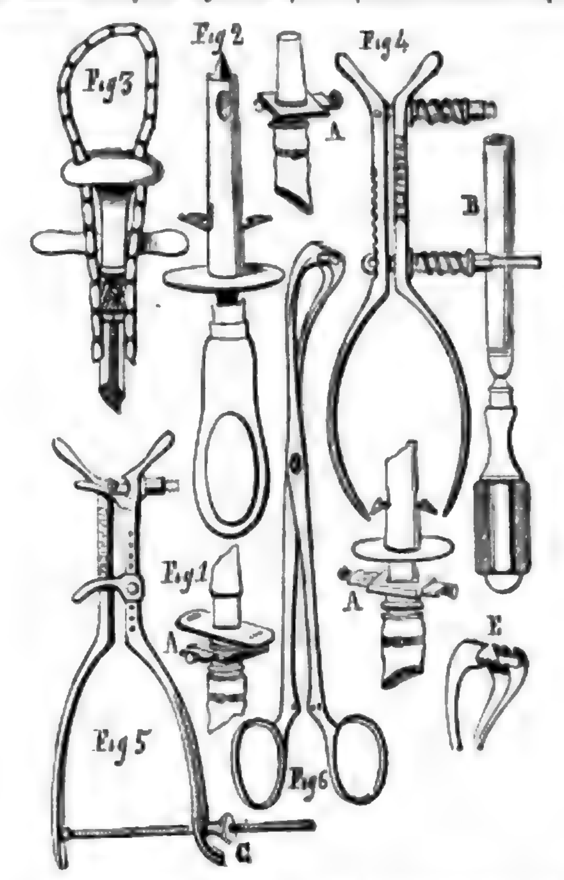
Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Laderèze* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Galmier (Loire) pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Des rapports d'épidémies, par MM les docteurs *Bernard* (de Prangey), *Lemaire* (de Cosne), *Mialet* (de Gourdon), *Prévôt* (d'Hazebrouck), *Monot* (de Moux) et *Barrère* (de Prades). — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Finistère, du Jura, de l'Allier, de la Moselle, de la Drôme et de l'Ariége. (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *La Corbière* (de la Roselle) et *Imbert-Gourbeyre*, qui sollicitent le titre de membres correspondants. (*Commission des correspondants nationaux*.) — *b*. Une observation d'angine de poitrine suivie d'ictère grave, par M. le docteur *Labalbary* (de Bourg-la-Reine). (*Comm* : M. Desportes.) — *c*. Une lettre de M. *Arthur Chevalier*, qui signale un perfectionnement introduit par lui dans la construction de l'ophthalmoscope. (*Comm.*: M. Gavarret.) — *d*. Un pli cacheté déposé par M. *Bouchut*. (*Accepté*.)

3° M. *J. Charrière* adresse la note suivante :

« M. Nélaton nous ayant chargé de fabriquer les premiers instruments d'après l'idée



de ceux employés en Angleterre pour l'ovariotomie, ce chirurgien nous a fait ajouter un tuyau en caoutchouc au trocart qui était courbe.

« Immédiatement après l'opération pratiquée à Saint-Germain, MM. Nélaton et Demarquay nous ont indiqué : 1° de faire le trocart plus long, plus gros et droit, muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule; 2° d'ajouter une denture

Digitized by Google

aux mors de la pince destinée à maintenir le pédicule, ainsi que le moyen de régler à volonté l'étendue de la prise des mors ; 5° de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste.

» Les trocarts que nous avons fabriqués le lendemain de l'opération sont : l'un à collet, à la base de la canule (fig. 1) ; l'autre est muni de deux ailerons (fig. 2). Ces derniers se développent en retirant la tige.

» Depuis, nous avons mobilisé la plaque d'après l'avis de M. Maisonneuve.

» Le robinet AAA est à coulisse tel que notre modèle de trocart à empyème, qui est d'une grande légèreté ; au besoin, une grosse serre-fine ou une pince à point d'arrêt appliquée sur le tuyau pourrait peut-être suffire.

» Nous avons proposé à M. Nélaton plusieurs genres de constricteurs ci-après :

» Fig. 3. — Constricteur avec une corde ou une chaîne très épaisse, pressant par l'action d'un treuil ou de la vis.

» Fig. 4. — Pince à pression parallèle et continue disposée pour limiter l'étendue des mors. On serre les deux vis latérales sur leur ressort en spirale avec la clef B.

» Fig. 5. — Pince à pression parallèle. L'étendue des mors est produite au moyen du curseur qui l'arrête à tous les degrés ; la pression continue s'opère par l'élasticité des branches sur lesquelles l'écrou C agit progressivement.

» Dans une précédente note, nous avons figuré une pince avec des mors, à coulisse et à pression continue comme la précédente.

» Une pince à pression parallèle et continue, l'étendue des mors se modifie à la volonté du chirurgien ; la pression se fait par la vis latérale, comme celle figure 5. Comme on le voit, l'instrument n'a que cette seule vis.

» Nous avons également appliqué à la pince du premier modèle un demi-cercle mobile qui détermine l'étendue des mors de la pince et produit la pression graduée avec une vis placée à la partie postérieure ; le quart de cercle est à crémaillère.

» Notre ancienne pince à artères, à pression continue légèrement modifiée, suffirait peut-être.

» M. Boinet nous a donné les indications pour faire une pince à doubles branches et une vis à chaque bout.

» Fig. 6. — Pince à dents multiples et à point d'arrêt vue des anneaux pour saisir le kyste E.

» F. Les deux mors vus dans une deuxième position. »

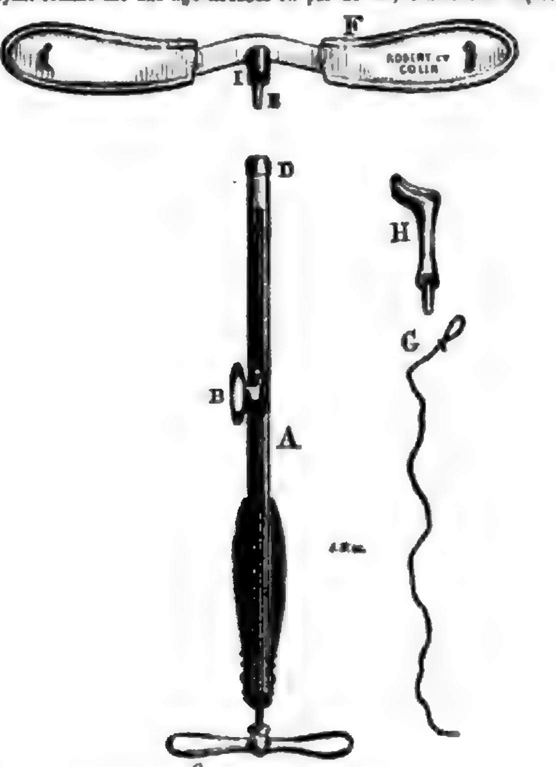
M. *Larrey* offre en hommage le *Compte rendu des séances de la Société de chirurgie*.

M. *le Président* annonce la mort de M. le docteur *Bretonneau* (de Tours).

Lectures.

Obstétrique. — M. le docteur *Joulin* présente, sous le nom d'*aide-forceps*, un instrument destiné à terminer l'accouchement dans les cas de rétrécissements du bassin, où le forceps, aidé de la main seule, est impuissant, et il donne de cet instrument la description suivante :

L'instrument se compose : 1° d'une canule A en acier de 34 centimètres de longueur, ayant comme axe une tige taraudée en pas de vis, munie d'un taquet-écrou



mobile D, qui monte ou descend lorsqu'on tourne la poignée C de la tige ; 2° un point d'appui F, pièce métallique rembourrée sur les points qui doivent se trouver en contact avec la femme. Le bord inférieur I est mousse et forme une poulie de réflexion sur laquelle glissera le lacs, de manière que les tractions se fassent dans les axes des détroits sans froisser la vulve et le vagin ; 3° un lacs G, corde dont la résistance déterminée au dynamomètre ne doit pas dépasser 75 à 80 kilogrammes.

Le forceps, — quel que soit son modèle, — étant appliqué selon les règles ordinaires sur la tête du fœtus, on passe le lacs dans les deux fenêtres de ses cuillers. Le point d'appui articulé en E, on le place en rapport avec les ischions, sur le sillon fémoro-fessier de la malade, les cuisses étant fléchies sur l'abdomen. Alors on attache les deux extrémités du lacs au taquet-écrou B de la canule, et la vis mise en mouvement opère une traction *progressive et continue* sur le lacs qui entraîne lentement au dehors le forceps et la tête du fœtus.

Le lacs agit d'une double manière : non-seulement il entraîne le forceps, mais, en passant par les fenêtres, il rapproche les cuillers avec une puissance qui augmente en raison de la résistance.

Les expériences nombreuses que j'ai pratiquées depuis plus d'une année à l'École pratique avec l'aide-forceps ont mis en lumière des faits nouveaux, lesquels seront le sujet d'un mémoire que j'aurai prochainement l'honneur de communiquer à l'Académie.

Je me bornerai pour l'instant à signaler un résultat intéressant que j'ai pu faire franchir à des fœtus à terme ayant les diamètres céphaliques normaux, des bassins viciés ne présentant dans leur diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur, au lieu de 11 centimètres, qu'un passage de 5, 6 et 7 centimètres. Ce dernier, le seul qui permette d'espérer des enfants vivants, a pu être franchi au moyen d'une force minimum de 32 kilogrammes à un maximum de 77 kilogrammes. J'étais encore loin, comme on le voit, d'atteindre la limite de la force moyenne de l'homme, évaluée à 130 kilogrammes par M. Delaunay dans son *Traité de mécanique*. J'ajouterai que, par les procédés actuels, on a recours au céphalotribe lorsque les rétrécissements laissent un passage de 8 centimètres.

Il suffit d'articuler le bec d'écraseur H avec la canule pour avoir un *écraseur linéaire* qui fonctionnera avec la chaîne de M. Chassaignac ou avec la corde métallique de M. Maisonneuve.

L'instrument a été construit par MM. *Robert* et *Colin* sur mes plans et indications.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. (Nous avons donné la liste de présentation dans notre dernier numéro, p. 123.)

Le nombre des votants étant 76, et la majorité 39,

MM. *Béclard* obtient	55 voix ;
Sappey	19 —
Verneuil	1 —
Béraud	1 —

En conséquence, M. *Béclard* est proclamé membre titulaire de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Gosselin* rappelle la phrase de son rapport qui a provoqué la discussion pendante. Il résulte des débats, ajoute l'orateur, que l'assertion que j'ai émise alors a reçu une pleine confirmation dans cette enceinte : la mortalité est plus grande dans les hôpitaux de Paris que dans la plupart des hôpitaux étrangers, et notamment dans ceux de Londres. »

Je crois maintenant, comme au début de la discussion, que cette différence dans la mortalité reconnaît pour cause principale la différence des conditions hygiéniques de nos hôpitaux et des hôpitaux étrangers.

Quelles sont donc les conditions hygiéniques qui exercent une si puissante influence sur le développement des accidents consécutifs aux grands traumatismes? Je regrette de le dire, mais ce n'est pas là-dessus qu'ont porté jusqu'à présent les recherches de nos devanciers et de nos contemporains. Ainsi l'infection purulente et l'infection putride, l'érysipèle et la fièvre puerpérale ont été soigneusement étudiés dans leur anatomie et leur physiologie pathologique, dans leur symptomatologie et dans leur marche ; mais que savons-nous des conditions précises qui président à l'apparition et au développement de ces graves complications? — Je le répète, aucune investigation sérieuse n'a été tentée dans le but de résoudre cette immense question.

Cependant on s'accorde à attribuer une importance considérable, une influence de premier ordre à l'encombrement et à la viciation de l'air dans l'étiologie de ces redoutables ma-

Digitized by Google

ladies ; et cette opinion, généralement accréditée, repose sur des faits concluants. Ainsi, chacun sait que les accidents signalés plus haut éclatent principalement dans les grands hôpitaux et dans les grandes villes, tandis qu'ils sont infiniment plus rares dans la pratique civile et dans les campagnes.

Il semble que cette notion étiologique, si légitimement acquise, eût dû conduire à l'adoption de certaines mesures préventives, à la formule d'une série de précautions et de moyens capables de prévenir ou d'enrayer le développement de pareils désastres. Mais jusqu'à ce jour, on n'a eu recours qu'à des expédients insuffisants et à des mesures imparfaites.

Les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, MM. Malgaigne, Piorry, Renault, Devergie et Larrey ont surabondamment démontré l'influence funeste de l'encombrement et la nécessité d'aérer largement les salles de nos hôpitaux. Les écrits remarquables de MM. Topinard, Le Fort et Chalvet viennent à l'appui de ces idées, et ajoutent un nouvel et important témoignage aux preuves précédemment citées. Presque tous les médecins et les chirurgens sont donc unanimes pour proclamer l'action désastreuse de l'encombrement de nos hôpitaux.

MM. Topinard et Le Fort ont recherché si, parmi les causes des différences de mortalité, qui existent entre nos hôpitaux et ceux des Anglais, il ne faudrait pas tenir compte encore de certaines dispositions intérieures, de quelques détails matériels et aussi de la manière dont les pansements sont pratiqués.

Quant aux dispositions intérieures, aux détails matériels, il est incontestable qu'ils sont mieux entendus et plus heureusement organisés à l'étranger qu'en France ; à Londres et à Vienne, par exemple, qu'à Paris. J'ai sous les yeux une note que vient de m'adresser M. Marjolin, et qui fait foi de ce que j'avance. Il y a notamment dans cette lettre des documents intéressants en ce qui concerne les soins de propreté, le linge, la literie, le balayage des salles, l'institution de salles de rechange, l'établissement de salles et de réfectoires spéciaux destinés aux *convalescents, etc.* (Voir cette note, p. 130.)

La plupart de ces points ont été contestés par M. Davenne, qui, avec une parfaite bonne foi et une remarquable habileté, a cherché à démontrer que nos hôpitaux n'étaient en rien inférieurs à ceux des pays étrangers en ce qui concerne l'entente et la disposition des détails hygiéniques. M. Davenne, alors, s'appuyant sur les assertions de MM. Topinard et Le Fort, s'est efforcé de prouver que la différence des résultats, dans la pratique chirurgicale des hôpitaux de Paris et des hôpitaux de Londres, devait tenir surtout à la différence dont les pansements étaient pratiqués chez nous et de l'autre côté du détroit.

Je ne puis accepter cette explication. Les pansements sont faits avec autant de soin, autant de méthode à Paris qu'à Londres. Les procédés sont différents, dira-t-on. Mais nous avons essayé à Paris tous les procédés de pansement imaginables ; nous avons expérimenté toutes les méthodes, anciennes et nouvelles, et nous avons mis en usage tous les topiques préconisés. Rien n'a fait, rien n'a prévalu contre l'insalubrité de nos hôpitaux ; rien n'a été assez efficace, assez puissant pour prévenir les accidents consécutifs aux grands traumatismes, ni pour diminuer le nombre ou la gravité des complications.

D'ailleurs, les chirurgiens de province n'emploient pas d'autres pansements que nous ; et pourtant ils sont loin d'avoir la même mortalité parmi leurs blessés et parmi leurs opérés.

Autre raison : les accidents sont aussi fréquents sur nos malades après les opérations qui ne réclament aucun pansement qu'à la suite de celles qui en exigent.

Et les accouchements ! Attribuera-t-on à un mode particulier de pansement, la fièvre puerpérale si commune dans les hôpitaux de Paris ?

Assurément non ! Il faut donc exonérer les pansements de l'accusation qu'on veut faire peser sur eux, et chercher ailleurs la cause de notre mortalité.

Il est vrai, comme l'a fait observer M. Davenne, et comme l'a exprimé M. Husson, dans sa lettre à l'Académie, nos hôpitaux présentent au dehors des conditions hygiéniques meilleures, plus satisfaisantes, que les hôpitaux de Londres. Mais tout cela est *extérieur*, et n'est qu'*apparent*. Au dedans, tout est bien différent ; et c'est là, c'est quand on pénètre dans nos salles, qu'on trouve des différences profondes à l'avantage des hôpitaux de Londres et au détriment des hôpitaux de Paris.

Faut-il s'en prendre à l'administration ? Non, cent fois non ! il faut nous en prendre à nous-mêmes qui, jusqu'à présent, ne nous sommes pas suffisamment préoccupés de ces questions-là, qui n'avons pas signalé à l'administration les vices de l'état actuel des choses, et qui n'avons pas appelé sa sollicitude sur cette fâcheuse situation. Nous nous lamentions sur les déplorables résultats de nos opérations ; nous les mettions sur le compte de la fatalité, et nous nous consolions volontiers en nous figurant qu'il devait en être ainsi dans tous les établissements hospitaliers situés au milieu des grands centres de population.

Mais aujourd'hui que des statistiques sérieuses, que des faits comparatifs sont venus détruire nos illusions, et nous prouver que les chirurgiens étrangers obtenaient des résultats plus satisfaisants, nous nous sommes justement émus et nous voulons pénétrer la cause de nos revers chirurgicaux dans la pratique nosocomiale.

Aussi, est-il du devoir de chacun, médecin ou chirurgien, d'apporter dans ce débat le tribut de son savoir et de son expérience.

Je voudrais, quant à moi, une plus grande dissémination des malades dans nos salles et une aération plus large, plus complète. Je voudrais qu'on étudiât sérieusement les questions relatives aux soins de propreté, au mode de balayage, au linge, à la literie, aux rideaux, aux latrines et surtout au rechange des salles. Voilà pour les hôpitaux anciens. On pourrait, sans trop de frais, y introduire, sous ces différents rapports, les modifications dont l'usage a démontré l'opportunité dans les hôpitaux étrangers.

Pour les hôpitaux nouveaux, je voudrais des pavillons isolés, des étages peu nombreux, des salles petites, renfermant peu de lits, et des procédés d'aération qui ne laissassent rien à désirer.

Toutes ces questions touchent essentiellement à l'hygiène ; elles sont du ressort des médecins et des chirurgiens ; ce sont elles surtout qui doivent préoccuper l'Académie. Les autres, celle par exemple de la création d'un comité spécial d'hygiène de l'assistance publique, proposée par M. Devergie, regardent plus particulièrement l'administration. Je crois que l'Académie n'a pas à les résoudre.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Cinq observations d'ovariotomie, par M. Spencer Wells.

L'ovariotomie est en ce moment une des questions à l'ordre du jour de la chirurgie française. Déjà en Angleterre on compte un grand nombre d'opérations dont la plupart ont déjà été rapportées dans le travail remarquable de notre collaborateur M. Worms (*Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 612 à 801). Un des chirurgiens anglais qui pratique le plus souvent l'ovariotomie, M. Spencer Wells, chirurgien de Samaritan hospital, à Londres, publie dans le Medical Times and Gazette l'observation de toutes ses opérées. Vingt-quatre cas ont déjà été publiés en mai 1861 ; nous avons cru intéressant de rapporter cinq autres observations du même chirurgien, contenues dans le même journal.

Obs. XXV. — C. B..., âgée de trente-quatre ans, non mariée, vint demander mes soins en 1860. Elle portait un kyste ovarique multiloculaire,

et avait été renvoyée comme incurable de l'hôpital où elle avait été reçue. Je lui proposai l'ovariotomie, mais elle refusa, et pendant dix-huit mois se soumit sans succès à un traitement palliatif. M. Fergusson me l'adressa le 22 juin 1861. A cette époque, elle ne pouvait dormir qu'assise sur une chaise; les jambes étaient œdématiées; l'abdomen mesurait 60 pouces (1^m,50), de circonférence 16 pouces (40 centimètres) de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et 13 pouces (32 centimètres) de l'ombilic à la symphyse pubienne. L'ovariotomie fut faite le 25 juin. Il s'écoula d'abord 35 pintes de liquide, puis nous retirâmes avec quelque peine une masse demi-solide du poids de 20 livres. Le pédicule fut retenu hors de la plaie. La malade alla bien jusqu'au quatrième jour de l'opération; mais elle devint subitement très malade et mourut. L'autopsie montra des traces de péritonite aux environs du bord antérieur du foie.

Suivant M. Spencer Wells, l'insuccès de ce cas doit être attribué surtout à l'époque avancée de la maladie à laquelle l'opération a été faite. La santé était très détériorée, la tumeur énorme, et il regrette que l'ovariotomie n'ait pu être faite dix-huit mois plus tôt, à l'époque où il la proposa à la malade.

Obs. XXVI. — Une femme âgée de trente et un ans fut reçue à Samaritan hospital le 2 juillet dernier; mariée en septembre 1860, elle avait vu ses règles, jusque-là régulières, s'arrêter après trois semaines de mariage. Huit jours auparavant, elle avait éprouvé une vive douleur dans les deux flancs, surtout à droite, et elle s'aperçut bientôt du développement irrégulier de l'abdomen de ce côté. En octobre, on lui fit à Guy's une ponction qui donna issue à trois seaux de liquide. Elle subit ensuite à des intervalles de quatre à cinq semaines six autres ponctions. A la dernière, on constata l'existence de kystes secondaires. Lors de l'admission, la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic était de 53 pouces, la distance de l'apophyse ensiforme au pubis de 34. L'émaciation était très considérable, le pouls à 120. Il fallut chercher à améliorer la santé avant de pratiquer l'ovariotomie.

Le 8 juillet, M. Spencer Wells retira 28 pintes de liquide par la ponction d'un large kyste placé au-dessus de l'ombilic. Il y eut un peu de soulagement; deux jours après il fit une seconde ponction, et retira 33 pintes d'un autre kyste situé sous l'ombilic. Les kystes se remplirent de nouveau, et l'on se décida à faire l'ovariotomie. L'opération fut faite le 17 juillet. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva dans la cavité péritonéale quelques pintes de liquide provenant de la ponction du dernier kyste. On déchira quelques adhérences pariétales assez étendues, et les kystes furent enlevés. Le pédicule fut attaché sans difficulté. Il y eut, dans les quelques heures qui suivirent l'opération, une grande tendance aux vomissements (laudanum et lavement). Pouls 110, nuit bonne; le lendemain, pouls 120, malaise durant toute la journée. Vomissements de matières noirâtres, analogues à du café, mort le soir du second jour.

Autopsie. — Sérosité trouble dans la cavité péritonéale, pas de sang ni de caillots; la plaie est réunie, la ligature du pédicule presque détachée. La mort fut le résultat de l'épuisement et des vomissements continuels.

Obs. XXVII. — Une femme non mariée, âgée de vingt-sept ans, fut reçue, le 16 juillet 1861, à Samaritan hospital pour se faire traiter d'un kyste de l'ovaire paraissant uniloculaire. Elle n'avait jamais subi la paracentèse abdominale. Le ventre avait paru se développer depuis l'âge de seize ans. On lui exposa les divers traitements en usage contre sa maladie: la ponction simple ou avec injection iodée, l'ovariotomie, dont on ne lui dissimula pas les dangers; elle choisit cette dernière opération, qui fut pratiquée le 7 août. Une incision de 8 à 10 centimètres de long fut faite à distance égale de l'ombilic et du pubis. Le kyste, mis à nu et ponctionné avec le trocart, donna issue à 44 pintes de liquide séreux. On l'enleva ensuite, après l'avoir détaché de quelques adhérences longues et étroites. Le pédicule était court, mais très épais, et renfermait des veines d'un calibre ordinaire. Quelques petits kystes étaient groupés aux environs du pédoncule du kyste principal. La plaie fut fermée à la manière ordinaire. La malade guérit sans aucun symptôme fâcheux, et se porte maintenant parfaitement bien. La cicatrice avait, lorsque la malade sortit de l'hôpital, 3 centimètres et demi de longueur seulement.

Obs. XXVIII. — En mai 1860, on me présenta une femme non mariée portant depuis environ un an un kyste ovarique. Le 20 août, une ponction abdominale donna issue à 13 pintes d'un liquide épais, d'une couleur brunâtre, renfermant une grande quantité de sang coagulé. La ponction ne fut suivie d'aucun accident, et la malade retourna en Écosse. Neuf mois après la première ponction, il fut nécessaire d'en pratiquer une seconde; il sortit cette fois 20 pintes d'un liquide encore plus épais qu'à la première ponction. Le kyste s'étant de nouveau rempli, la malade subit l'ovariotomie le 15 août, non à l'hôpital, mais chez elle. Il n'y avait aucune adhérence, et l'on retira, sans laisser couler une seule goutte de liquide ovarique dans le péritoine, une tumeur multiloculaire qui, avec son contenu, pesait 17 livres. Le pédicule fut maintenu à l'extérieur par une pince spéciale (*clamp*) qu'on laissa à demeure. La plaie fut fermée à la manière ordinaire; la malade alla très bien, sauf de vives douleurs que l'on combattit par des lavements laudanisés. Le pouls ne s'éleva jamais au delà de 88. Le 19, les règles apparurent; le 20, on enleva les sutures, mais sans toucher à la pince, qu'on n'enleva que vers le quinzième jour. Trois semaines après l'opération, la malade se levait; peu après elle retournait en Écosse, et elle se trouve depuis dans un excellent état de santé.

Obs. XXIX. — Une femme de cinquante-deux ans, ayant eu trois enfants, vit après la ménopause survenir une tumeur ovarique qui semblait se développer davantage à droite qu'à gauche. En novembre 1859, l'abdomen mesurait 87 centimètres de circonférence; et dans les derniers treize mois, c'est-à-dire jusqu'en décembre 1860, il augmenta encore de 1^m,5. Il y avait parfois de l'enflure aux jambes. Une ponction fut faite en mai 1861. Il sortit de la cavité péritonéale 10 pintes de liquide séreux jaunâtre, et d'un kyste ovarique 20 pintes d'un liquide de couleur plus foncée. Une tumeur persistait encore du côté droit. Il ne survint aucun symptôme fâcheux; l'urine ne contenait pas d'albumine. Le 2 septembre 1861, le ventre avait repris son volume, et nous eûmes une consultation pour savoir si nous aurions recours à une simple ponction ou à l'ovariotomie. Malgré l'existence de l'anasarque et l'âge de la malade, nous nous décidâmes pour l'opération, qui fut pratiquée le 3 octobre. Après avoir fait l'incision et vidé le kyste principal et quelques-unes des poches secondaires, la tumeur fut amenée à l'extérieur sans même que l'on eût vu les intestins. Le pédicule, très épais, fut saisi avec la pince, et l'on détacha la tumeur. Le pédicule fut alors traversé au delà de la pince et serré entre trois ligatures séparées qui en étranglaient chacune une portion. On enleva le *clamp*, mais deux vaisseaux sectionnés donnèrent du sang et furent liés à part, les ligatures du pédicule n'arrêtant pas suffisamment l'hémorrhagie. On laissa alors échapper le liquide de l'ascite, et la plaie fut fermée à la manière ordinaire. Nous remarquâmes que le péritoine, au lieu d'être lisse, poli et brillant, était rugueux, rouge et d'aspect granuleux, comme s'il était atteint d'inflammation chronique. Le kyste, son contenu et la sérosité abdominale pesaient ensemble 35 livres.

La malade alla très bien pendant le jour, et passa une bonne nuit. Il y eut, le soir, un peu de suintement sanguin à la surface du pédicule, ce qui me détermina à réappliquer la pince. Mais la nuit il survint un frisson très violent, du malaise, des symptômes alarmants, et, malgré les excitants, la mort survint quarante-sept heures après l'opération.

L'*autopsie* nous permit de constater l'existence d'une péritonite étendue, tout à la fois récente et antérieure à l'opération. *L'ovaire gauche était* sain. L'ovaire droit avait été enlevé; le ligament large de ce côté était très hypertrophié. Il n'y avait dans la cavité péritonéale ni sang ni caillot. La plaie du péritoine était déjà réunie; les traces de péritonite se voyaient surtout autour du foie.

Cette dernière opération présente un grand intérêt par l'exemple qu'elle renferme de l'existence d'une ascite compliquant un kyste ovarique. En pareille circonstance, surtout lorsqu'il existe de l'anasarque, les plus grands doutes existent sur l'opportunité et même sur la possibilité de l'extirpation de l'ovaire; non pas au point de vue du manuel opératoire, mais sous le rapport des suites et du résultat de l'opération. MM. Spencer Wells et West hésitaient beaucoup à proposer l'ovariotomie, et ils résument à peu près ainsi, dans ce cas, les indications et les contre-indications. En faveur d'une intervention chirurgicale active, on pouvait se baser sur la bonne santé générale de la malade, la mobilité de la tumeur au milieu du liquide ascitique dans lequel elle plongeait, la position centrale et aussi la mobilité de l'utérus, qui permettaient de croire à l'existence d'un pédicule d'une certaine longueur, enfin le résultat de l'expérience clinique; car, dans deux autres cas antérieurs, dans lesquels il y avait également complication d'ascite, la guérison suivit l'ovariotomie. Ajoutons enfin que, lorsqu'on abandonne à eux-mêmes des kystes séreux de cette espèce, il faut en général recourir fréquemment à des ponctions qui ne sont pas elles-mêmes complétement exemptes de dangers. L'âge de la malade, l'existence de l'anasarque, constituaient, il est vrai, des contre-indications, mais il importe de se rappeler que les urines ne contenaient pas d'albumine, ce qui permettait de croire que le liquide péritonéal pouvait bien être le résultat de la compression exercée par le kyste ovarique sur les veines environnantes. Cependant le résultat fut fatal; il existait une péritonite chronique, latente, que l'opération raviva au point d'amener rapidement la mort. Cet exemple ne

Digitized by Google

doit pas être perdu, et il montre avec quel soin, dans des cas analogues, il faudra explorer l'état de la séreuse péritonéale.

Ainsi, sur les cinq cas que nous venons de rapporter le plus brièvement possible, il y eut trois morts et deux guérisons; mais, dans deux des cas mortels, la santé générale avait déjà subi une fâcheuse atteinte. L'ovariotomie, sans être une opération nouvelle, n'est pas encore entrée dans le domaine de la chirurgie ordinaire, c'est à la clinique à nous montrer les cas dans lesquels on peut, avec quelque espoir de succès, recourir à une opération à peu près encore inconnue en France. (*Medical Times and Gazette*, 1861, IIᵉ vol., p. 528.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des dyspepsies, ou Étude pratique de ces affections basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique, par A. NONAT, médecin de la Charité, etc. Paris, 1862; 1 volume in-8; Adrien Delahaye.

Et d'abord y avait-il opportunité à publier un traité des dyspepsies? Voici comment l'auteur répond indirectement à cette question : « En livrant au public médical le résultat de mes recherches, dit M. Nonat en sa préface, je n'ai eu d'autre but que de mettre au niveau de la science une question de pathologie supérieurement traitée par d'illustres devanciers, et notamment par Chomel, mais que les progrès de la physiologie expérimentale exigeaient de voir envisagée et résolue dans un sens plus conforme à l'état actuel de nos connaissances. »

On ne saurait nier l'importance et l'utilité d'une pareille tache, j'ai presque dit d'une semblable réforme. En effet, il est peu de sujets en médecine qui présentent plus de vague, plus d'incertitude que la question des dyspepsies idiopathiques, bien entendu : il en est peu qui soient plus accessibles à la controverse. *Cela est si vrai qu'on* a beaucoup de peine à s'entendre *sur le sens exact* et sur l'extension qu'on doit donner au mot *dyspepsie*, sur les limites précises qu'il convient d'accorder à ce groupe morbide, et sur la place qu'il doit occuper dans le cadre nosologique. Bien plus, il y a des médecins éminents, voire, je crois, des professeurs, qui répudient la légitimité nosologique de la dyspepsie, et qui ne voient là qu'un genre de fantaisie, qu'un assemblage de symptômes arbitrairement rapprochés et capricieusement érigés en entité pathologique.

Chomel a rendu un immense service à la science et à la pratique en éclairant ce difficile et ténébreux sujet du flambeau de son grand talent et de sa vaste expérience. Mais, ainsi que l'a fait remarquer avec juste raison un savant et habile critique, on regrette « l'exiguïté du rôle attribué dans ce livre aux applications pratiques des découvertes de la physiologie moderne en ce qui touche les fonctions digestives ». (Dechambre, *Gaz. hebd.*, t. IV, p. 742.) Tel est, en effet, le défaut capital du traité, d'ailleurs si remarquable, du professeur Chomel, défaut qui devait avoir pour inévitable conséquence d'apporter de sérieuses lacunes dans l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique des dyspepsies.

M. Nonat, au contraire, s'est inspiré aux sources vives et fécondes de la physiologie, dont il a cherché à concilier les données avec les fruits de l'observation clinique. Nous ne saurions trop recommander les lignes suivantes à la méditation de ceux qui conservent encore le culte des doctrines de Bichat et qui prennent pour symbole la méthode si brillamment exposée par l'immortel auteur des *Recherches sur la vie et sur la mort* :

« La physiologie, dit M. Nonat, ne doit pas être pour le médecin un objet de vaine curiosité, une sorte de contemplation stérile des actes multiples qui se produisent au sein de l'organisme. Pour lui, l'étude des fonctions doit surtout servir à l'étude des maladies, à l'intelligence et à l'explication des faits cliniques. Le praticien doit demander, autant que possible, à la physiologie l'interprétation des phénomènes pathologiques, le secret de leurs causes, de leur origine, de leur évolution, de leur développement, de leur expression fonctionnelle et de leurs retentissements sympathiques. C'est encore la physiologie bien interprétée qui, en éclairant le pathologiste sur les divers éléments de la maladie, peut lui fournir les indications thérapeutiques les plus rationnelles et le guider sûrement dans le choix de la médication la plus convenable. »

Conformément à ces principes, M. Nonat, dans le chapitre des CAUSES, étudie soigneusement l'influence des divers éléments de l'acte complexe de la digestion sur la production des dyspepsies gastriques et des dyspepsies intestinales. Après avoir signalé avec la plupart des auteurs la part étiologique qui revient aux aliments et aux boissons, il s'étend plus particulièrement sur l'action pathogénéique des conditions organiques et physiologiques de l'appareil digestif, et il examine dans autant de paragraphes distincts l'influence d'une mastication ébauchée, d'une insalivation imparfaite, d'une chymification défectueuse, et celle des lésions de circulation et d'innervation des organes intestinaux.

Plus loin, à l'occasion des symptômes et du diagnostic, il énumère et il distingue les désordres qu'entraînent les lésions physiques et chimiques, les altérations de quantité, de qualité et de composition élémentaire de la salive, du suc et du mucus gastriques, du fluide pancréatique, de la bile et du suc intestinal. Sans doute, on pourrait demander ici des détails plus complets et plus précis, mais nous pensons qu'il vaut mieux que l'auteur s'en soit tenu à la rigoureuse observation clinique et ne se soit pas laissé entraîner au delà de la saine induction physiologique. Et d'ailleurs, il faut avant tout savoir gré à M. Nonat d'avoir porté franchement sur ce terrain l'étude des dyspepsies.

Indépendamment des symptômes fournis par les lésions mécaniques, sécrétoires, circulatoires et nerveuses de l'appareil gastro-intestinal, M. Nonat décrit les signes propres aux dyspepsies *simple* et *atonique*, *gastralgique* et *entéralgique*, *flatulente*, *acide* et *par irritation*.

Dans cette nomenclature, on ne voit figurer ni la dyspepsie alcaline ni la dyspepsie *des liquides*, de Chomel; mais, en revanche, on y trouve une forme nouvelle que Chomel ne décrit pas, la dyspepsie *par irritation*.

M. Nonat parle bien de l'intolérance de certains estomacs pour les liquides, mais, pour lui, ce n'est pas une variété particulière de dyspepsie; c'est simplement un symptôme, et un symptôme qu'on peut observer dans toutes les espèces de dyspepsies.

Quant à la dyspepsie alcaline, notre auteur la range parmi les dyspepsies dues à un défaut de suc gastrique, ou à une insuffisance de l'acide contenu normalement dans ce fluide, ou encore à un excès de sécrétion du mucus stomacal qui masque ou qui neutralise l'action de la pepsine sur les aliments. M. Nonat fait jouer, avec raison, un rôle assez important à l'hypersécrétion muqueuse de l'estomac dans la production de la dyspepsie. Sous ce rapport, M. Nonat est d'accord avec M. Dechambre, qui pense aussi que « quelques-uns des symptômes que Chomel attribue à la *dyspepsie des liquides* dépendent souvent d'un état *pituiteux* ou de supersécrétion habituelle du tube intestinal ».

Un autre reproche, qu'adressait M. Dechambre au traité du savant clinicien de l'Hôtel-Dieu, c'était de « passer trop rapidement sur l'irritabilité des voies digestives ». Par une sorte de compensation, M. Nonat insiste si bien sur cet état pathologique, qu'il en fait une variété spéciale de dyspepsie : c'est sa *dyspepsie par irritation*. « Peut-être, dit-il, cette dénomination soulèvera-t-elle quelques critiques; j'avoue que j'en ferais volontiers l'abandon si l'on m'en proposait une meilleure; mais jusqu'à présent je n'en vois pas qui exprime mieux la lésion, la cause organique du trouble morbide que j'ai voulu décrire. Quant à ceux qui seraient tentés de voir là une sorte de retour timide vers les idées de Broussais, je les renvoie aux pages 73

Digitized by Google

et 488 du présent ouvrage; j'espère que je serai pleinement justifié à leurs yeux par la description que je donne de cette variété de dyspepsie, et par les principes qui m'ont dirigé dans son traitement. » Et, en effet, nous n'avons rien trouvé, ni dans l'exposé symptomatologique de la dyspepsie par irritation, ni dans sa thérapeutique, rien qui rappelât, de près ou de loin, les exagérations de Broussais à propos de la gastro-entérite.

Il faut lire, dans l'ouvrage de M. Nonat, les lignes pleines de conviction dans lesquelles l'auteur s'applique à justifier les droits nosologiques de la dyspepsie par irritation, et à fournir la démonstration clinique de son existence. On lira aussi avec le plus grand intérêt la description de cette variété de dyspepsie, que M. Nonat regarde comme très commune, et qui, parce qu'elle est trop généralement méconnue, selon lui, devient comme la pierre d'achoppement de la thérapeutique habituelle des dyspepsies, et fait souvent échouer, à l'insu et au grand étonnement du médecin, les médications classiques et, en apparence, les plus rationnelles.

Bien que M. Nonat n'ait voulu traiter que de la dyspepsie idiopathique, il consacre, à l'occasion du diagnostic, un paragraphe important aux dyspepsies symptomatologiques et sympathiques. Et ici, avec l'autorité que lui donne sa grande expérience des affections utérines, il appelle spécialement l'attention sur la fréquence des dyspepsies liées à une maladie, à une lésion de l'utérus ou de ses annexes.

Près de la moitié du nouveau *Traité des dyspepsies* est consacrée à la thérapeutique. « Car, suivant M. Nonat, le principal objet que doive se proposer un auteur qui écrit sur une maladie, c'est de fixer le praticien sur les médications ou les remèdes qui peuvent le plus sûrement soulager ou guérir le malade. » Tel est bien aussi notre avis, et tel doit être, assurément, l'avis de tous les dyspeptiques qui viennent réclamer nos soins.

L'auteur expose donc, d'abord, avec détail les diverses médications usitées contre la dyspepsie, depuis la médication émolliente jusqu'à la médication hydro-minérale. C'est là, en quelque sorte, la matière médicale ou la thérapeutique analytique des dyspepsies. Puis, après s'être longuement étendu sur le traitement hygiénique, il aborde la synthèse thérapeutique de la dyspepsie, ou le tableau du traitement propre à chacune des formes de cette affection. Fidèle à son programme, M. Nonat ne se contente pas de puiser les indications thérapeutiques dans la séméiologie; il va les chercher encore dans l'étiologie pathogénique et dans la notion des lésions fonctionnelles (altération de sécrétion, de circulation ou d'innervation), dont les symptômes ne sont que la manifestation sensible, l'expression phénoménale. A ce sujet, nous félicitons l'auteur d'avoir accordé une importance légitime aux agents (diastase, pepsine, pancréatine) destinés à suppléer à l'insuffisance ou à l'imperfection des sucs digestifs.

M. Nonat ayant admis et décrit une nouvelle variété de dyspepsie, la *dyspepsie par irritation*, devait naturellement s'appliquer à en formuler le traitement d'une manière précise; c'est ce qu'il a eu soin de faire en deux endroits : d'abord à l'occasion de la médication révulsive de la dyspepsie, puis dans un paragraphe spécial.

Un chapitre consacré à l'exposé des mesures hygiéniques capables de prévenir la dyspepsie termine cet excellent *Traité*, dans lequel les praticiens et les élèves trouveront des notions nouvelles sur l'étiologie, la nosologie et la classification des dyspepsies, une description claire et précise de leurs diverses formes, et surtout des développements complets sur les moyens de traitement qui leur conviennent.

Nous ne pouvons, en finissant, que nous associer au regret exprimé déjà par notre judicieux et distingué collègue, M. Dally (*Moniteur des sciences*, 15 février 1862), à savoir que M. Nonat ait restreint son sujet à l'étude des dyspepsies idiopathiques. Espérons, toutefois, que ce n'est qu'un ajournement, et que le savant médecin de la Charité complétera son œuvre en publiant le résultat de ses recherches sur les dyspepsies sympathiques et symptomatiques.

A. Linas.

VI

VARIÉTÉS

Le banquet des internes des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 15 mars, à six heures, dans les salons des Frères Provençaux (Palais-Royal). Le prix de la souscription est fixé à 16 fr.

MM. les anciens internes des hôpitaux sont priés d'adresser le montant de leur souscription à M. l'interne en médecine économe d'une des salles de garde des hôpitaux de Paris.

La liste des souscriptions sera close le 12 au soir.

— La médecine française vient de faire une grande perte. M. Bretonneau, l'un des vétérans de notre profession, vient de mourir dans sa résidence de Passy. Il comptait avec orgueil parmi ses élèves deux de nos maîtres les plus éminents, MM. Velpeau et Trousseau.

— Par arrêté du 5 février, M. Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées, est nommé membre de la commission officielle chargée de la révision du Codex.

— Le lundi 17 mars 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, à Paris, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris.

MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

— La Société médicale des V^e et XII^e arrondissements a élu : MM. Martin Magron, président; Mounier et Rougon, vice-présidents; Mallet, secrétaire général; Gauneau, secrétaire annuel; Allaire, archiviste; Buirat, trésorier.

— M. le docteur Causit, médecin à Castillon (Gironde), vient de mourir à l'âge de soixante et un ans.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

De l'ataxie musculaire, par le docteur *Teissier* (de Lyon). Leçon recueillie par le docteur *Penoud*. In-8 de 60 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

Hygiène de l'Algérie, exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement en Algérie, par le docteur *J.-J. Marit*. In-8 de 452 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

De la pénétration des corps pulvérulents gazeux solides liquides dans les voies respiratoires au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 16 septembre 1861, par le docteur *Fournié* (de l'Aude). In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Leçons de clinique médicale de Graves, précédées d'une Introduction de M. le professeur *Trousseau*, ouvrage traduit et annoté par le docteur *Jaccoud*. Tome II et dernier, ouvrage complet. Paris, Adrien Delahaye. 10 fr.

Thèses.

Thèses subies du 7 novembre au 30 décembre 1861.

231. Blanc, Henri, né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Essai sur l'infection purulente : son mécanisme, son traitement.*]

232. Capelle, Charles-Gustave, né à Béthune (Pas-de-Calais). [*De l'angine de poitrine : ses symptômes, ses causes, sa nature et son siége.*]

233. Desprès, Armand, né à Paris. [*Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule.*]

234. Jacquart, Floris-L.-A., né à Tourcoing (Nord). [*De la coqueluche; essai de traitement de cette affection par le chloroforme à l'intérieur.*]

235. Daugreilh, J.-B.-Marc, né à Canna (Landes). [*La pellagre.*]

236. Giffard, Casimir-Alexandre, né à la Barre-en-Ouche (Eure). [*Du siége anatomique de la parotidite, quelques considérations sur cette inflammation.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 7 MARS 1862. — N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** — **Histoire et critique.** Sur la maladie lardacée (Speckrankhert), ou altération cireuse des viscères. — II. **Travaux originaux.** Du laryngoscope au point de vue pratique. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Remède indien contre la variole. — Opération de taille; absence du calcul. — V. **Bibliographie.** Clinique chirurgicale. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — VIII. **Feuilleton.** Lettre à Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

SUR LA MALADIE LARDACÉE, OU ALTÉRATION CIREUSE DES VISCÈRES.

Il a été question plusieurs fois déjà dans diverses publications françaises d'une affection de divers organes, du foie en particulier, qui parait liée à certains états diathésiques, et que les auteurs anglais et allemands surtout ont étudiée sous le nom de *dégénération lardacée ou amyloïde*. Plusieurs faits cliniques et nécroscopiques ont même été produits en France, qui confirment, en partie au moins, les résultats obtenus à l'étranger. Nous aurons probablement à revenir bientôt sur ce sujet; mais nous croyons utile dès à présent d'appeler sur lui l'attention de nos lecteurs, à l'occasion d'un travail publié dans les ARCHIV FUR HEILKUNDE (t. II, 1861, p. 481), et où M. E. Wagner aborde l'histoire de l'affection dont il s'agit, en se fondant sur 48 observations qui lui sont propres.

La fréquence absolue de la *maladie lardacée* (speckrankhert) — car telle est la désignation adoptée par M. Wagner — parait assez grande, à en juger par les résultats suivants : sur 1200 nécroscopies pratiquées à Leipzig du 30 septembre 1856 au 24 mai 1861, et relatives aux maladies les plus diverses, 48 fois la dégénération lardacée a été rencontrée dans un ou plusieurs organes.

Rarement c'est là une affection primitive; presque toujours elle se lie à des maladies qui entrainent une suppuration prolongée des parties molles ou des os. Voici d'ailleurs une statistique qui met ce fait en lumière : Les 48 cas recueillis par M. Wagner peuvent être catégorisés de la manière suivante : suppuration des os, 16 cas; suppuration des parties molles, 35 cas. Dans 5 cas, il y avait à la fois suppuration des os et des parties molles. Les 37 cas de la deuxième catégorie sont répartis ainsi qu'il suit : 27 cas de tuberculose pulmonaire chronique; dilatation bronchique sacciforme, 3 cas; cancer ulcéré, 3 cas; tuberculisation intestinale ulcéreuse, 1 cas; syphilis constitutionnelle coïncidant dans un cas avec un cancer, 2 cas; ulcération intestinale syphilitique, 1 cas; abcès du psoas de date ancienne, 1 cas; pyélite guérie ou hydronéphose, 1 cas.

L'altération lardacée ne peut être sûrement reconnue, et c'est là un point sur lequel il importe d'insister, sans l'intervention de certains réactifs chimiques. On peut bien soupçon-

FEUILLETON.

A MONSIEUR ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE (1).

Monsieur,

Votre *Histoire naturelle générale des règnes organiques*, qui m'a appris tant de choses et tant de choses intéressantes, n'a pu cependant me démontrer que la création d'un règne humain soit suffisamment justifiée, et c'est, en quelque sorte, pour avouer ce que je pourrais nommer mes torts en zoologie, que je me permets de vous adresser cette lettre. Vous étayez votre opinion de celle d'une foule de personnes distinguées par leur savoir, si bien que je dois croire, à priori, que m'éloigner de vous et d'elles c'est m'égarer; vous êtes très capable de me remettre dans la bonne voie, et je suis fort désireux d'y marcher à votre suite.

Toute la question relative à l'adoption ou au rejet de ce règne qui sépare l'homme des animaux semble se réduire à savoir si l'on peut ou non prendre pour bases de classification des qualités immatérielles dont l'esprit saisit l'importance, mais que l'œil ne saurait voir, ni la main toucher.

Vous, monsieur, et les savants dont vous invoquez l'opinion, en y ajoutant de nouveaux arguments ainsi que l'autorité de votre nom, adoptez l'affirmative; je ne puis être du même avis.

Les naturalistes classificateurs sont essentiellement morphologistes. La structure interne et externe, l'une et l'autre en rapport intime, voilà ce qui les préoccupe. L'intelligence plus

(1) M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire est mort avant que cette lettre pût lui être adressée. Il l'eût accueillie certainement avec l'esprit libéral et équitable qui était un des traits de son beau caractère. Nous n'avons pas hésité, pour notre compte, à la publier. Il n'y a point de prescription pour les droits d'une polémique courtoise, et l'à-propos ne manque jamais aux questions de science. La science donc recevra la lettre destinée au savant. Nous prenons la liberté d'ajouter que, personnellement, nous sommes de l'avis de M. Fée. Une classification zoologique doit rester indépendante de la psychologie. A. D.

Digitized by Google

ner son existence, par un simple examen à l'œil nu, lorsqu'elle porte sur des organes parenchymateux, tels que le foie et la rate, pour peu qu'elle y ait acquis une certaine extension; mais elle peut ainsi passer inaperçue lorsqu'elle est peu développée; et elle serait habituellement méconnue dans les cas où elle porte sur un organe membraneux, l'intestin par exemple. Voici d'ailleurs à l'aide de quels réactifs on peut constater l'existence de la dégénération lardacée quelque soit l'organe qu'elle affecte. On doit avoir recours surtout à la solution aqueuse d'iode; mais la teinture d'iode ordinaire convenablement diluée pourrait être également employée. Une tranche mince du tissu suspecté devra être trempée à plusieurs reprises dans la préparation iodée, puis convenablement exprimée, et enfin mise, avec précaution, en contact avec quelques gouttes d'acide sulfurique concentré. Dans le premier temps de l'expérience, et sous l'influence de la seule solution d'iode, les parties dégénérées prennent une *coloration rouge* toute particulière; après l'action de l'acide sulfurique, elles prennent, au bout de quelques minutes ou seulement d'une ou plusieurs heures, une *coloration violette*, *rarement* une *coloration bleue*. Ces dernières, dans certains cas, persistent sans subir d'altération même pendant plusieurs semaines, tandis que d'autres fois, au contraire, elles s'effacent au bout d'un temps très court.

Ces réactions, qui décèlent à l'œil nu la présence de l'altération lardacée, peuvent aussi être employées dans les recherches microscopiques; mais il importe alors de soumettre les parties qu'on veut examiner à un lavage préalable, afin de les dépouiller autant que possible du sang qu'elles contiennent.

Les organes où l'on rencontre le plus communément cette dégénération sont, en premier lieu, la rate, le foie et les reins. Viennent, en seconde ligne, les ganglions lymphatiques. La membrane muqueuse du canal intestinal, l'épiploon, les capsules surrénales. Dans quelques cas rares il est vrai, on a vu l'altération porter à la fois, d'une part sur le foie, la rate et les reins, et d'autre part sur la muqueuse digestive dans toute son étendue, la membrane muqueuse des organes urinaires, les ovaires, le tissu musculaire du cœur et l'endocarde, etc. En somme, la peau, les os, les cartilages, les muscles de la vie animale, enfin, sont peut-être les seuls organes où la dégénération lardacée n'ait pas encore été signalée.

Les organes affectés, lorsque l'altération est suffisamment prononcée, prennent un aspect particulier : ils présentent habituellement une coloration gris pâle; ils ont une surface de section homogène, sèche; une consistance compacte, quelquefois pâteuse ou comme œdémateuse. Une tranche mince de l'organe peut être transparente. L'organe lui-même, tout en conservant sa forme, subit un notable accroissement de volume. Habituellement, l'altération n'occupe pas indistinctement toutes les parties d'un viscère; dans le foie, par exemple, on la voit souvent concentrée sur quelques acini; dans la rate, elle occupe surtout les follicules, dans les reins la substance corticale, la substance médullaire dans les capsules surrénales. Quelquefois cependant, dans les cas très avancés, elle paraît avoir envahi toute l'étendue de l'organe qu'elle occupe uniformément. — Les viscères atteints de l'altération lardacée sont pâles, anémiques; le sang qui s'en écoule est habituellement peu épais; — tous les caractères que nous venons de signaler se trouvent plus ou moins masqués lorsqu'une altération quelconque, la métamorphose graisseuse ou l'hypertrophie conjonctive par exemple, est combinée dans un organe avec la dégénération lardacée, et en pareil cas l'intervention des réactifs et de l'examen microscopique devient indispensable.

On sait, depuis les recherches de Virchow surtout (*Die Cellular Pathologie*, Berlin, 1858, p. 336) que la dégénération lardacée porte primitivement, au moins dans la majorité des cas, sur le système vasculaire, et en particulier sur les petites artères et les capillaires des organes. Les recherches micrographiques de E. Wagner confirment ce résultat : sous l'influence de la teinture d'iode, lorsque l'affection est peu avancée, les vaisseaux en question sont les seules parties de la préparation qui, sous le microscope, présentent la coloration caractéristique. M. E. Wagner va même jusqu'à dire qu'eux seuls encore, mais cette fois en plus grand nombre, sont le siége de la dégénération, alors que celle-ci est très prononcée et reconnaissable à l'œil nu. Mais c'est là un point sur lequel notre auteur se trouve en opposition formelle avec Virchow, Rokitansky, Gairdner, Bennett, et en un mot avec la plupart des observateurs qui se sont occupés de la question. En ce qui concerne le foie en particulier, il est certain que les cellules d'enchyme, à leur tour, subissent, à un moment donné, l'altération lardacée; qu'elles se déforment, perdent leur transparence, se couvrent de plis, ne présentent plus une membrane extérieure distincte, et acquièrent enfin par l'action successive de l'iode et de l'acide sulfurique les teintes caractéristiques. Dans les reins, l'altération affecte d'abord et *surtout les vaisseaux* des corpuscules de Malpighi, puis ceux de la substance corticale, ceux enfin de la substance médullaire. Les épithéliums et les membranes propres ne sont atteints qu'en second lieu. Dans la rate, après les petites artères et les capillaires, ce sont les corpuscules de Malpighi, plus rarement la pulpe elle-même, qui sont principalement atteintes. Les cellules glandulaires peuvent donc être le siége de la dégénération lardacée; mais il est douteux que celle-ci se montre jamais dans le tissu conjonctif qui relie entre eux les divers éléments d'un organe.

Les caractères optiques et chimiques dont il vient d'être question signalent suffisamment dans les tissus frappés de la dégénération lardacée l'existence d'une substance particulière. Mais quelle est la nature de cette substance? C'est ce que l'on

---

ou moins évidente, l'instinct plus ou moins développé ne sont appréciés qu'au seul point de vue de la psychologie. Si on les prenait en considération, il faudrait complétement changer l'ordre sérial des animaux, si bien justifié quant à la constitution physique, et l'on se verrait forcé de placer, par exemple, les insectes avant les poissons, et peut-être même les oiseaux avant les mammifères, le chien seul excepté.

Quoique nous ne sachions pas, au juste, ce qui se passe dans la vie intime des animaux, nous pouvons reconnaître qu'il en est chez lesquels l'intelligence opère des prodiges, et qui jouissent de facultés toutes spéciales. Ce n'est pas à vous, monsieur, que je parlerai des fourmis, dont vous connaissez parfaitement l'histoire. En la dégageant de ce qu'elle a de merveilleux, ce qui en reste m'étonne au plus haut point. Les abeilles ne font rien ou presque rien d'imprévu; les fourmis, au contraire, ne font rien ou presque rien de prévu. Tout est irrégulier dans la construction intérieure d'une fourmilière. Tandis que les abeilles sont essentiellement routinières, les fourmis agissent en raison des circonstances fortuites qui se présentent à elles. Ce sont des charpentiers, des maçons, et même des architectes habiles, qui savent, lorsque l'édifice l'exige, construire des passerelles, élever des contre-forts, dresser des poutres, ménager des issues; habitations de toutes sortes, chaussées, routes petites et grandes, rien n'y manque; ajoutons que le travail se fait en commun. Privées de la parole, elles ont le signe pour se faire comprendre, et elles se comprennent. Pensent-elles? Je ne saurais ni le dire ni le nier, et si quelque naturaliste formait, d'après ces données, un *règne formical*, même en refusant de l'adopter, je n'oserais en rire.

Je suis bien loin de méconnaître la grandeur morale et intellectuelle de l'homme, telle que l'ont faite les nombreuses générations qui se sont succédé, quoique le point de départ de cette grandeur me dispose à plus d'humilité que d'orgueil; mais je fais deux parts : celle du naturaliste et celle du philosophe. Je sépare l'homme moral de l'homme physique. La psychologie réclame l'un, l'histoire naturelle réclame l'autre,

ignore encore aujourd'hui à peu près complétement. Voici cependant ce qu'ont appris à ce sujet quelques analyses chimiques : l'examen fait par M. Kekulé (*Heidelb. Jahr.* 1858, und *Virchow's, Archiv*, XVI, p. 50), d'une rate lardacée, a donné les résultats suivants : l'organe renfermait une quantité remarquable de cholestérine, mais cette substance n'était pas la cause de la coloration particulière que présentaient les parties altérées, sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique ; il ne contenait aucune substance analogue, par ses caractères chimiques, à l'amidon ou à la cellulose. On y trouvait au contraire une substance dont la constitution rappelait celle des matières albuminoïdes. Schmidt (*Ann. der chim. und pharm.*, CX, p. 250), d'un autre côté, par l'analyse élémentaire d'une rate cireuse, est arrivé également à cette conclusion, que la prétendue matière amyloïde n'est pas une substance analogue à la cellulose, mais bien une matière azotée albuminoïde.

On ignore complétement, quant à présent, si la matière qui joue le rôle principal dans la dégénération lardacée, se forme sur place dans les tissus, par suite de la métamorphose des substances protéiques qui les constituent, ou si, comme Virchow est disposé à l'admettre, elle se produit primitivement dans un point de l'organisme pour être déposée ensuite, par le mécanisme des métastases, dans les divers organes.

Il ne paraît pas exister de symptômes qui appartiennent en propre à la maladie lardacée; celle-ci pourra être soupçonnée cependant quelquefois, à l'aide de certains signes, dans des cas où les conditions qui semblent présider à sa production se trouveront réunies : ainsi l'accroissement de volume du foie ou de la rate ; la présence d'une albuminurie chez un individu atteint d'une suppuration prolongée, pourraient conduire, dans certaines circonstances données, à supposer l'existence d'une altération lardacée, portant sur les reins, la rate ou le foie. La diathèse hémorrhagique, l'anasarque, l'ictère, un état de cachexie plus ou moins profonde, ont paru être, dans plusieurs cas la conséquence immédiate de la dégénération lardacée des principaux viscères.

Nous terminerons cette brève analyse du mémoire de M. E. Wagner en donnant le résumé analytique des faits sur lesquels ce travail est fondé. Ces faits peuvent être groupés ainsi qu'il suit :

1° La *tuberculose pulmonaire chronique* paraît avoir été, comme on l'a dit déjà, dans vingt-sept cas, la cause de la dégénération lardacée. Dans vingt cas il n'existait pas d'autre affection qui pût expliquer son développement. Dans sept cas, la tuberculose pulmonaire chronique se montrait combinée à des affections qui, à elles seules, auraient pu produire la dégénération lardacée. La fréquence de cette dégénération dans la phthisie pulmonaire chronique peut être représentée par le rapport 7 pour 100.

a. — Dans les vingt cas où la tuberculose chronique était la seule affection primitive, il existait de nombreuses cavernes de moyenne grosseur, ou seulement une caverne unique très volumineuse. — Plusieurs fois il y avait en même temps des ulcérations intestinales. Dans tous les cas de ce groupe, il existait une rate cireuse ; dans douze cas, les reins étaient en outre affectés ; le foie a présenté la dégénération lardacée dans neuf cas seulement.

b. — Sur les 7 cas où la phthisie se montrait compliquée, 5 fois il existait une carie des os, 2 fois une dilatation des *bronches*.

2° La cause de la maladie lardacée paraît avoir été, dans 11 cas, une *suppuration osseuse* chronique sans complication. Dans la plupart des cas, le foyer purulent était encore en pleine activité à l'époque de la mort ; dans un cas, l'affection viscérale se développa alors que la suppuration, liée à une coxalgie, s'était tarie depuis cinq ans déjà. — Ces 11 cas se sont fait remarquer par l'intensité et l'étendue de la dégénération. 11 fois la rate a été atteinte, le foie l'a été 10 fois, les reins 9 fois; dans plusieurs cas, il y a eu en outre dégénération lardacée des ganglions lymphatiques.

3° Un troisième groupe comprend les faits où la dégénération lardacée a reconnu les causes les plus diverses. M. E. Wagner n'a jamais vu cette altération liée à la syphilis congénitale, à l'hydrargyrie, au rachitis, à l'ostéomalacie. Il ne l'a pas rencontrée chez deux malades qui avaient succombé par le fait d'une intoxication palustre de longue durée.

a. — Dans 3 cas, elle a paru être la conséquence de la syphilis constitutionnelle.

b. — Sur 109 cas de cancer, M. Wagner n'en a rencontré que 3 qui fussent compliqués de dégénération lardacée. Dans 2 de ces cas, il s'agissait d'un cancer de l'utérus; le troisième est relatif à un cancer de l'estomac.

c. — Une fois la bronchiectasie sacciforme, une fois de vastes ulcérations tuberculeuses de l'intestin, une fois enfin de volumineux abcès siégeant dans les deux muscles psoas ont été la cause de la dégénération lardacée. Celle-ci s'est rencontrée encore dans un cas où il existait une pyélite compliquée de distension rénale. Ce dernier fait peut être rapproché d'un cas du même genre, sur lequel nous avons appelé il y a deux ans l'attention de la Société de biologie (*Comptes rendus et mémoires*, 1859, p. 142). J. M. C.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

C'est la Gazette hebdomadaire *qui a introduit en France les premiers travaux sur la laryngoscopie et la rhinoscopie. Il lui restait un désir : celui de donner un exposé détaillé des notions pratiques*

---

et comme ces deux branches des connaissances humaines ne peuvent ni ne doivent intervenir simultanément, je me décide pour les caractères anatomiques; ils me démontrent que l'homme se lie étroitement aux mammifères par l'organisation. Cette étroite parenté m'étant prouvée, je le place, sans aucune hésitation, à la tête de la série animale.

Vous en décidez différemment, monsieur, ne voulant pas séparer la double nature de l'homme. L'*homo duplex* est pour vous l'*homo simplex*, et vous unissez en lui, pour le caractériser, le corps avec ses formes, l'âme avec ses facultés. En adoptant ce système, il me semble que nous échappons à l'histoire naturelle pour dépendre, en partie du moins, de la métaphysique, qui ne devrait pas intervenir. Cependant les taxonomistes, vous le savez, procèdent autrement. Ils ont divisé les êtres en inorganiques et en organiques, précisément pour consacrer l'importance des organes comme base de classification, s'ils agissaient autrement ils seraient en contradiction avec leurs prémisses.

En botanique, l'irritabilité exquise de la sensitive n'a pas empêché qu'on ne fît un *mimosa* de cette légumineuse, et qu'elle ne fût placée avec les espèces insensibles au tact; l'aldrovande, l'utriculaire, la dionée, l'*Hedysarum gyrans*, la vallisnérie ont été décrites et classées sans qu'il fût besoin de faire intervenir les particularités curieuses et exceptionnelles qui se rattachent à leur histoire. En zoologie, les classificateurs ne se sont aucunement préoccupés de l'instinct du castor, ni de celui des apiaires, des termites ou des fourmis, si ce n'est pour faire connaître les instruments dont ils se servent. Le naturaliste veut voir et toucher. Les plantes et les animaux étant classés et décrits, un autre ordre d'études commence, et les appréciations de toute nature sont permises.

Si l'on admettait pour l'homme un règne particulier fondé sur ses qualités morales, il en résulterait qu'il perdrait en mourant les caractères qui le distingueraient des autres mammifères, et qu'il deviendrait impossible de le classer. Mort, il ne serait plus ce qu'il était vivant, et seul, entre tous les êtres

nécessaires à l'emploi des instruments et propres à déterminer la portée clinique du nouveau moyen d'investigation. La thèse inaugurale de M. Ch. Fauvel répond si bien à cette pensée, que nous croyons devoir la reproduire en grande partie. A. D.

Du laryngoscope au point de vue pratique, par M. Charles Fauvel, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHAPITRE Ier.

INSTRUMENTS.

§ Ier. — *Laryngoscope ou miroir laryngien.*

Le *laryngoscope* est un petit miroir plan fixé au bout d'une tige métallique sous un angle déterminé.

Sous la main des médecins allemands, il revêtit toutes sortes de formes. Ainsi M. Turck se servit d'abord de miroirs oblongs, puis ovales, puis ronds; M. Czermak en fit construire de quadrangulaires à angles arrondis.

Presque tous ces miroirs étaient en acier ou en cuivre argenté. Plus tard on en fit en verre étamé, entouré d'un cadre en packfond. Ceux-ci sont préférables aux premiers; ils s'altèrent moins, ne s'oxydent pas, donnent une image naturelle, et sont d'un entretien facile.

Les dimensions du laryngoscope sont variables. Pour M. Turck, l'axe longitudinal des miroirs ovoïdes varie de 18 à 30 millimètres, leur plus grande largeur de 11 à 20 millimètres, et le diamètre des miroirs ronds de 13 à 22 millimètres. M. Czermak veut qu'ils aient une dimension de 14 à 30 millimètres; c'est aussi l'avis de M. Moura-Bourouillou. Du reste, tous les observateurs sont d'accord que les grands miroirs sont plus avantageux que les petits. Cependant, quand les amygdales sont très développées, il faut prendre un petit miroir, afin de pouvoir le placer derrière elles. Dans un autre cas, lorsque l'épiglotte est très inclinée en arrière, ou mal conformée, comme nous le verrons plus tard, on doit se servir d'un petit miroir elliptique, dont la tige est soudée à l'une des extrémités, et on le porte profondément dans le pharynx, afin d'éclairer l'attache antérieure des cordes vocales.

La tige du laryngoscope est en métal rigide, mais assez flexible pour qu'on puisse lui donner les courbures nécessaires.

Dans les miroirs ronds, elliptiques ou ovales, l'endroit où la tige est soudée au miroir importe peu; mais, dans le laryngoscope quadrangulaire, il faut la souder à l'un des angles.

Une question importante à résoudre est la détermination de l'angle sous lequel le miroir doit être incliné sur sa tige.

Les laryngoscopes fabriqués en Allemagne ont un angle d'ouverture de 130 à 135 degrés. Cependant M. Turck, après avoir fait, dit-il, des expériences comparatives très nombreuses et très précises, dans le but de déterminer l'angle de jonction, a indiqué 120 à 125 degrés, comme étant l'angle le plus convenable.

Pour M. Czermak, la fixation de cet angle est variable. M. Moura est au contraire de l'avis de M. Turck. Ses recherches directes sur le vivant l'ont amené à ne se servir que de laryngoscopes inclinés de 115 à 120 degrés. Nous employons nous-même journellement le miroir de 120 degrés, que nous trouvons plus facile à appliquer.

La longueur de la tige du laryngoscope est de 12 à 15 centimètres; elle est fixée dans un petit manche en bois de 7 centimètres, perforé pour la recevoir, et muni d'une vis qui sert à raccourcir ou à allonger cette tige.

§ II. — *Instruments d'éclairage artificiel et de leur mode d'emploi.*

1° *Miroirs réflecteurs.* — Nous avons vu que Garcia avait renoncé à cet éclairage, et que M. Turck ne se servait aussi que de la lumière solaire. C'est à M. Czermak que revient le mérite d'avoir, le premier, utilisé la lumière artificielle. Dès le principe, il approchait, autant que possible, de la bouche largement ouverte, la flamme d'une lampe. Il tenait d'une main, entre ses yeux et la flamme, un miroir plan rectangulaire de dimensions suffisantes pour garantir ses yeux contre la lumière et pour donner une image de son pharynx éclairé; l'autre main dirigeait le miroir laryngien.

a. *Description.* — Cet éclairage parut à juste titre très insuffisant à M. Czermak; il se servit alors de l'ophthalmoscope à support de Ruete. Cet ophthalmoscope n'est autre chose qu'un miroir concave dont le centre n'est pas étamé, de sorte qu'il paraît percé d'un trou de 6 à 8 millimètres environ, au travers duquel l'observateur regarde l'image laryngoscopique; en un mot, c'est un simple réflecteur.

Ces miroirs sont par leur disposition concave des instruments destinés à concentrer la lumière artificielle sur un point donné. Leur forme est circulaire, et leur diamètre ne dépasse guère 8 à 10 centimètres. Cependant M. Turck se sert de miroirs qui ont une dimension beaucoup plus grande. Leur distance focale est comprise entre 20 et 30 centimètres, c'est donc à cette distance qu'il faut placer la bouche du malade.

M. Czermak adapte à la tige du réflecteur un petit manche qui se place entre les dents molaires. Ce manche est une plaque de bois longue de 8 centimètres, large de 1 à 2 centimètres, épaisse de 5 millimètres. L'extrémité antérieure est montée en cuivre, et porte latéralement une petite pièce carrée également en cuivre, percée d'un trou horizontal et d'un trou vertical. La tige du réflecteur glisse à volonté dans l'un ou l'autre de ces trous, et s'y trouve maintenue à l'aide d'une petite vis.

---

de la création, il aurait une double nature : homme d'abord et type d'un règne, puis animal et seulement placé à la tête du règne organique.

Il ne saurait en être ainsi.

Arrachez une plante, desséchez-la; tuez un animal, et conservez-le de quelque manière que ce soit, et vous pourrez toujours reconnaître, en les étudiant, que vous avez devant les yeux soit une malvacée ou une graminée, soit un rongeur ou un palmipède. La mort n'enlève aucun caractère taxonomique aux êtres vivants, et l'homme, sous ce rapport, doit rentrer dans la loi commune.

Linné a dit que les végétaux croissent et vivent, que les animaux croissent, vivent et *sentent*, et l'on pourrait croire que lui aussi s'est servi, pour séparer les deux règnes organiques, d'un caractère immatériel, et l'on se tromperait, car il constate uniquement l'existence d'un système nerveux, sans rien préjuger de l'étendue plus ou moins considérable de son action. D'ailleurs, en séparant les règnes par un simple mot, l'illustre naturaliste a fait seulement jaillir un trait de lumière sans prétendre donner des définitions rigoureuses.

On pourrait encore alléguer en faveur de la création d'un règne humain que les qualités psychiques de l'homme, la moralité et la religiosité qu'il possède en propre, démontrent que le cerveau, considéré comme agent de l'intelligence humaine, doit être différent, au moins dans sa texture, de celui des animaux qui se rapprochent le plus de lui, et que si nos connaissances en anatomie étaient plus avancées, que nos moyens d'exploration fussent plus parfaits, nous pourrions le constater. Ce n'est là qu'une simple hypothèse, et il est bien douteux qu'elle arrive jamais à la démonstration; mais, y parvint-on jamais, le cerveau humain serait anatomiquement, dans sa forme générale, le même instrument que le cerveau animal, seulement modifié; or, si les modifications d'un organe peuvent servir de caractère pour autoriser la création d'une classe, d'une tribu, d'un groupe, il ne peut aller, en aucune manière, jusqu'à motiver l'établissement d'un règne. J'aime bien mieux,

Digitized by Google

MM. Stellwag et Semeleder adaptèrent le réflecteur à une chasse de lunettes au moyen d'une pilule ou genouillère. Ces lunettes lourdes et épaisses ont été avantageusement modifiées par M. Charrière fils, qui les a remplacées par de petites chasses légères.

Au lieu d'un réflecteur perforé dans le centre, M. Moura-Bourouillou se sert d'un réflecteur plein qu'il place au-devant du front.

M. Turck, peu satisfait de toutes ces modifications, chercha un mécanisme isolé de l'observateur, un moyen de rendre le réflecteur indépendant des mouvements du médecin. Il inventa un appareil s'articulant comme l'avant-bras sur le bras, au bout duquel il fixa le miroir concave percé d'un trou central.

b. *Mode d'emploi.* — Quel que soit le réflecteur dont on se sert, on le dispose la face réfléchissante tournée du côté du sujet, et, par une inclinaison convenable, on dirige les rayons lumineux horizontalement ou un peu obliquement de haut en bas vers le fond de sa bouche.

On a le soin de placer la lampe sur le côté et un peu en arrière du sujet.

Tout le monde sait que la flamme d'une lampe renvoyée par un miroir concave apparaît renversée et plus petite à une distance fixe de ce miroir, à l'endroit nommé foyer ou distance focale, c'est l'endroit où l'image de la flamme est la plus brillante et éclaire le mieux les objets. Il faut donc que la bouche soit placée à cette distance, c'est-à-dire au foyer principal du miroir concave.

Afin d'augmenter l'intensité de l'image focale de la flamme, on interpose entre la lampe et le réflecteur, soit des verres ardents, des boules pleines d'eau, soit une lentille biconvexe, comme l'a indiqué M. Moura-Bourouillou. Dans ce cas, on place la flamme de la lampe à 7 centimètres environ de la lentille, c'est-à-dire à son foyer principal, de telle manière que les rayons lenticulaires tombent sur le réflecteur dans une direction parallèle.

2° *Lentilles.* — Au lieu d'un réflecteur concave, nous nous servons pour éclairer la bouche de la lentille biconvexe de M. Moura-Bourouillou.

a. *Description.* — Cette lentille a un diamètre de 4 à 5 centimètres; son foyer principal est d'environ 7 centimètres; de même que toutes les lentilles, elle a des foyers secondaires qui servent à l'éclairage. On la place à une distance de 8, 10, 12 centimètres de la flamme, soit sur un pied isolé, soit sur un support fixé à la lampe par un mécanisme auquel son inventeur a donné le nom de *porte-loupe* ou *porte-pharyngoscope*. Cet appareil se compose d'un collier de cuivre et d'une tige articulée ou à deux branches. Le collier en forme de pinces courbes se fixe solidement autour de la galerie de la lampe au moyen de deux ressorts. La convexité du collier porte d'un côté une pièce dans laquelle est reçue la branche verticale de la tige articulée, et une vis permet de l'élever ou de l'abaisser à volonté. Cette branche verticale est elle-même unie à l'aide d'une charnière à sa branche horizontale, laquelle s'introduit à frottement dur dans un tube d'acier muni d'une mortaise à vis. C'est dans cette mortaise que se fixe la lentille.

On peut ainsi faire mouvoir la lentille dans tous les sens, l'éloigner ou la rapprocher de la lampe, et porter l'image focale de la flamme à des distances très variables. Cette image est d'autant plus vive qu'elle se rapproche davantage du foyer principal.

Du côté opposé à la lentille est adapté au collier un petit porte-écran qui sert à préserver les yeux du médecin et à concentrer les rayons lumineux sur la lentille.

b. *Mode d'emploi.* — Pour se servir de cet appareil d'éclairage, au lieu de placer la lampe en arrière et sur l'un des côtés du malade comme pour le réflecteur, on la place au contraire au-devant de la bouche du sujet, à une distance qui varie depuis 15 jusqu'à 80 centimètres.

On dirige le foyer lumineux de la lentille sur la bouche largement ouverte. Le médecin se place derrière le petit écran, et regarde à droite et à gauche de la lentille, ou même pardessus la flamme de la lampe.

M. Moura-Bourouillou recommande encore une autre manière d'éclairer le laryngoscope avec son appareil lenticulaire. Ce second mode d'éclairage consiste à placer la lampe et la lentille derrière et au-dessus de l'épaule du médecin. Le malade est assis à 60, 70 centimètres et même plus de la lentille, et le médecin regarde l'image laryngoscopique comme dans l'éclairage solaire. On peut, dans ce second cas, se servir d'une lentille beaucoup plus grande que la première, à foyer plus éloigné, puisque l'on n'est plus obligé de la placer entre ses yeux et le malade.

Quel que soit le mode d'emploi de la lentille, M. Moura-Bourouillou fait placer le malade de manière que l'axe visuel du médecin rencontre perpendiculairement le fond de la bouche éclairée un peu obliquement par les rayons lenticulaires.

§ III. — *Instruments d'éclairage solaire et de leur mode d'emploi.*

Lorsque le soleil est près de l'horizon, soit à cause de l'heure de la journée, soit à cause de la saison, il suffit de placer le malade en face du soleil, et envoyer directement dans sa bouche un petit faisceau de rayons lumineux au moyen d'un écran percé d'un trou. Mais comme il est très rare de pouvoir agir ainsi, on a cherché à imprimer aux rayons du soleil une direction favorable à l'éclairage du laryngoscope.

Il suffit pour cela d'une petite glace ordinaire sur laquelle on reçoit les rayons solaires. On la place sur un meuble, sur une fenêtre ou sur un appui quelconque, et on l'incline de

---

avec Buffon et d'autres philosophes, croire que la dignité de notre espèce est un don spécial du Créateur, tout à fait indépendant de la forme et de la texture intime de nos organes.

Je suis trop de mon espèce pour ne pas voir combien nous nous élevons au-dessus des autres animaux; cependant, quand je mesure l'intelligence de l'homme, et que j'en apprécie les résultats merveilleux, je m'aperçois bientôt que je cherche mes exemples, non pas chez l'homme tel qu'il est, mais bien chez l'homme tel qu'il est devenu. Je le prends perfectionné, éduqué, poli, civilisé. L'œuvre des années s'est faite; elle est immense; mais en est-il toujours ainsi pour toutes les races, et l'intelligence, comme le corps, n'a-t-elle pas des degrés de perfection qui la rendent plus ou moins apparente! Si elle brille d'un éclat si vif parmi nous, en est-il de même partout, et ne puis-je pas constater qu'elle s'entoure parfois de ténèbres?

L'homme, sur divers points de la terre, quelle que soit l'époque de sa création, est resté primitif. S'il s'est perfectionné au début de la vie, cette perfectibilité semble s'être arrêtée, et pour qu'elle puisse aujourd'hui continuer, il faut l'intervention d'une race supérieure, sans laquelle il semble qu'il ne puisse plus rien. De combien de degrés l'Australien s'élève-t-il au-dessus de certains animaux? Si je le savais, je ne voudrais pas le dire, tant ce chiffre pourrait paraître humiliant pour l'humanité, prise dans son ensemble. Le chien, le cheval, le chat, plusieurs oiseaux sont éducables, l'Australien ne l'est pas, ou l'est bien moins.

Les animaux sont intelligents, car je ne puis comprendre l'instinct, — et ils en ont tous, — sans un certain degré d'intelligence. Ils ont de la mémoire, de la prévoyance, des sentiments affectifs, des passions, que des cris modulés font comprendre aux individus de leur espèce, et souvent même, comme chez les oiseaux, à des individus d'espèce différente. Quels avantages les Hottentots, les Fuégiens, les Australiens, les Boschismens, les Esquimaux ont-ils sur les animaux? Sera-ce la pos-

Digitized by Google

façon à réfléchir les rayons horizontalement ou mieux obliquement de haut en bas. Le malade, assis le dos tourné au soleil, regarde le miroir, et le faisceau lumineux convenablement dirigé vers le fond de sa bouche éclaire vivement le laryngoscope.

Ce faisceau lumineux ne doit pas avoir une étendue plus grande que celle de la bouche du malade largement ouverte, afin qu'il ne puisse frapper ses yeux pendant l'examen laryngoscopique.

Si le miroir qui réfléchit la lumière du soleil est trop grand, il est facile d'appliquer sur sa face réfléchissante une feuille de papier percée d'un trou de 50 millimètres de diamètre environ.

Nous verrons plus tard que la glace du pharyngoscope de M. Moura-Bourouillou remplit très bien les conditions voulues pour l'éclairage solaire, et qu'on peut, en outre, lui imprimer à l'aide de sa tige tous les mouvements et toutes les inclinaisons désirables.

Au lieu d'une petite glace, M. Cusco a eu l'heureuse idée d'employer l'appareil à réflexion du microscope solaire. Cet appareil consiste en une glace rectangulaire articulée avec une plaque de cuivre qui se trouve munie d'un trou central, et fixée à la fenêtre d'une chambre obscure. Cette glace se meut dans tous les sens à l'aide de deux vis de rappel, et envoie à travers le trou de la plaque de cuivre un faisceau lumineux de la grandeur de la bouche.

On pourrait avoir recours à un appareil ingénieux, mais trop coûteux, connu sous le nom d'*héliostat*. C'est un mouvement d'horlogerie qui fait varier l'inclinaison du miroir au moyen d'une tige à laquelle celui-ci est fixé, et qui conserve aux rayons solaires réfléchis une direction constante.

CHAPITRE II.

EMPLOI MÉTHODIQUE DU LARYNGOSCOPE.

§ I^er. — *Application du miroir laryngien.*

Après avoir dirigé l'image focale de la flamme dans le fond de la bouche au moyen des appareils que nous venons de décrire, le médecin procède à l'introduction du miroir laryngien de la manière suivante :

Il place le manche du laryngoscope entre ses doigts comme une plume à écrire ; il a soin de faire chauffer l'instrument, afin de le mettre à la température de l'arrière-bouche du malade, sinon l'air chaud expiré ternirait bien vite sa surface réfléchissante. Il chauffe donc le laryngoscope, soit en le plongeant dans de l'eau chaude, soit en promenant sa face brillante au-dessus de la flamme d'une lampe ou d'une simple bougie; il essuie bien le miroir, et l'applique sur sa main ou sur sa joue pour apprécier sa température, car, trop chaud, il brûlerait la muqueuse buccale, trop froid, il se ternirait vite. M. Turck, pour combattre le refroidissement rapide, avait intercalé dans ses miroirs une couche d'un corps mauvais conducteur de la chaleur, une couche d'asbeste; mais il a renoncé à ce moyen à cause du trop grand volume donné au laryngoscope par cette addition. Avec un peu d'habitude, on arrive à connaître le degré de chaleur le plus élevé que puisse supporter le malade, et l'on peut ainsi laisser l'instrument dans sa bouche pendant assez longtemps sans qu'il se ternisse.

On recommande ensuite au malade d'ouvrir largement la bouche et de tenir la tête immobile. Les appuie-tête qui ont été proposés à cet effet sont tout à fait inutiles et gênent le malade.

Une condition aussi essentielle que celle de l'immobilité, c'est la direction de la tête par rapport à l'axe du tronc; il faut que la tête soit maintenue dans cet axe; il faut qu'elle reste bien droite, et l'on parvient alors à bien éclairer le voile du palais, ses piliers et la paroi postérieure du pharynx.

Alors seulement on introduit dans la bouche le miroir préalablement chauffé en dirigeant sa surface réfléchissante en bas. Dans cette position, le manche et la tige du miroir sont presque perpendiculaires à la langue; on relève lentement la tige, mais sans hésitation, de façon que la surface non réfléchissante se rapproche peu à peu du voile du palais. Pendant cette manœuvre, il faut avoir soin de ne faire tourner le miroir ni à droite ni à gauche; il doit rester toujours dans une position telle que le bord inférieur soit parallèle à la surface de la langue, et que par conséquent les deux bords latéraux soient, au contraire, perpendiculaires à cet organe. On repousse alors le voile du palais et la luette avec le dos de l'instrument, et on incline le miroir vers le larynx.

Il s'agit maintenant de placer cet instrument au fond de la bouche dans des conditions telles qu'il reçoive les rayons incidents et les réfléchisse dans la direction du larynx, c'est-à-dire suivant l'axe vertical de cet organe. Afin de rendre facile la recherche de cette direction, nous devons rappeler ici les lois de l'optique relatives à la marche des rayons lumineux.

Or, ces lois nous apprennent : que *l'angle de réflexion est égal à l'angle d'incidence;* que *le rayon incident et le rayon réfléchi sont dans un même plan perpendiculaire à la surface réfléchissante*, et qu'enfin, dans les miroirs plans, et le laryngoscope en est un, l'image de l'objet se fait derrière le miroir à une distance égale à celui de l'objet lui-même, et sur la perpendiculaire abaissée de l'objet sur le miroir.

Les lois de l'optique nous apprennent, de plus, que dans les miroirs plans l'image est de même grandeur que l'objet, et que l'image est *symétrique* de l'objet et *non renversée*, en attachant au mot symétrique le même sens qu'en géométrie, où l'on dit que deux points sont symétriques par rapport à un plan, lorsqu'ils sont situés sur une même perpendiculaire à ce plan et

---

sibilité de transmettre leurs idées par la parole, mais le langage dont ils se servent n'a de mots que ceux capables de servir les besoins les plus pressants de la vie. Quoique ces hommes aient comme nous cinq doigts à chaque main, la plupart d'entre eux ne savent compter que jusqu'à trois. Les rongeurs ont la prévoyance et les Hottentots ne l'ont pas. Qu'est-ce que la moralité des actions d'un Papou et d'un Botocudo! Le nid des oiseaux est incomparablement mieux construit que la hutte grossière qui abrite les Alfourous. Le tigre, le lion, la panthère, qui se repaissent de chairs vivantes, cèdent à la nécessité et ne sont pas féroces, supérieurs en cela aux peuplades anthropophages. Si je mets ici les animaux en relief, c'est uniquement pour montrer que l'intelligence humaine, malgré le développement merveilleux qu'elle a pris, se montre pourtant incertaine et troublée, et je déduis de cette constatation qu'il est sage de laisser l'homme à la place où Linné l'a mis, en réservant l'appréciation de ses qualités morales pour un autre ordre d'études, distinct de l'histoire naturelle.

M. de Quatrefages, qui se recommande aux zoologistes par d'excellents écrits et des travaux estimables, poursuit depuis longtemps et avec persévérance la question si difficile et si controversée de l'unité ou de la pluralité de l'espèce humaine. Il se prononce pour la solution orthodoxe, et consacre dans un livre qu'il vient de publier sur ce grave sujet (1) un chapitre sur le règne humain, règne qu'il avait adopté dès 1838, ainsi qu'il résulte d'une note placée au bas de la page 17. Nous ne suivrons pas M. de Quatrefages dans les raisons qu'il donne pour justifier l'établissement d'un règne hominal; elles sont les mêmes que celles invoquées par vous, et nous n'avons pas à les combattre, ayant cherché à établir que toute classification doit prendre pour bases l'organisation et non les facultés. M. de Quatrefages caractérise ainsi l'homme : *être organisé, vivant, sentant, se mouvant spontanément, doué de moralité et de religiosité.* Il y a bien quelques traces de moralité chez nos

(1) *Unité de l'espèce humaine.* Paris, 1861.

Digitized by Google

à une distance égale, l'un d'un côté du plan, l'autre de l'autre côté.

Or, l'objet que nous devons éclairer par réflexion, c'est-à-dire le larynx, se trouve situé entre le pharynx et la base de la langue; son axe vertical forme avec la surface de la langue un angle droit, c'est-à-dire un angle à 90 degrés environ.

Les rayons incidents qui partent du réflecteur ou de la lentille pénètrent au fond de la bouche parallèlement à la face supérieure de la langue.

Le miroir laryngien qui reçoit ces rayons doit, pour éclairer le larynx, les réfléchir suivant l'axe vertical de l'organe de la voix. Comme les rayons incidents et les rayons réfléchis se rencontrent à angle droit sur la surface du miroir, les angles de réflexion et d'incidence étant égaux, chacun d'eux sera de 45 degrés, c'est-à-dire égal à la moitié d'un angle droit; ce qui veut dire que la surface réfléchissante du laryngoscope doit être inclinée à la fois de 45 degrés et sur la surface horizontale de la langue et sur l'axe vertical du larynx.

Nous pouvons donc établir la règle suivante : *l'inclinaison du laryngoscope au fond de la bouche doit être de 45 degrés.*

Il ne s'agit plus pour obtenir l'éclairage du larynx que de placer le laryngoscope au fond de la bouche dans une inclinaison de 45 degrés, et alors apparaît l'*image laryngoscopique.*

§ II. — *Image laryngoscopique.*

Sous ce nom, nous comprenons l'image de toutes les parties constituantes de l'appareil phonateur, représentée dans le miroir laryngien.

Avant de la décrire, nous ferons remarquer que cette image n'est renversée que dans un sens et non dans deux sens, comme le prétendent les auteurs allemands.

Pour n'en donner qu'un exemple, supposons une ulcération siégeant sur la partie postérieure de la corde vocale gauche. Cette ulcération apparaîtra dans le miroir toujours du même *côté par rapport au malade*, c'est-à-dire du côté gauche de ce dernier.

L'image n'est donc renversée que dans le sens antéro-postérieur. Ce qui est en avant apparaît en arrière, ou, pour mieux dire, ce qui est en avant apparaît en haut dans le miroir. L'épiglotte, par exemple, qui est située en avant dans le larynx, apparaît en arrière ou mieux en haut dans le miroir, tandis que les cartilages aryténoïdes qui se trouvent en arrière dans le larynx se voient en avant ou mieux en bas dans le miroir.

Ceci bien compris, décrivons l'image laryngoscopique de haut en bas ou d'arrière en avant.

On voit d'abord en haut du miroir la face supérieure libre de l'épiglotte, sur le milieu de laquelle on remarque le repli glosso-épiglottique, et de chaque côté les fossettes sus-épiglottiques; puis, plus bas ou en avant, le bord libre de l'épiglotte, diversement conformé, plus ou moins relevé, donnant naissance à droite ainsi qu'à gauche à deux replis, l'un horizontal se dirigeant en dehors, et appelé pharyngo-épiglottique, l'autre se dirigeant au contraire en bas et d'arrière en avant, appelé aryténo-épiglottique. Ces deux replis circonscrivent entre eux et le pharynx un espace triangulaire profondément creusé en gouttière, et divisé latéralement par un petit repli transversal en deux fossettes, nommées *fossettes naviculaires* par le docteur Petz.

Plus bas et sur le milieu, entre les replis aryténo-épiglottiques, apparaît une ouverture triangulaire à sommet dirigé en haut et en avant, et formée par les cordes vocales inférieures ou vraies.

En dehors et au-dessus des cordes vocales proprement dites, se voient une fente longitudinale qui n'est autre que l'entrée des ventricules du larynx, et plus haut les cordes vocales fausses ou supérieures qui se continuent en dehors avec le repli aryténo-épiglottique.

Tout à fait en avant et en bas, on observe les cartilages aryténoïdes couronnés par les tubercules de Santorini, et de chaque côté, dans l'épaisseur même du repli aryténo-épiglottique, les cartilages de Wrisberg.

Plus bas et en arrière, on aperçoit la partie moyenne et postérieure des gouttières latérales du pharynx qui conduisent dans l'œsophage.

Nous ajouterons que pendant l'inspiration, au moment où les cordes vocales s'écartent, l'image de la trachée et de ses anneaux apparaît dans le miroir à travers l'ouverture de la glotte.

Telles sont, à l'état normal et en abrégé, les dispositions des diverses parties de l'image laryngoscopique.

Jusqu'à présent, nous avons supposé qu'aucun obstacle ne s'est rencontré dans l'application du laryngoscope; nous allons voir quelles sont les difficultés que l'on rencontre le plus ordinairement, et comment on peut les éviter.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, M. *Bretonneau*, décédé le 18 février, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

---

animaux domestiques, mais c'est nous qui l'avons développée, et elle n'existe que d'une manière obscure. Nous pourrions ajouter que la religiosité n'est pas absolument universelle, et que parfois ce qui en devient manifeste est à peine évident, mais nous croyons en effet que l'homme est moral et religieux, qualités qu'on peut regarder comme innées; toutefois cette déclaration laisse entières nos objections sur la valeur du règne humain que nous ne saurions regarder ni comme fondé en raison, ni comme nécessaire.

Le résumé que vous donnez, dans la partie de votre bel ouvrage, concernant l'établissement de ce règne, vous permet d'établir trois règnes organiques, et vous dites, dans le langage concis dont Linné nous a laissé de si parfaits modèles : la plante *vit*, l'animal *vit et sent*, l'homme *vit*, *sent et pense* : d'où il suit que la vie serait simple dans les plantes, vie végétative; double chez les animaux, vie végétative et vie animale; triple chez l'homme, vie végétative, vie animale et vie morale. Trois règnes, ni plus ni moins.

Comme il ne m'est pas possible de refuser la pensée aux animaux, ainsi que je le dirai tout à l'heure, je crois qu'il serait préférable, dans l'ordre d'idées que vous adoptez, de séparer vos trois règnes de la manière suivante :

Êtres organisés (empire organique)	n'ayant qu'une vie passive sans instinct de conservation : *les végétaux* (règne végétal).	
	jouissant d'une vie active, ayant l'instinct de conservation (règne animal),	non perfectibles par eux-mêmes : *les animaux*.
		perfectibles par eux-mêmes à des degrés différents : *les hommes*.

On éviterait ainsi de trancher la question relative à la faculté de penser que vous attribuez exclusivement à l'homme, tandis qu'elle s'étend évidemment aux animaux.

Si, pour vous, la pensée exprime les actes de l'intelligence qui demandent de la réflexion, de la méditation, du calcul, certes, ces combinaisons sont propres à l'homme, et la pensée humaine, ne saurait en aucune manière devoir être attribuée

Digitized by Google

Cette nouvelle est transmise par M. *Mahiet de la Chesneraye*, neveu du célèbre médecin.

Chimie appliquée. — *Du froment et du pain de froment*, par M. *Mège-Mouriès*. — L'auteur communique les résultats de ses nouvelles recherches, résultats qui confirment ses études précédentes, et donnent la solution du problème posé par la préfecture de la Seine avec tous les avantages économiques consignés dans le rapport de la commission du ministère du commerce. Ces avantages équivalent à quarante-cinq jours de consommation en France, à 600 francs environ d'économie pour la boulangerie de Scipion.

M. Mège-Mouriès signale aussi cet autre avantage, qui, à ses yeux, est encore plus important, et qui consiste, d'après des expériences décisives, à produire du pain plus favorable à la santé publique. (*Comm. :* MM. Chevreul, Dumas, Pelouze, Payen, Peligot.)

M. *Chevreul*, en présentant cette note à l'Académie et plusieurs produits dont elle parle, croit devoir rappeler quelques résultats des expériences de M. Mège-Mouriès, afin de satisfaire à quelques questions qui lui ont été adressées.

Rendement de la farine de froment pour 100 de froment.		*Rendement en pain des farines obtenues par les procédés ci-contre.*	
1° Par le procédé de Mège-Mouriès.	82	Pain de première qualité. . .	109 à 110
2° Par le procédé ordinaire, au plus.	70	Pain de première qualité. . .	92
3° Par le procédé donnant le pain réglementaire	75	Pain réglementaire inférieur aux deux précédents . . .	100

Hygiène. — M. *Graf*, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un système de fabrication des aiguilles « par un procédé qui écarte pour les ouvriers le double danger résultant de l'explosion des meules et de l'inspiration des poussières siliceuses et ferrugineuses », adresse aujourd'hui un document destiné à constater les bons résultats obtenus par suite de l'introduction de ce procédé dans une manufacture d'Aix-la-Chapelle, qui a été honorée du premier prix à l'exposition de Londres.

M. *Ch. Chevalier* présente un *ophthalmoscope* différant des instruments jusqu'ici connus sous ce nom par plusieurs dispositions. Quelques-unes de ces dispositions étaient, dit l'auteur, déjà indiquées dans une note déposée sous pli cacheté en septembre 1861, et dont la plus importante consiste dans la substitution de lentilles achromatiques aux verres simples. (*Comm. :* MM. Velpeau, de Senarmont et Cl. Bernard.)

Médecine. — L'Académie reçoit et renvoie à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant, deux lettres écrites en allemand, adressées, l'une par M. *Rode*, de Linden (duché d'Oldenbourg), et relative au *choléra-morbus;* l'autre, de Hambourg, par M. *A.-A.-W. Robert*, et relative à un remède contre les *dartres*. « Ce remède, dit l'auteur, apporté de France par ma famille quand elle fut contrainte de quitter le pays par la suite des mesures de rigueur prises contre les réformés, a depuis cette époque été fréquemment employé avec succès, et j'ai eu moi-même récemment, pour un cas des plus rebelles aux traitements ordinaires, l'occasion de constater sa grande efficacité. »

M. *le Secrétaire perpétuel* fait remarquer combien il serait désirable que les auteurs qui adressent pour les concours de prix des ouvrages écrits en langue étrangère, y joignissent une traduction ou du moins un résumé en français, afin d'abréger un peu le travail de la commission, travail considérable et qui s'accroît d'année en année.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Hillairet* à propos de l'instrument de M. Baunscheidt (de Bonn), présenté dernièrement par M. Gibert. (*Comm. :* M. Gibert.) — *b*. Une notice sur les hôpitaux de Londres, par M. *Chevallier* fils. (*Comm. :* M. Gosselin.)

M. le *Secrétaire* donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le docteur *Nonat :*

« Depuis que la discussion sur l'hygiène des hôpitaux s'agite à la tribune académique, il n'est pas un orateur qui n'ait cru devoir faire appel non-seulement aux lumières de ses collègues de l'Académie, mais encore à l'expérience des médecins du dehors, dans le but de concourir à la solution de cette importante et difficile question.

» J'ai considéré comme un devoir de répondre à cet appel et de soumettre au jugement de la savante Compagnie certains faits qui me paraissaient de nature à élucider un problème enveloppé de tant d'obscurité. Ma note relative à l'emploi des fumigations chlorées pour la désinfection des salles d'hôpitaux a été renvoyée à l'examen de M. Gosselin.

» Dans le résumé qu'il a fait de la discussion mardi dernier, le savant rapporteur a signalé instamment, et avec raison, l'influence pernicieuse de l'encombrement et de la viciation de l'air sur les malades des hôpitaux, et spécialement sur les opérés. Il a prononcé à plusieurs reprises le mot de *miasmes*, et il s'est longuement étendu sur les différents objets qui peuvent en être la source et leur servir de foyer ; il a notamment indiqué les inconvénients que présentent les rideaux à ce point de vue, et il a énuméré quelques-unes des mesures propres à diminuer les fâcheux effets de ces miasmes. Mais on est surpris que, dans une recherche si minutieuse des moyens capables d'assainir les salles et après avoir attaché une si grande importance aux plus simples détails de propreté, M. Gosselin ait omis de mentionner le procédé le plus sûr pour détruire l'élément miasmatique.

» Serait-ce parce que notre éminent confrère s'est figuré que ce que j'ai dit des fumigations chlorées s'applique exclusivement au choléra ? Une lecture attentive de la note que j'ai communiquée à l'Académie lui aurait prouvé que ce moyen de désinfection satisfait à toutes les indications de l'assainissement des salles d'hôpitaux, et qu'après en avoir constaté les excellents effets je le recommande d'une manière générale dans toutes les circonstances où l'air est infecté de miasmes.

» En terminant, et afin de prévenir une objection toute gratuite, je crois devoir répéter ce que j'ai dit dans ma note, à savoir que ce procédé n'exclut aucun des autres moyens d'assainissement dont l'expérience a consacré l'utilité, tels que l'aération, la

---

aux animaux; mais si par elle vous entendez parler d'un jugement formulé, d'une décision prise qui fait cesser l'hésitation, d'un acte de la mémoire qui rappelle le passé, il serait injuste de ne pas reconnaître qu'il existe une pensée animale, restreinte, bornée à la satisfaction des besoins matériels, superficielle et sans pénétration, quoique réelle. Est-il juste de dire que la bête ne pense point, qu'elle est en quelque sorte semblable à l'homme qui rêve; que tout est image pour elle, qu'elle est conduite à son insu par ses instincts? Cet automatisme ne saurait être admis en présence des faits bien constatés qui se rattachent à l'histoire des animaux.

Buffon leur accorde la conscience de leur existence actuelle et leur refuse la pensée, et M. Flourens fait remarquer avec raison que l'une ne peut aller sans l'autre (1). Il est vrai que plus tard Buffon dit du chien qu'il a le *désir de plaire*, qu'il *attend* des ordres, qu'il *consulte*, *interroge*, *supplie*, *entend les signes de la volonté*, actes qui ne permettent pas de refuser au chien une *certaine pensée* c'est-à-dire une certaine intelligence.

Condillac et G. Leroy accordent aux animaux jusqu'aux opérations intellectuelles les plus élevées. Buffon qui se contredit, parce qu'il flotte irrésolu dans son opinion sur la valeur intellectuelle des animaux, constate qu'ils ont de la mémoire et même une mémoire étendue, peut-être plus fidèle que la nôtre. Or, se ressouvenir à ses heures, c'est rappeler le passé. La mémoire exige la pensée et s'y associe.

Le chien, dit Frédéric Cuvier, n'obéit à son maître que parce qu'il veut : vouloir, c'est être libre de ne pas vouloir; c'est se décider à faire un acte; il y a décision prise et par conséquent intervention du jugement. L'incertitude, s'il faut prendre un parti, c'est *penser* qu'on fera ou qu'on ne fera pas telle ou telle chose. On pèse les motifs, et l'on agit en conséquence. Montaigne et Charron croyaient que les animaux combinent leurs idées, qu'ils raisonnent et réfléchissent. Voltaire les traite aussi généreusement.

(1) Flourens, *De l'instinct et de l'intelligence des animaux*, 3e édition, p. 15 et suivantes.

Digitized by Google

ventilation, etc., mais qui encore une fois sont insuffisants, puisqu'ils disséminent et raréfient les miasmes sans les anéantir. »

Lectures.

MÉDECINE LÉGALE. — M. le docteur *Bouchut* lit un travail intitulé : *Sur une nouvelle méthode de docimasie pulmonaire.*

L'auteur résume cette note dans les termes suivants :

« Les instruments d'optique, tels que le microscope et les loupes, peuvent servir à reconnaître qu'un poumon ou qu'un fragment de poumon a respiré.

» L'inspection de la surface extérieure des poumons d'un enfant ou d'un animal nouveau-né, avec une loupe, permet de constater : 1° la présence de l'air dans les vésicules pulmonaires ; 2° l'affaissement de ces vésicules par la maladie ; 3° et enfin leur imperméabilité congénitale, si l'enfant n'a fait aucun effort d'inspiration.

» Le tissu des poumons qui n'a pas respiré est compacte, mou, blanchâtre et rosé au milieu de la gestation ; rouge brun comme le tissu normal du foie ou comme du chocolat, si l'enfant est à terme ; et l'on voit à sa surface les intersections qui circonscrivent les lobules.

» Le poumon qui a complétement respiré est rose pâle, mou, crépitant ; il surnage et renferme dans chaque lobule un amas de vésicules aériennes, brillantes, arrondies, transparentes, invisibles à l'œil nu, mais appréciables au foyer d'une bonne loupe.

» Le poumon qui n'a pas complétement respiré est rose, crépitant, mou, marbré de taches rouges et brunes, compactes, dures, allant au fond de l'eau ; et, dans ces taches brunes, la loupe ne distingue aucune vésicule aérienne.

» On voit des poumons ayant à peine respiré, dont la plus grande partie est compacte, imperméable, mais dans lesquels se trouvent çà et là des lobules infiniment petits, larges de quelques millimètres, où existent des vésicules aériennes remplies d'air.

» Des lobules de poumon qui ont respiré peuvent être comprimés dans les doigts sans qu'on puisse chasser l'air constaté avec la loupe dans les vésicules aériennes.

» Après une putréfaction de plusieurs jours, dans l'air ou dans l'eau, on reconnaît encore à la loupe des vésicules aériennes d'un poumon qui a respiré.

» On peut, avec le même instrument, distinguer certains cas d'emphysème interlobulaire général, produit par l'insufflation, de l'emphysème interlobulaire partiel que produisent souvent les premiers efforts d'inspiration.

» La méthode de docimasie pulmonaire que je viens de décrire peut être employée concurremment avec les méthodes gravative de Plouquet, hydrostatique de Daniel de Bernt ou avec la surnatation de Galien, dans la recherche médico-légale de l'infanticide. » (*Commissaires :* MM. Adelon et Vernois.)

Élections.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre associé libre.

Le nombre des votants étant 65 et la majorité 33 :

M. Montagne obtient. . .	49 voix.
M. Daremberg	6
M. Reynaud.	6
M. François.	4

En conséquence, M. Montagne est nommé membre associé de l'Académie ; sa nomination sera soumise à la sanction de l'Empereur.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Trébuchet*. En 1829, un médecin anglais, M. Johnston, publia un travail sur les établissements hospitaliers en France, dans lequel il déclarait que l'unité d'administration, chez nous, remédiait seule à tous les abus enfantés en Angleterre par ce fait que chaque hôpital a une administration particulière. D'ailleurs il montrait, comme l'ont fait récemment dans cette discussion MM. Davenne et Bonnafont, que toute comparaison est impossible entre les hôpitaux de Londres et ceux de Paris, et qu'il était irrationnel d'établir un parallèle entre les résultats obtenus dans les uns et dans les autres. Cette opinion a été partagée par presque tous les étrangers qui ont visité nos hôpitaux, et qui tous envient pour leur pays la merveilleuse organisation de notre assistance publique.

Aussi, ajoute l'orateur, n'ai-je pas été médiocrement surpris d'entendre les critiques dont nos établissements hospitaliers ont été l'objet de la part de plusieurs de nos éminents collègues.

M. Trébuchet rappelle qu'à la tête de l'administration nosocomiale de Paris se trouvent les hommes les plus recommandables par leurs lumières, leur expérience et leur talent ; et il se rallie fermement aux protestations énergiques sorties de la bouche de M. Davenne, si autorisé dans cette question.

« Dans cette discussion, poursuit M. Trébuchet, je ne trouve à la place des faits que des opinions sur lesquelles on n'est pas même d'accord ; des chiffres contestables et contestés, rapportés de l'étranger ; des comparaisons impossibles dans les conditions où on les a faites et circonscrites, d'ailleurs, dans un cercle trop étroit pour qu'elles puissent motiver aucune conclusion sérieuse. On entre dans des détails de service qui ne sont la plupart que des détails d'économat. »

La question des rideaux ne paraît pas à M. Trébuchet une question résolue. Celle du balayage des salles lui semble plus douteuse encore.

Le conseil d'hygiène publique et la commission des loge-

Il est bien peu de nos qualités et de nos défauts qui n'existent chez les animaux à un degré plus ou moins marqué. Les individus, de même que les hommes, diffèrent par le caractère. On trouve parmi les espèces courageuses, des timides et des lâches. Les chiens, si bien doués d'ordinaire, sont parfois ingrats, rancuneux, féroces, hargneux, et chacun a pu voir des chats doux et affectueux, se laissant caresser par le premier venu. Le dévouement, la reconnaissance, la sensibilité, la prévoyance ne sont point étrangers aux animaux, non plus que la jalousie, la colère, l'emportement, l'orgueil et la ruse. Aucun de ces sentiments ne se manifesterait si la pensée n'intervenait, et qu'ils fussent de simples machines cartésiennes.

Lorsque la marmotte, le chien des prairies, le flammant et bien d'autres animaux creusent des terriers et font des nids, ils cèdent à l'instinct ; mais s'ils mettent en vedette un des leurs, pour les avertir d'un danger, ils font acte d'intelligence.

Les faits extraordinaires dont abonde l'histoire des grands et des petits animaux n'ont pas besoin d'être rappelés ; s'ils étaient tous prouvés, il faudrait les apprécier à une plus haute valeur que nous ne le faisons. J'ai sous les yeux un livre intéressant, publié en 1856 : CAUSERIES SUR LA PSYCHOLOGIE DES ANIMAUX, par M. Troegel ; cet auteur élève considérablement la dignité des animaux, surtout celle des oiseaux. Il veut qu'ils calculent les conséquences de leurs actions, qu'ils distinguent l'apparence de la réalité, qu'ils choisissent de deux maux le moindre, et de deux avantages le plus grand ; honte, ambition, orgueil, mélancolie, attachement, indifférence, amour, haine, sympathies, antipathies, jalousie, bonté, pitié, compassion, droit, justice, équité, désespoir poussé jusqu'au suicide, respect pour la vieillesse, sentiment de ce qui est permis et de ce qui ne l'est pas, tout jusqu'au sentiment du beau, il ne leur refuse rien, et c'est avec des faits nombreux, la plupart observés par lui, qu'il se présente à ses lecteurs. Sans aller aussi loin que M. Troegel, je puis déclarer avoir vu des exemples d'intelli-

Digitized by Google

ments insalubres émettent l'avis dans leurs instructions respectives que la propreté sèche est préférable à la propreté humide, c'est-à-dire que les lavages sont plus nuisibles que les balayages, même fréquemment répétés.

Reprenant quelques-uns des points successivement soulevés par la discussion, M. Trébuchet conteste le danger des grandes salles comparées aux petites. M. Malgaigne a argumenté à ce sujet de ce qui s'était passé en 1814 dans les hôpitaux de Paris. L'orateur fait remarquer que les hôpitaux proprement dits reçurent des malades dans de très mauvaises conditions, arrivant presque mourants des hôpitaux de province, chassés par l'approche de l'ennemi ; tandis que les petites salles des abattoirs transformés momentanément en hôpitaux, et où la mortalité fut moindre, ne reçurent que les blessés dans la défense de Paris, blessés qui se trouvaient dans des conditions incontestablement meilleures. Toutefois, M. Trébuchet reconnaît que cette installation provisoire permit de faire quelques observations utiles en faveur des pavillons séparés.

Selon M. Trébuchet, on a confondu l'encombrement des salles avec la question de leurs dimensions. Il se demande si les grandes salles, où l'espace est proportionnel au nombre des lits, sont vraiment plus mauvaises, plus dangereuses que les petites, et il reste dans le doute.

Il en est de même pour la question des petits hôpitaux comparés aux grands; c'est ici la statistique qu'il faut consulter.

Les comptes moraux administratifs de l'assistance publique pour les cinq années, 1856 à 1860 inclusivement, montrent que les établissements les plus considérables ne sont pas ceux où la mortalité a été la plus élevée, toute proportion gardée entre le chiffre des malades et celui des décès.

Services de médecine et de chirurgie réunis.

	NOMBRE DES MALADES.	DÉCÈS.	MOYENNE.	
Pitié	50,340	6,061	1 décès sur	8,38
Lariboisière	48,875	5,730	—	8,52
Beaujon	31,978	3,500	—	9,13
Necker	34,392	3,599	—	9,55
Hôtel-Dieu	66,675	6,840	—	9,74
Saint-Antoine	30,770	3,019	—	10,19
Cochin	9,921	963	—	10,30
Charité	39,702	3,765	—	10,54

Ainsi Cochin, le plus petit des hôpitaux, ne diffère que par quelques fractions insignifiantes de la Charité, qui est quatre fois plus considérable et ne présente avec l'Hôtel-Dieu qu'une différence de demi pour 100 environ. Ce dernier établissement n'est que le cinquième dans l'ordre des décès; et enfin la Charité, le quatrième établissement suivant son importance, se trouve le dernier de tous dans l'ordre de la mortalité.

Les différences les plus sensibles se montrent dans les services de chirurgie. C'est ici que l'observation a le plus d'importance, car les services de chirurgie sont ceux où la division et l'isolement des malades paraîtraient exercer le plus d'influence sur les guérisons, d'après ce qui a été dit dans cette discussion.

Tableau de la mortalité relative pour chacun des hôpitaux généraux (de 1856 à 1860).

	NOMBRE DES MALADES.	DÉCÈS.	MOYENNE.	
Saint-Louis	11,258	608	1 décès sur	16,12
Pitié	10,838	671	—	16,16
Cochin	3,414	207	—	16,49
Beaujon	10,150	611	—	16,61
Saint-Antoine	5,374	308	—	17,44
Necker	6,026	337	—	17,88
Lariboisière	14,754	807	—	18,28
Hôtel-Dieu	17,421	798	—	21,83
Charité	12,735	425	—	29,96

Ces chiffres ne semblent-ils pas prendre à tâche de déjouer toutes les idées reçues sur les avantages des petits établissements, en ce qui concerne surtout les services de chirurgie ? En effet, dans les trois hôpitaux les plus vastes, les plus populeux, l'Hôtel-Dieu, la Charité, Lariboisière, la mortalité est de beaucoup inférieure, pour les services de chirurgie, à celle des autres maisons !

La mortalité est plus considérable encore, et hors de proportion avec celle des hôpitaux ordinaires, dans la maison municipale de santé, où se trouvent pourtant réunies toutes les conditions réclamées par l'hygiène et par les principes le plus généralement admis pour la construction et les dispositions intérieures d'un hôpital. De 1856 à 1860, on a reçu, dans l'ancienne et dans la nouvelle maison de santé, 10,695 malades ; il y a eu 1514 décès, ou 1 décès sur 7,06, tandis que, dans les autres hôpitaux, la moyenne la plus élevée est de 1 sur 8,33. La proportion est plus forte dans les services de chirurgie, 1 sur 11,79, la moyenne la plus élevée dans les autres hôpitaux n'étant que 1 sur 16,12.

D'autre part, si on consulte la durée du séjour *des malades*, on trouve aussi qu'elle est plus longue à la maison de santé que dans les autres hôpitaux. Ainsi, en 1860, elle a été en moyenne de 27,25, tandis que celle des hôpitaux généraux n'a été que de 23,02.

« Il résulte donc de tous ces chiffres que la question des grands et des petits établissements hospitaliers est encore loin d'être résolue, et même peut-être de pouvoir l'être.

» Cette question demande de profondes études.

Les causes de la mortalité doivent être recherchées ailleurs que dans l'étendue des salles ou dans la population plus ou moins considérable de l'établissement. Il faudrait étudier les détails de chaque salle, son aménagement, son exposition, les différents modes de chauffage et de ventilation, les causes locales, soit extérieures, soit intérieures, qui peuvent exercer quelque

---

gence tels qu'il m'est impossible de refuser aux animaux la faculté de penser. D'ailleurs, si nous jugeons sainement des autres hommes, c'est d'après ce que nous-mêmes éprouvons. Hors de là, le doute, l'incertitude, l'hésitation faussent notre jugement; tout, chez les animaux, est mystérieux, et nos décisions à leur égard ne sont, la plupart du temps, que des hypothèses.

Bien que je réserve pour l'homme le privilége d'une perfectibilité indéfinie, dont lui-même est l'artisan, je ne puis refuser aux animaux une perfectibilité restreinte qu'ils ne doivent qu'à eux seuls. En y regardant bien, on pourrait décider que plusieurs d'entre eux ne sont pas aujourd'hui tels qu'ils étaient jadis, du moins voit-on que parfois ils modifient leurs habitudes dans l'intérêt de leur défense et de leur mieux-être. Les chevaux qui ont recouvré leur liberté en Asie et en Amérique forment des familles ayant un étalon pour chef; celui-ci commande et se fait obéir; il choisit les pâturages; le soir il rassemble son *clan*, et le conduit dans le lieu qui lui convient pour le repos de la nuit; aucun intrus ne peut se glisser dans la troupe. Lorsque plusieurs familles de chevaux marchent ensemble, quoique formant des groupes distincts, des éclaireurs qui se portent en avant s'arrêtent et hennissent au moindre objet suspect pour avertir la troupe, qui se rallie et s'apprête au combat. Les onagres ont une organisation pareille : attaqués par des loups, ils se mettent en cercle, les faibles (poulains et vieillards) au centre; ils attendent l'ennemi, le reçoivent à coups de pieds, et le déchirent à belles dents. Les éléphants forment aussi des clans, se donnent un chef, et, dans leurs marches, mettent à l'avant-garde et à l'arrière les plus forts de la troupe, tandis que les mâles entourent les petits et les mères, prêts à les défendre au besoin. Les hiénoïdes chassent en commun avec autant d'ordre que les chiens les mieux dressés. Si certains animaux mettent des vedettes pour les avertir de l'approche d'un danger, c'est que ce danger leur a été révélé. La même espèce d'animal varie la manière d'attaquer et la manière de se défendre, suivant l'animal

Digitized by Google

influence sur tel ou tel genre de maladie; la situation personnelle de chaque malade, le quartier dans lequel se trouve l'hôpital, en ayant égard aux centres manufacturiers, à la proximité des grandes usines, des gares de chemins de fer; tenir compte, enfin, d'une foule de circonstances dont l'importance est généralement connue. Ces questions ne peuvent être résolues par des généralités, par des appréciations purement théoriques.

» Ce n'est pas non plus, ainsi que le démontrent mes recherches sur la mortalité de Paris pendant la première moitié de ce siècle, ce n'est pas seulement dans la position topographique d'un quartier, dans son étendue comparée à la population, que l'on trouve les éléments nécessaires pour l'étude de la mortalité. Il faut, en outre, tenir compte de l'habitation, et surtout de l'encombrement des logements, des mœurs et du genre de vie des habitants. »

Après avoir combattu la proposition émise par M. Devergie, et tendant à instituer un comité spécial d'hygiène près l'administration de l'assistance publique, M. Trébuchet ajoute en terminant :

« Provisoirement, je crois qu'il serait convenable et urgent d'étudier les questions pratiques qui peuvent recevoir une solution immédiate, à savoir : si le nombre des malades que renferme chaque salle est en rapport avec la capacité de la salle; si les lits sont suffisamment espacés; si les systèmes de chauffage et de ventilation répondent aux besoins des salles. Je voudrais qu'on étudiât le régime alimentaire, ce qui concerne l'administration des bains, et enfin qu'on s'occupât sérieusement du logement des internes et de tout ce qui touche à leur bien-être.

» Ne détruisons pas, poursuit M. Trébuchet, par des assertions gratuites ou par des attaques trop vives le prestige qui entoure nos hôpitaux. Tâchons, au contraire, de bien faire comprendre à la population, comme une vérité incontestable, que c'est encore dans les hôpitaux de Paris, et j'en pourrais *dire autant de tous les* hôpitaux de France, que les classes malheureuses trouvent souvent les soins les mieux entendus, la sollicitude la plus éclairée, les consolations les plus profondes. »

M. *Gosselin* croit devoir faire observer que la discussion tend à sortir du cercle où elle avait été primitivement circonscrite. Les débats sont nés d'une phrase de son rapport dans laquelle était signalée la profonde différence des résultats de la pratique chirurgicale dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux étrangers, notamment dans les hôpitaux anglais, ce qui soulevait naturellement la question de savoir si cette différence ne pouvait pas s'expliquer par les conditions hygiéniques différentes dans lesquelles étaient placés les opérés ou les blessés dans les hôpitaux de Paris et dans ceux de Londres. C'est donc à tort que M. Trébuchet apporte à la tribune les statistiques de la mortalité générale, qui est hors de cause, au moins dans la rédaction du rapport et dans la pensée du rapporteur.

M. *Trébuchet* répond que, même pour s'en tenir aux résultats comparatifs de la pratique chirurgicale dans les hôpitaux de Londres et dans ceux de Paris, il n'est pas pleinement édifié sur les succès relatifs de nos voisins. Leurs statistiques ne lui inspirent qu'une médiocre confiance; et, en tout cas, il ne saurait en tirer les conclusions qu'en ont tirées MM. Le Fort et Topinard, et, après eux, MM. Gosselin et Malgaigne.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 7 MARS 1862.

1° Discussion sur l'observation de M. *Blachez*, concernant l'ictère grave;

2° M. *Guibout* : observation de fièvre pernicieuse;

3° M. *Devilliers* : de l'écartement des symphyses du pubis.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU ; MOUVEMENTS CIRCULAIRES.

M. *Mesnet* lit un mémoire intitulé : *Quelques faits de physiologie pathologique du cerveau : mouvements circulaires*, travail entrepris à l'occasion d'un malade observé à l'hôpital Saint-Antoine, et qui, dans le cours d'une affection cérébrale chronique, présenta, entre autres accidents, ces troubles particuliers des fonctions locomotrices qui ont été décrits par les physiologistes sous le nom de *mouvements circulaires* ou de *manége*. Le sujet, âgé de quarante-deux ans, offrait à son entrée à l'hôpital un aspect d'hébétude; sa parole était traînante, lente, mais ses réponses paraissaient exactes. La maladie remontait à deux ans et demi, et avait débuté par une céphalalgie frontale persistante. Depuis les forces se sont affaiblies, puis des attaques épileptiformes sont apparues de plus en plus fréquentes, et provoquées par la moindre émotion ou le moindre excès de boisson. Le caractère du malade a changé, il est devenu mélancolique, et se laisse mener comme un enfant. Les fonctions animales s'exécutent bien. On ne note aucune maladie grave antérieure, aucun antécédent syphilitique, mais la mère est morte d'un cancer de l'estomac. A part l'affaissement de la physionomie, la négligence extérieure du malade, son état de saleté habituelle, on observe à peine une légère déviation du sillon naso-labial et de la commissure des lèvres à droite. La langue n'est pas déviée. La dilatation de la pupille et la vision sont égales des deux côtés. Il n'y a pas d'affaiblissement anomal des membres gauches, mais prédominance

---

qui donne lieu à l'attaque et à la défense; déjouer les ruses du chasseur, éventer les piéges tendus, quitter le territoire où les ennemis sont trop nombreux ou trop redoutables, c'est mettre à profit l'expérience; or, ce qu'une génération a fait de progrès se transmet aux générations qui se succèdent, malheureusement les résultats obtenus ne sauraient se continuer; souvent même, ce que les animaux gagnent d'un côté ils le perdent de l'autre. Toutefois, il suffit de constater qu'ils peuvent se modifier dans leurs habitudes pour décider que ce ne sont pas des machines animées, et que, chez eux, la plupart des facultés de l'homme sont en germe; mais ce germe ne peut jamais se développer, et c'est parce que nous sommes, à cet égard, dans des conditions opposées que nous retrouvons entière la dignité de notre nature.

Sans doute, monsieur, malgré mes objections à l'adoption du règne humain, persisterez-vous dans votre opinion et continuerez-vous à refuser la pensée aux animaux; mais ce que vous serez forcé d'admettre avec moi, c'est que les opinions, à cet égard, la vôtre comme la mienne, sont fort controversées. Aussi longtemps qu'il y a plaidoyer pour et plaidoyer contre, rien n'est décidé. Ce que l'anatomie zoologique nous apprend de la forme et de la structure des organes, l'œil le confirme, le scalpel le démontre, la main le dessine. L'hésitation cesse; on voit, on touche, on compare. L'œuvre psychique n'ayant rien de palpable doit être distincte de l'histoire naturelle; il faut l'étudier à part. La création d'un règne humain peut satisfaire ma vanité, mais non ma raison. Considéré physiquement, l'homme est un animal, le premier de tous, parce qu'il me semble le mieux équilibré, voilà tout; moralement parlant, il s'en éloigne, et chaque jour davantage, par la perfectibilité de sa nature, la grandeur de son intelligence, la sublimité de sa pensée. Ce que je refuse aux naturalistes, je l'accorde aux métaphysiciens, et s'ils séparent l'homme des animaux par un abîme, je n'essayerai pas de le combler.

A. FÉE.

Strasbourg, le 7 octobre 1861.

d'action des membres droits; il présente ce phénomène singulier qu'il lui est impossible de marcher directement vers son but : il est toujours entraîné à droite, il va heurter le mur de la salle, et accroche tous les lits placés de ce côté. Cet entraînement est d'autant plus manifeste qu'il marche dans un endroit plus rétréci. La sensibilité est troublée, mais non abolie. Pendant son séjour à l'hôpital, les accès épileptiformes se reproduisent à intervalles rapprochés. L'affaiblissement physique et intellectuel augmente, sans qu'il y ait cependant de délire ni d'embarras de la parole, mais les réponses sont lentes; la mémoire s'affaiblit et devient incomplète sous le rapport des dates, par exemple. Son caractère est chagrin, susceptible; il a des absences au milieu des actes les plus simples; son sommeil est troublé par des rêves, et plus de vingt fois il est tombé de son lit, et toujours du côté droit. Une nouvelle affligeante pour lui redouble tous les accidents, et le malade succombe dans un état d'engourdissement presque complet au bout de trois mois environ.

L'autopsie montre un amincissement très notable de la boîte crânienne du côté droit, surtout au niveau de la bosse frontale, où l'os est réduit à sa table externe. Pas d'altération de la dure-mère; l'incision des méninges laisse écouler une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Le cerveau ne présente, en apparence, aucune altération dans son volume ou dans sa forme; mais le lobe droit antérieur contient une tumeur dure, arrondie, du volume d'un gros œuf, profondément enfouie dans la substance cérébrale, et formée d'un tissu homogène, sans élasticité, criant sous le scalpel, de couleur blanc grisâtre, et laissant suinter par le grattage un suc transparent et incolore; cependant ce produit pathologique, examiné au microscope par M. Gubler, n'a pas présenté les caractères tranchés du cancer ou du tubercule; c'est un mélange d'éléments histologiques divers, où sont mêlés avec les tubes du cerveau beaucoup de néocytes, de granulations moléculaires et d'éléments de tissu connectif et fibroïde, ensemble qui, selon la conclusion de M. Gubler, n'accuse et n'exclut aucune diathèse. La substance cérébrale ambiante n'est pas ramollie, ni altérée d'aucune manière; les organes thoraciques et abdominaux, poumons, cœur, foie, rate, reins, testicules, n'offrent aucune lésion notable.

Telle est l'observation; l'auteur fait ressortir le défaut de proportions qui existe entre les symptômes observés et la lésion dont l'existence semble rendre tout d'abord la vie impossible. Il rappelle cette remarque de M. Cl. Bernard, que grande est la différence entre les résultats des lésions brusques produites par les vivisections et ceux des lésions produites lentement, et il ajoute que pour lui, pathologiste, la différence est encore plus grande quand c'est la nature et non la main de l'homme qui produit la lésion. L'accoutumance est, du reste, la seule raison acceptable de ces différences.

Il signale aussi tout d'abord la contradiction qui existe entre le fait présent et l'opinion généralement adoptée d'après M. Bouillaud (*Archives générales de médecine*, 1828), selon laquelle le lobe cérébral antérieur serait l'organe de la parole. Ici la parole n'a jamais été troublée jusqu'au dernier moment, malgré la lésion énorme développée dans la partie du cerveau, qui en serait, suivant cette opinion, l'organe exclusif.

Mais c'est surtout au point de vue de l'équilibration des mouvements que M. Mesnet a étudié ce malade, et a recherché dans les auteurs ce que les vivisections ou les observations pathologiques pouvaient apprendre à ce sujet.

Les travaux des physiologistes qui ont voulu vérifier les assertions énoncées par Magendie, en 1833, devant l'Académie de médecine, les expériences de MM. Longet, Flourens, Purking, ont, malgré des résultats contradictoires, acquis à la science la certitude que les lésions des centres nerveux peuvent déterminer chez l'homme et chez les animaux des mouvements irrésistibles de différents ordres : 1° la *propulsion* en avant; 2° la *rétrocession* ou le recul; 3° des mouvements *circulaires*, soit autour de l'axe du corps, soit sur une courbe variable. Ces différents mouvements ont été étudiés avec soin, au point de vue pathologique, par le docteur Roth (*Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anormale*, Paris, 1850), qui s'est attaché surtout aux deux premiers ordres, mais qui, tout en signalant les mouvements circulaires, paraît avoir méconnu la progression oblique ou déviation latérale dont M. Mesnet a essayé de faire l'étude.

Les mouvements circulaires observés chez l'homme malade ou chez les animaux sont de deux ordres : 1° les *mouvements gyratoires* sur place, autour de l'axe du corps pris comme centre, qui se produisent soit dans la station debout, *mouvement de toupie*, soit dans la position horizontale, *mouvement de roulement;* 2° les *mouvements de manége*, bien différents des premiers, en ce que l'animal décrit des cercles d'un rayon plus ou moins grand autour d'un point idéal placé hors de lui.

Les physiologistes (MM. Serres, Magendie, Flourens, Longet) sont d'accord à placer dans les pédoncules cérébelleux la lésion qui produit les mouvements gyratoires : on n'est pas bien d'accord sur la question de savoir dans quel sens se produit la rotation; mais cependant celle-ci s'opère, le plus souvent, du côté correspondant à la lésion. Quant aux mouvements de manége, les divergences sont plus grandes : Magendie les attribue à la lésion des pyramides antérieures; M. Flourens et M. Lafargue (Thèse, Paris, 1838) à celle de la couche optique; M. Longet tout à la fois à celle des couches optiques et des pédoncules cérébraux. Dans toutes les expériences des premiers observateurs l'animal a tourné du côté de la section; dans celles de M. Longet il a tourné du côté opposé.

La pathologie expérimentale est venue confirmer en partie ces résultats.

Les mouvements de rotation, soit de toupie, soit de roulement horizontal, ont été observés chez l'homme malade, et l'autopsie a montré des lésions matérielles vers les pédoncules du cervelet, seulement ces lésions se sont bornées souvent à des troubles congestifs de siége variable; c'est *surtout dans les* cas d'épilepsie que ces troubles se sont produits. L'anatomie pathologique de cette maladie est trop peu connue pour que nous puissions remonter du symptôme à la lésion; mais il est fréquent de voir, soit au début, soit à la fin de la convulsion, des troubles locomoteurs prédominants d'un côté du corps, et même de véritables mouvements gyratoires. M. Mesnet en cite un exemple remarquable, où l'autopsie n'a montré cependant autre chose qu'une injection générale des méninges et du cerveau.

La pathologie fournit quelques exemples de rotation correspondant à une lésion circonscrite. M. Belhomme, dans un mémoire sur le *tournis* lu à l'Académie de médecine en 1833, cite le cas d'une demoiselle de quarante-sept ans chez laquelle on observa des crises nerveuses avec mouvements gyratoires, ordinairement de droite à gauche, mais quelquefois aussi de gauche à droite; l'autopsie montra deux exostoses de la gouttière basilaire, lesquelles comprimaient les pédoncules cérébelleux.

M. Serres (*Traité de l'anatomie du cerveau*, t. II) cite un homme qui présenta un mouvement de tournoiement remarquable de droite à gauche, et qui, étant couché, continua à rouler dans son lit dans le même sens; quelques heures après survint une hémiplégie gauche, mais les mouvements de rotation persistèrent pendant toute la durée de sa maladie. L'autopsie, faite quatre mois et demi après, montra un ancien foyer apoplectique au milieu du pédoncule cérébelleux droit; il est à remarquer que, dans ce cas, les deux mouvements gyratoires, mouvement de toupie et mouvement de roulement, avaient précédé l'hémiplégie, et par conséquent l'hémorrhagie, et avaient été produits par une même lésion du cerveau, savoir l'état congestif qui avait préparé cette hémorrhagie. N'est-ce pas là ce qui se produit chez les épileptiques dont l'auteur parlait tout à l'heure?

Les mouvements gyratoires sont donc le signe d'une grande

Digitized by Google

perturbation des actes cérébraux, puisqu'ils se manifestent ordinairement au moment d'accès convulsifs; cependant ils ne sont point le signe certain d'une lésion nécessairement mortelle, car il y a quelques exemples de guérison bien constatés, où la rotation reparaissait encore par accès à périodes régulières avec un cortége d'accidents hystériformes.

Les mouvements de manége sont beaucoup plus rares dans la pathologie humaine, puisque l'auteur a compulsé en vain les ouvrages d'Abercrombie, de Lallemand, de MM. Andral et Calmeil, et le *Traité des maladies cérébrales obscures* publié récemment par Forbes-Winslow, et que M. J. Falret a analysé dans les *Archives de médecine*. Il est singulier qu'un fait si constamment reproduit par les physiologistes ne se trouve pas dans les cadres de la pathologie humaine; les lésions isolées des pédoncules du cerveau ou d'une couche optique seule ne sont cependant pas exceptionnelles. L'auteur a donc été surpris de ne trouver qu'un cas, observé par Hufeland, et cité par le docteur Roth : un jeune garçon, à la suite d'un violent coup de bâton sur la tête, devint incapable de tout travail, et fut pris d'accidents divers, parmi lesquels on nota une tendance irrésistible à courir sans s'arrêter, soit en ligne droite, soit en cercle. Si on le retenait, et si on le questionnait, il répondait qu'il cédait à un sentiment d'anxiété générale auquel il ne pouvait résister. Bientôt survinrent d'autres accidents choréiques, épileptiformes; la trépanation fut pratiquée, et le malade guérit entièrement. Cette observation est fort incomplète, puisqu'elle n'indique ni les détails de l'opération, ni l'affection cérébrale qui avait existé, mais qui semble avoir dû être un abcès survenu à la suite de la violence extérieure.

M. Mesnet croit pouvoir placer à côté du mouvement circulaire, si rare chez l'homme, le mouvement oblique, la déviation latérale, qui n'en diffère que par la nature de la courbe, et par conséquent par l'étendue du rayon. Mais le phénomène semble identique, et c'est ce qu'il a pu étudier chez le sujet de son observation. Cet homme était dans l'impossibilité de diriger sa marche; il était constamment entraîné à droite, et, pendant le sommeil, le même entraînement se reproduisait, et poussait le malade hors de son lit toujours du côté droit. Il doit à son collègue, M. Delpech, la communication d'un autre fait, où la déviation latérale, reconnue chez une dame atteinte d'une céphalalgie rebelle, avec accidents névralgiques de la cinquième paire qu'aucun traitement n'avait pu modifier, permit à ce médecin de diagnostiquer une lésion cérébrale grave, et de porter un pronostic fâcheux, dont l'événement ne tarda pas à démontrer la justesse.

Dans l'analyse de ces observations, M. Mesnet s'est demandé quelle pouvait être la cause de l'entraînement; il a recherché s'il était la conséquence 1° d'un trouble de la vision; 2° de la faiblesse d'un des côtés du corps; 3° d'une action irrésistible ou d'une suractivité musculaire du côté même où il se produisait.

La première cause peut être écartée; il a été facile de s'assurer que la vision était intacte chez le malade de M. Mesnet, comme chez celle de M. Delpech; d'ailleurs le premier présentait ces phénomènes d'entraînement même la nuit, pendant son sommeil.

La faiblesse musculaire d'un côté du corps ne donne pas d'explication suffisante. Si l'on observe une déviation dans la marche d'un hémiplégique, cette déviation se produit toujours du côté paralysé, par conséquent du côté opposé à la lésion cérébrale. Chez son premier malade, au contraire, M. Mesnet a vu la déviation se faire du côté même de la lésion cérébrale, du côté du corps qui était relativement le plus fort. La malade de M. Delpech est hors de cause, puisqu'elle n'avait aucun symptôme de paralysie. Il faut donc admettre l'entraînement irrésistible. MM. Charcot et Vulpian, dans leur récent travail sur la paralysie agitante (*Gazette hebdomadaire*, 20 décembre 1861, p. 819), ont étudié cette question, et admis cet entraînement irrésistible, soit en avant, soit en arrière, dans des cas où le tremblement était peu prononcé, sans que cet entraînement soit, comme dans la généralité des cas, expliqué par la nécessité d'équilibrer les mouvements.

La pathologie comparée fournit heureusement des notions qui suppléent à l'insuffisance des faits observés chez l'homme. *Le tournis*, cette affection qui a pour cause le développement de cœnures dans les ventricules cérébraux, et pour symptômes la marche circulaire de l'animal, nous offre, chez le mouton, le type le plus complet de ce trouble locomoteur. Le mouton exécute son mouvement dans un cercle de plus en plus étroit à mesure que la maladie s'aggrave. Les malades humains n'ont jamais présenté qu'une déviation latérale, mais n'est-ce pas là peut-être une courbe à rayon très allongé. Le phénomène commun est cet entraînement irrésistible dont le malade d'Hufeland rendait compte.

Le docteur Motet a communiqué dernièrement à la Société médico-psychologique le résultat d'expériences nouvelles sur le tournis. Il a voulu mesurer cette force qui entraînait l'animal en l'évaluant par un contre-poids qui lui fit équilibre. Un licou et une bride lui permirent d'arrêter l'animal dans son mouvement circulaire par une traction en sens opposé. Alors l'animal, arrêté dans son mouvement, s'abattait dès qu'il était maintenu; une seule fois il y eut un quart d'heure d'immobilité, puis l'animal se jeta à terre. Si on lâchait le licou, le mouton reprenait aussitôt son mouvement de tournis. Cette expérience prouve que le corps est emporté par un surcroît d'activité musculaire du côté correspondant à la lésion. Mais la cause de ce trouble est encore à trouver.

M. le docteur Davaine (*Traité des entozoaires*) a essayé d'expliquer le tournis par l'excitation cérébrale qui doit se produire au moment où les têtes des cœnures sortent de leurs enveloppes pour plonger dans la substance cérébrale; mais, dans le cas de M. Mesnet, on ne peut même invoquer un travail phlegmasique, puisque la substance cérébrale autour de la tumeur était saine.

L'auteur résume enfin son travail dans les conclusions suivantes : 1° le mouvement de déviation est produit par un entraînement irrésistible; 2° il est lié à l'existence des tumeurs chroniques du cerveau, et peut servir au diagnostic de ces affections; 3° il se produit ordinairement du côté de la lésion, dont le siége semble appartenir surtout aux parties supérieures du cerveau, lobes antérieurs, ventricules latéraux, lobes postérieurs; 4° il présente la plus grande analogie avec les mouvements circulaires du tournis, à la différence de la nature spéciale de cette dernière maladie, la présence des cœnures n'ayant jamais été constatée chez l'homme.

Dr E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Remède indien contre la variole, par Chalmers Miles.

Au mois de novembre dernier, William a présenté à la Société épidémiologique de Londres, au nom de Herbert Chalmers Miles, chirurgien militaire à Halifax (Nouvelle-Écosse), les échantillons d'une plante dont les Indiens se servent avec le plus grand succès pour combattre et même pour prévenir la variole. Voici les principaux détails qui ont été communiqués à la Société :

1° Lorsqu'un individu est menacé de variole et que l'éruption n'est pas encore faite, on administre un grand verre d'une infusion faite avec la racine de la *Sarracenia purpurea* (1). L'effet de cette première dose est de faire apparaître l'exanthème. On donne une seconde et une troisième dose à des intervalles de quatre ou six heures; alors les boutons s'affaissent comme s'ils perdaient leur vitalité.

(1) Le genre *Sarracenia* appartient à la famille des Sarracéniées, plantes dicotylédones polypétales hypogynes voisines des Papavéracées. Toutes ces plantes croissent en Amérique.

Digitized by Google

2° Lorsque l'éruption est faite, mais n'a pas dépassé sa première période, une ou deux doses de cette même infusion effacent les boutons et abattent les symptômes fébriles; l'urine, qui était rare et foncée, devient pâle et abondante. Sous l'influence du remède, les phénomèdes morbides disparaissent en trois ou quatre jours; mais, par précaution, le malade est retenu dans le camp jusqu'au neuvième jour. L'éruption ne laisse aucune trace après elle.

3° Les Indiens croient, en outre, que ce médicament a une action préventive. Ils ont toujours dans leurs camps une infusion faible de la plante salutaire, et ils en prennent de temps en temps une dose pour conserver, disent-ils, l'antidote dans leur sang.

Après cette communication, la Société exprime le vœu que Miles mette à sa disposition une certaine quantité de racine de Sarracenia, afin qu'elle puisse l'expérimenter en Angleterre. (*The Lancet*, 7 décembre 1861.)

Opération de taille; absence du calcul; par M. Paget de Leicester.

Il est heureusement assez rare, quoique cela arrive quelquefois, qu'une opération de taille est pratiquée en l'absence de calcul. Quelquefois l'erreur de diagnostic tient à un examen fait trop légèrement; le plus souvent on a pris pour des calculs des colonnes charnues de la vessie, recouvertes ou non d'incrustations, l'angle sacro-vertébral, etc. Les symptômes kystiques sont quelquefois assez obscurs pour induire en erreur un chirurgien expérimenté et averti de la possibilité d'une erreur.

Le fait suivant en est un nouvel exemple, et nous ne saurions trop féliciter l'auteur de la bonne foi avec laquelle il publie une observation très instructive, et qui peut garantir d'autres chirurgiens contre une erreur de diagnostic, toujours fâcheuse, mais qui, dans ce cas, est grave pour le malade, et peut l'être pour la réputation de l'opérateur.

Obs. — James Branson, âgé de trois ans et huit mois, fut reçu, le 21 septembre 1861, à l'infirmerie de Leicester. Il présentait les symptômes d'un calcul urinaire. Deux fois l'interne crut en constater la présence. D'après les renseignements donnés par les parents, il y avait de la douleur dans la miction, dont le besoin se reproduisait fréquemment. Pendant l'émission, le jet d'urine s'arrêtait brusquement, puis elle s'écoulait en grande abondance. Il n'y avait pas d'hématurie. On disposa tout pour l'opération. La sonde fut introduite, et on crut de suite tomber sur un calcul, cependant le cliquetis métallique, quoique perceptible à l'oreille, ne parut pas suffisamment distinct pour autoriser l'incision. Après des essais répétés, on l'entendit distinctement; MM. Benfield, Marriot et Brown, quoique conservant quelques doutes, croyaient à l'existence d'une pierre. Après beaucoup d'hésitation, on se décida à opérer. La vessie ne contenait aucun calcul. Des accidents consécutifs enlevèrent la malade après quelques jours.

A l'*autopsie* on ne trouva dans la vessie ni calcul ni concrétion lithique. On referma les parois abdominales, et on réintroduisit la sonde par la plaie périnéale. La cliquetis constaté lors de l'opération se reproduisit, quoique moins distinctement; le bruit parut produit par la rencontre de la sonde avec l'os iliaque au niveau du détroit supérieur.

Telle est l'explication donnée par l'auteur; nous devons dire cependant qu'on s'était servi, dans les deux cas, d'une sonde d'acier ordinaire, mais garnie à son pavillon d'une tige et d'un disque de bois pour renforcer le son. Sachant l'erreur qu'ont occasionnée quelquefois les sondes brisées et articulées de nos trousses ordinaires, lorsque les deux pièces mal réunies jouent l'une sur l'autre, nous nous demandons si ce n'est pas à une cause analogue qu'était due la sensation fausse de cliquetis. Cette explication ne paraît pas s'être présentée à l'esprit de l'auteur, mais nous pensons qu'elle mérite considération. (*Dublin Medical Press*, 1862, p. 43.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale, par L. Voillemier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1862.

Le livre de M. Voillemier sort de la classe ordinaire de ceux que publient en général les médecins français. Nos publications sont presque toujours destinées à mettre en lumière un point particulier de la science, soit qu'il s'agisse de faits nouveaux, d'expériences nouvelles appartenant en propre à l'auteur, soit qu'elles aient pour but de rassembler dans une monographie complète les résultats obtenus par d'autres et disséminés dans divers recueils, de tirer par leur rapprochement une conclusion plus ou moins définitive, un blâme ou un encouragement. D'autres fois, ce sont, mais plus rarement, des traités didactiques embrassant l'ensemble de la science, qu'il s'agisse de thérapeutique, de médecine, de chirurgie ou de médecine opératoire.

Le livre dont nous avons à rendre compte est conçu dans un ordre d'idées complétement différent : il embrasse des sujets très divers; il est, en quelque sorte, le résumé de la vie chirurgicale de l'auteur. Des ouvrages analogues sont journellement publiés en Angleterre, quelques-uns avec un grand succès; nous n'en voulons d'autre preuve que la publication faite en France par notre collaborateur M. Jaccoud, de la *Clinique médicale* de Graves. Roux, en publiant son livre intitulé : *Quarante ans de pratique chirurgicale*, a ouvert parmi nous la voie dans laquelle est entré M. Voillemier, après MM. Bouisson et Robert.

Cette nouvelle tentative pourra être diversement jugée; quant à nous, nous ne pouvons qu'y applaudir très vivement et très sincèrement. Tous les médecins ne sont pas appelés à publier des traités complets; il faut pour cela un travail long et fatigant, qui demande plusieurs années *uniquement* ou presque entièrement consacrées à la rédaction seule, ce qui a peine à s'accommoder avec les exigences de la pratique professionnelle. Souvent même ces livres sont commencés dans les premières années qui suivent la terminaison heureuse de la pénible carrière des concours; on peut encore alors consacrer de longues heures à l'étude; mais bientôt les loisirs diminuent à mesure que la clientèle augmente, et alors ou bien le livre ne s'achève qu'avec une lenteur telle que la génération qui a vu le début voit à peine la conclusion, ou bien l'auteur laisse son œuvre inachevée, à moins qu'il ne se décide à faire finir par d'autres le traité qu'il n'a fait que commencer, et que parfois même il n'a fait que signer de son nom.

C'est, comme nous l'avons dit, dans un esprit tout différent qu'est conçu le livre de M. Voillemier. Chirurgien instruit et d'une grande expérience, à la tête depuis longues années déjà d'un service chirurgical important, l'auteur a cru être utile en concentrant dans le plus petit espace possible le court résumé de ses principaux travaux. Son livre, comme il le dit lui-même, ne présente rien de l'uniformité des ouvrages didactiques, ni dans son ensemble ni dans la mesure de ses développements. Comme on voit les maladies se ranger dans les lits de nos hôpitaux, chaque question y prend place sans être liée à celle qui la précède ou la suit. S'il s'agit de maladies déjà bien connues, il se borne à examiner le point sur lequel il a à émettre une opinion personnelle. Dans ce cas, pourquoi faire l'histoire de la maladie tout entière, répéter ce qui est écrit partout et forcer le lecteur à chercher l'auteur dans la foule? C'est là une pensée très sage, à notre avis, qui a inspiré récemment M. Robert, et nous espérons que ces exemples seront suivis.

Dix-sept chapitres composent le livre de M. Voillemier : chacun se trouve consacré à des sujets divers et souvent très différents, comme on pourra le voir par une courte analyse.

C'est à l'auteur surtout que nous devons la plupart de nos connaissances sur les fractures par pénétration : aussi, l'his-

Digitized by Google

toire de ces fractures devait-elle occuper et elle occupe dans son livre la place d'honneur; c'est à elle que se trouve consacré le premier chapitre. Après avoir examiné les caractères anatomiques qui les distinguent des fractures par écrasement, les désordres qui les accompagnent et les conséquences thérapeutiques qui en découlent, il recherche ce que ces fractures présentent de particulier suivant la partie du squelette sur lequel elles siégent, ce qui le conduit à parler assez longuement des fractures de la hanche. Nous avons peu de choses à dire sur ce chapitre et sur le second, consacré à l'histoire des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Le mémoire de M. Voillemier, publié en 1842, est devenu classique; il fait la base de toutes les descriptions données depuis de cette espèce de fracture, et nous ne ferions en l'analysant que répéter ce que chacun sait depuis longtemps. Cependant nous aurions voulu que l'auteur, et il nous pardonnera ce léger reproche, réfutât les objections qui se sont produites, quant au mécanisme de la pénétration, dans le mémoire, du reste fort bien fait, publié l'année dernière dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, par M. O. Lecomte.

Dupuytren, MM. Diday, Goyrand, Nélaton, avant ou avec M. Voillemier, ont admis que la fracture de l'extrémité inférieure du radius dans les chutes sur la paume de la main était produite par la pression, le tassement de l'os comprimé entre deux forces. Le radius appuyant sur le dos du carpe et supportant tout le poids du corps; M. O. Lecomte professe que toutes ou presque toutes ces fractures sont produites par un véritable arrachement, et dans la plupart des cas sous l'influence du tiraillement opéré par le ligament antérieur de l'articulation. M. Voillemier, au contraire, ne nie pas ce mécanisme, mais il le regarde comme exceptionnel; il ne nie pas que l'arrachement ait exercé une influence plus ou moins grande dans un assez grand nombre de fractures, mais il ne peut, dit-il, citer que deux cas dans lesquels cette cause soit manifeste.

La réfutation des idées professées par M. Lecomte nous paraît facile; nous ne pourrons entrer ici dans des détails, mais, après avoir répété les expériences auxquelles il s'est livré, nous devons avouer que nous sommes resté partisan des opinions émises par MM. Voillemier et Nélaton, quant à ce qui regarde le mécanisme de ces fractures.

Il est un autre petit reproche que nous ferons cette fois autant à l'éditeur qu'à l'auteur : c'est que la première planche mise à la fin du volume, reproduction de celles qui avaient paru dans des mémoires séparés, ne correspond ni au texte des mémoires ni à l'explication donnée à la page 67, ou du moins l'absence de numération des figures rend cette explication incertaine.

Le rôle des ligaments dans la production des fractures par arrachement n'a pas échappé à l'auteur, et le troisième chapitre comprend quelques considérations sur cette espèce de lésions, distinguées suivant qu'elles sont produites par la contraction musculaire ou par la distension trop grande des ligaments. Dans la première classe se range la fracture de l'épitrochlée, dont une observation se trouve rapportée; pour la seconde, nous trouvons deux observations de fractures multiples de l'articulation tibio-tarsienne. Ce chapitre est un peu court, et nous lui reprocherions d'être incomplet, s'il n'était surtout destiné à servir d'introduction au suivant, consacré aux fractures verticales du sacrum, afin de montrer par avance que la résistance du tissu osseux et des ligaments n'avait pas été suffisamment appréciée, et que l'action des ligaments joue un rôle beaucoup plus grand qu'on ne le croit généralement dans la production des fractures.

Si la fracture verticale du sacrum n'a pas été observée pour la première fois par M. Voillemier, c'est lui du moins qui le premier en a fait l'histoire. Richerand paraît en avoir observé un cas; mais il n'a pas tiré de son observation, du reste insuffisante sur bien des points, tous les enseignements qu'elle renferme. L'auteur en rapporte quatre observations, dont trois lui sont propres. Ce chapitre est un des plus intéressants de son livre, et nous le recommandons à l'attention de nos lecteurs, ainsi que le suivant, qui renferme aussi l'histoire d'une lésion du sacrum, sa fracture par écrasement.

M. Voillemier, par ses études spéciales sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius, devait être naturellement amené à s'occuper des luxations du poignet. Admises à une certaine époque par presque tous les chirurgiens, on nia plus tard leur existence d'une manière presque absolue. Par un hasard exceptionnel, il put constater la luxation du poignet en arrière sur un malade apporté mourant à l'hôpital. La luxation ne fut pas réduite, et la pièce fut disséquée en présence de MM. Lenoir, Nélaton et Denonvilliers. Il ne put rester aucun doute sur l'existence et la nature de la lésion.

Cet intéressant chapitre est la reproduction à peu près intégrale du mémoire publié jadis par l'auteur; il l'a fait cependant suivre de quelques lignes pour prévenir l'erreur que l'on pouvait commettre en confondant les luxations en arrière du poignet avec une luxation médio-carpienne.

Les pages suivantes sont consacrées à l'histoire de la claudication, à celle des kystes du cou, au traitement de certaines collections de pus et de sang par les ponctions capillaires, à celui de l'hydrocèle. L'auteur reste fidèle au plan qu'il s'est tracé; ainsi, pour cette dernière affection, il ne rapporte pas et avec raison tous les procédés opératoires employés ou oubliés; il s'attache seulement à mettre en lumière l'efficacité de la modification qu'il a apportée au traitement par l'injection iodée.

Elle consiste, après que l'injection a été faite, à envelopper les bourses de bandelettes de diachylum. De cette façon, on limite la quantité de l'épanchement secondaire, on abrége la durée du traitement, tout en le rendant plus sûr dans son résultat. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce moyen, que l'auteur emploie depuis longtemps, et nous croyons en avoir retiré quelques avantages, surtout quand il s'est agi d'hydrocèle dont nous pensions pouvoir craindre la récidive immédiate.

La plupart des chirurgiens qui se sont occupés du traitement de l'ectropion ont cherché à le guérir en s'attaquant plus ou moins directement au muscle orbiculaire; Ware, Tyrsell, Guthrie, Crampton, agissaient sur la paupière dans presque toute son épaisseur. Key et Lawrence reséquaient quelques fibres de ce muscle; Cunier et M. Pétrequin ont tenté la section de l'orbiculaire par la méthode sous-cutanée. Appliquant les données fournies par les résultats de la ténotomie, M. Voillemier s'est adressé seulement au tendon direct de ce muscle. On pouvait craindre la blessure du sac lacrymal, un changement dans la direction des points lacrymaux, et un épiphora consécutif. Ces dangers ne paraissent pas être à redouter, car deux fois l'auteur a pratiqué la section directe de l'orbiculaire par la méthode sous-cutanée, et dans les deux cas avec un plein succès, comme le prouvent les observations jointes à la description et à l'histoire de l'opération.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur blanche tibio-tarsienne que l'art ne peut guérir, faut-il faire l'amputation au-dessus des malléoles ou au lieu d'élection? C'est une question encore débattue entre les chirurgiens. M. Voillemier, dans l'article qu'il consacre à l'opération sus-malléolaire, paraît partisan de cette dernière, et préfère le procédé qu'il a décrit et pratiqué plusieurs fois, procédé dans lequel on taille un lambeau postérieur comprenant tout le tendon d'Achille. Quoique ce chapitre soit traité d'une manière assez complète, et précisément peut-être à cause de cela, nous aurions désiré y voir tracer le parallèle de cette amputation et de celle inventée et pratiquée si souvent par Syme et, à son exemple, par presque tous les chirurgiens anglais. Elle est peu connue en France; s'il ne nous a pas été donné d'y avoir recours, nous avons pu observer en Angleterre quelques malades opérés par ce procédé, et nous avons pu nous assurer que la marche était beaucoup plus facile qu'avec la plupart de nos bottines prothétiques, qui ont de plus le grave inconvénient d'être trop souvent hors de service.

Le paragraphe suivant est destiné à éclairer quelques points de l'histoire des anévrysmes du pli du coude, si difficiles à gué-

Digitized by Google

rir, si difficiles quelquefois à opérer, comme le montrait récemment une observation de M. Richet. M. Voillemier a opéré par la méthode ancienne les deux malades dont il rapporte l'histoire; mais il a pratiqué la ligature médiate qu'il recommande, de peur de voir la section prématurée de l'artère amener des hémorrhagies graves.

Nous voudrions pouvoir nous arrêter sur ce chapitre et sur le suivant, qui renferme l'histoire des injections de perchlorure de fer à haute dose dans les varices. C'est une méthode qui appartient presque en propre à M. Voillemier, non pas qu'il ait le premier appliqué aux veines, ce que Pravaz, Desgranges, Pétrequin faisaient sur les artères, mais il s'est en quelque sorte approprié le traitement des varices par l'injection coagulante, par suite de l'extension qu'il lui a donnée et les nombreuses applications qu'il en a faites. Un certain nombre de travaux ont déjà été publiés sur ce point; nous rappellerons surtout la thèse remarquable de M. Caron, interne de M. Voillemier, sous l'inspiration duquel fut rédigé le travail de notre excellent collègue.

Le dernier chapitre chirurgical, car un mémoire important sur la fièvre puerpérale termine le volume, est consacré à l'histoire des luxations de la rotule; mais nous devons, quoiqu'à regret, nous séparer du livre de M. Voillemier. Il est, comme on le voit, plus particulièrement destiné à la thérapeutique chirurgicale, et cela devait être. Il est en quelque sorte, comme nous l'avions dit en commençant un résumé très abrégé de la vie chirurgicale et scientifique de l'auteur. Son titre est tout à fait exact, car c'est moins encore un recueil de monographies qu'un recueil de leçons cliniques sur les sujets étudiés plus particulièrement par M. Voillemier. Nous nous félicitons de posséder réunis dans ce livre quelques mémoires qu'on ne se procure souvent qu'avec peine, qu'on consulte souvent, et qu'on relit toujours avec intérêt. C'est un véritable service que nous rendent nos maîtres en condensant d'une manière impérissable les enseignements, les leçons de leur expérience, et si nous avons un désir à formuler, des vœux à exprimer, c'est que l'exemple de MM. Robert, Bouisson et Voillemier soit bientôt suivi, comme eux-mêmes paraissent avoir suivi l'exemple de Roux.

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

La Société des sciences médicales de Lyon a conféré à M. le docteur Diday le titre de membre honoraire.

— En 1860, la Société impériale de médecine de Lyon avait mis au concours la question suivante : « Dans les climats tempérés, les fièvres » catarrhale, muqueuse, typhoïde, forment-elles trois maladies distinctes? » En cas de réponse affirmative, comment les distinguer et les traiter? » Le prix a été décerné à M. le docteur Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault).

— La commission administrative des hospices civils de Toulouse donne avis qu'un concours pour une place de médecin et pour deux de chirurgiens adjoints aura lieu dans cette ville le 22 juillet prochain.

— Par décret du 12 février dernier, ont été nommés : M. le docteur Rousset, président de la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement de Commercy (Meuse); M. le docteur Gevrey, président de la Société du département de la Haute-Saône; M. le docteur Vingtrinier, président de la Société du département de la Seine-Inférieure.

— La Société de pharmacie de la Vienne a décidé qu'à propos du congrès pharmaceutique de 1862, dont la réunion aura lieu le 16 août prochain, à Poitiers, il serait décerné deux médailles aux deux mémoires les plus méritants sur une question quelconque se rattachant à la pharmacie ou aux sciences accessoires de son ressort. Ces mémoires seront jugés par une commission du congrès. En conséquence, les personnes qui voudront prendre part à ce concours devront adresser leur travaux avant le 1er juillet prochain au secrétaire général, M. Abel Poirier, pharmacien à Loudun. Ils devront être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur.

— Par arrêté du 19 février, M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution impériale des Sourds Muets de Paris, spécialement chargé du traitement de la surdi-mutité, est chargé du service médical de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Ménière, décédé, et M. Ladreit de la Charrière est nommé médecin adjoint.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Journaux.

Balneologische Zeitung. — 1861. — Tome XI, n° 9. Sur les eaux potables d'Alep, par *Landerer*. — 10. Esquisses balnéologiques, par *Loeschner*. — 11. Note sur la lèpre des Grecs, par *Landerer*. — Sur la thermolyse et la thermométrie, par *Mastalier*. — Sur l'efficacité des eaux thermales sulfureuses d'Aachen contre certaines affections syphilitiques, par *Reumont*. — 12. Esquisses balnéologiques (suite). — Les bains russes, par *Wutzer*. — 13. De l'hydrothérapie dans les affections cancéreuses, par *Pingler*.

Deutsche Klinik N° 20. Climat de Madère (suite). — Cliniques. — 21. Climat de Madère (suite). — Thrombose des artères cérébrales, par *Ferber*. — Sur la persistance de la vésicule ombilicale, par *Hohl*. — 22. Réfutation de la théorie de Dubois sur les courants électriques des muscles, par *Budge*. — Leucémie (fin). — Climat de Madère (fin). — 23. Sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par *Troeltsch*. — Thrombose (fin). — 24. Nouvelle opération pour la fissure palatine, par *Langenbeck*. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache (fin). — Études sur les testicules, par *Lewin*. — 25. Testicules (suite). — 26. Testicules (suite). — Sels de zinc (suite). — 27. Testicules (suite). — Emploi des couleurs arsenicales dans les appartements, par *Kanzow*. — Quassia (suite). — Laryngoscopie dans un cas d'anévrysme de l'aorte, par *Munck*. — 28. Maladies de l'oreille dans le typhus, par *Schwartze*. — Sels de zinc (fin). — 29. Résection ostéo-plastique du maxillaire supérieur, par *Langenbeck*. — Causes de la paralysie diphthérique, par *Eisenmann*. — 30. Maladies de l'oreille, etc. (fin). — 31. Sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par *Freund*. — Couleurs arsenicales (suite). — Fracture du cartilage thyroïde, par *Sachs*. — 32. Trachéotomie (suite). — Contributions à la pathologie du système nerveux, par *Geerds*. — Traitement de la coqueluche, par *Gerhard*. — Sur le ver solitaire de l'ours blanc, et le développement du bothriocéphale, par *Kuechenmeister*. — 33. Testicules (suite). — Couleurs arsenicales (fin). — Recherche médico-légale du sang, par *Miquel*. — 34. Électrothérapie (suite). — Sang (fin). — Ver solitaire de l'ours blanc (fin). — Fièvre typhoïde compliquant les couches, par *Breslau*. — Nécrose avec décollement épiphysaire, par *Frank*. — Recherches sur le mode d'action des eaux de Friedrichshall et de Karlsbad, par *Eisenmann*. — 35. Électrothérapie (suite). — Sur l'incontinence d'urine nocturne, par *Hedenus*. — Eaux de Friedrichshall, etc. (fin). — 36. Sur la plique polonaise, par *Le Visseur*. — Décollement épiphysaire (suite). — 37. Électrothérapie (suite). — Sur le vertige, par *Hedenus*. — Cas de trachéotomie, par *Thalo*. — Établissements d'eaux minérales en Suisse, par *Meyer-Ahrens*. — 38. Électrothérapie (suite). — Décollement épiphysaire (fin) — Traitement du diabète par les eaux minérales, par *Fleckles*. — 39. Sur l'écorce de cascarille, par *Hedenus*. — Récidive de scarlatine, par *Röbbelen*. — 40. Électrothérapie (suite). — Eaux minérales de la Suisse (suite). — Abcès du foie ouvert dans la plèvre, par *Salomon*. — Sur l'écorce de sassafras, par *Hedenus*. — Cas de résection de la hanche, par *Beck*.

Deutsche Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde. — Tome XVI. — 2e livraison. Sur la vaccination, par *Winter*. — Sur les autopsies médico-légales, par *Mair*. — Fragments toxicologiques, par *Faber*. — Tome XVII. — 1re livraison. La superstition et les préjugés considérés dans leur influence sur la santé publique, par *Schaible*. — Rapports divers. — 2e livraison. Études statistiques sur le suicide, par *Majer*. — Tome XVIII. — 1re livraison. Sur un empoisonnement par l'opium, par *Vorinkel*. — Sur l'histoire de la docimasie pulmonaire, par *Sonnenkalb*. — Sur l'extraction des cristaux d'hématine des taches de sang, par *Simon*. — Brûlure pénétrante du thorax, par *Orth*. — Cas intéressant d'infanticide supposé, par *Ritter*. — Préjugés en matière de médecine légale, par *Wernert*.

Henke's Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde. — 1861. — 1er cahier. Examen médico-légal des taches de sang, par *Wirthgen*. — Maladies des ouvriers en papiers peints, etc., par *Behrend*. — Rapports divers. — 2e cahier. Affections chroniques des tisserands et des passementiers, par *Seemann*. — Observations et rapports. — 3e cahier. Mesures à prendre à l'égard des vaisseaux partis de foyers de choléra, par *Hornemann*. — Sur la ventilation, par *Scharling*. — Sur l'éclairage par le gaz, par *Knudsen*. — Diagnostic médico-légal des taches de sperme et de matières fécales, par *Ritter*. — 4e cahier. Réforme des physicats en Bavière, par *Hofmann*. — Avenir de l'art dentaire en Allemagne, par *le même*. — Sur l'homicide par voie psychique, par *Lehrs*.

Livres.

Études médico-psychologiques sur la folie, par le docteur *Alfred Sauze*. In-8 de 330 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par le docteur *Chassaignac*. Tome II, 2e partie. Ce fascicule termine l'ouvrage. Paris, Victor Masson et fils. 6 fr.

L'ouvrage complet forme deux forts volumes in-8 avec figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet. 28 fr.

De la vérification des décès et de l'organisation de la médecine cantonale, par le docteur *A. Chevandier* (de Die). In-18 de 90 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 14 MARS 1862. — N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur l'hygiène des hôpitaux : MM. Husson, Davenne, Trebuchet et Briquet. — II. **Travaux originaux.** Du laryngoscope au point de vue pratique. — III. **Revue clinique.** Pathologie interne : Trois observations de catarrhe d'été sans fièvre de foin. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** De la constipation et de son traitement. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton.** Revue professionnelle en France et à l'étranger.

I

Paris, 13 mars 1862.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX : MM. HUSSON, DAVENNE, TREBUCHET ET BRIQUET.

La discussion ouverte devant l'Académie de médecine sur la question de l'hygiène hospitalière a continué dans la dernière séance. En cherchant ou en contribuant à soulever sur ce point si important une discussion sérieuse et approfondie, nous nous étions presque fait un devoir, après avoir soumis à l'appréciation de nos savants maîtres les documents que nous avions été recueillir aux sources mêmes, de ne pas intervenir dans le débat, si ce n'est pour rectifier, comme nous l'avons fait, les erreurs involontaires que nous avions pu commettre. Nous nous étions réservé de profiter des lumières jetées sur une question difficile, et de résumer plus tard les enseignements qui seraient résultés de la discussion.

Les derniers discours prononcés à la tribune de l'Académie nous mettant directement en cause, nous engagent à rompre le silence que nous avions dû nous imposer; à soumettre quelques observations à MM. Husson, Davenne et Trebuchet, à donner enfin quelques explications à propos des plaisanteries que M. Briquet a cru devoir venir jeter au milieu d'une discussion poursuivie sérieusement entre des hommes convaincus et recherchant la vérité.

Dans son remarquable discours, M. Trebuchet a prononcé le mot d'attaques contre l'administration; notre honorable contradicteur nous permettra, désigné ou non, de répondre franchement et loyalement sur ce point. L'administration n'est pas et ne saurait être mise en cause dans la discussion. MM. Davenne et Husson — nous les nommons, car, pour notre part, nous détestons les artifices oratoires qui consistent à cacher derrière une abstraction transparente des personnalités — MM. Davenne et Husson ne sont et ne peuvent être sans injustice attaqués par personne; je ne leur ferai pas l'injure de les défendre. Avant la discussion actuelle, qui a mis en lumière bien des imperfections de notre hygiène nosocomiale, ni les directeurs de l'assistance publi-

FEUILLETON.

Revue professionnelle en France et à l'étranger.

SOMMAIRE. — Pertes récentes du corps médical. — Un court sermon. — L'UNION MÉDICALE DE LA SEINE-INFÉRIEURE ; bon exemple. — Les malheurs d'un praticien de Lille : possession ne vaut pas titre. — Condamnation pour exercice illégal ; question. — Tarif des honoraires : curieux spécimen. — Association médicale italienne. — Fâcheuse situation des malades de l'hôpital de Santiago. — Bonne action des médecins français en Chine. — Création d'hôpitaux de village en Angleterre. — Cas de responsabilité médicale. — Un bon tour de confrère.

En vérité, en vérité, la main de la mort est sur nous! Comptez donc depuis six semaines, parmi les plus remarqués seulement : Thevenot de Saint-Blaise, ancien chirurgien de Louis XVIII, un survivant d'un autre âge, c'est vrai, mais relique précieuse par la noblesse du caractère et les grandes qualités du cœur; — le professeur Moreau, un type de bonté, d'amabilité, de tolérance, avec une grande fixité d'opinion et une fidélité d'attachement à toute épreuve; — Seutin, esprit vif et original, caractère ardent, visant au sceptre chirurgical de son pays, et l'ayant réellement conquis, plus par force de volonté que par supériorité de talent; — Bretonneau, nom européen, intelligence primesautière et profondément perspicace, génie inventif, se suffisant à lui-même, sans rien réfléchir du dehors; finesse normande; un maître homme enfin, qui n'a cessé de croître en réputation jusqu'à sa dernière vieillesse, tout en gâtant chaque jour un peu, aux yeux des savants, l'œuvre brillante et solide de son âge mur; — Ménière, observateur ingénieux, critique d'un sens exquis, polémiste courtois, écrivain habile; esprit délicat, charmant dans sa nonchalance, tourné avec autant de goût et d'aptitude vers la récréation littéraire que vers l'étude scientifique, et qui venait de donner au public, au moment où il s'est éteint, le charmant opuscule de *Cicéron médecin;* — Arrachart, qui avait compté parmi les meilleurs élèves de la Faculté de Paris, et qui a réalisé à l'école préparatoire de Lille tout ce qu'il avait promis dans ses études; — Becquerel, pauvre victime d'un travail sans

Digitized by Google

que, ni les médecins ne paraissaient avoir été frappés de leur existence, assez du moins pour élever sur ce point quelques réclamations.

Pour notre part, malgré quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, lorsque pour la première fois, en 1856, nous allâmes visiter ceux de Londres, nous partions avec la conviction que nous allions trouver nos voisins dans un très grand état d'infériorité. Un séjour assez court nous laissa même sous une impression généralement défavorable; mais plus tard, cinq mois passés à Londres en 1858, uniquement pour étudier la chirurgie anglaise, nous laissèrent une tout autre impression.

Nous fûmes frappé de voir les malades manger à heure fixe à une table servie au milieu de la salle ou dans une sorte de réfectoire; les salles présenter plus d'espace pour un nombre moins considérable de lits; les literies être renouvelées après chaque décès; les femmes remplacer partout nos infirmiers; les pansements, l'alimentation différer presque complétement de ce que nous étions habitué à voir faire ou à faire nous-même en France. Ce qui ne nous avait pas frappé à Paris, où s'était passée notre enfance médicale, ce qui nous paraissait tout naturel, nous semblait dès lors plein d'inconvénients. Des malades dont nous aurions désespéré à Paris guérissaient à Londres, et personne autour de nous ne s'en étonnait. Plus tard, en 1859, conduit à relever des statistiques anglaises, nous acquîmes la triste certitude que l'on perdait plus d'opérés à Paris qu'à Londres.

Nous n'avions pas la prétention d'avoir découvert l'Angleterre, mais au moins nous avions constaté, ou, si l'on veut, cru constater une grande différence de mortalité. Que devions-nous faire? Nous taire, c'était prudent peut-être pour nous-même; mais le silence gardé pour ce motif eût été plus qu'une faiblesse. Cependant une assertion aussi grave ne devait pas être lancée à la légère. Nous avions signalé le fait en 1859; nous avons pendant deux ans accumulé les matériaux; nous avons de nouveau, en 1861, passé la Manche et visité cette fois les grands hôpitaux d'Angleterre, d'Écosse et d'Irlande, afin de nous procurer le plus de renseignements possible en vue d'une discussion que M. Gosselin, le rapporteur de notre travail sur les résections, désirait soulever à la tribune de l'Académie.

Nous avons cherché à montrer ce qui nous paraissait défectueux dans nos hôpitaux; plusieurs de nos observations ont été reconnues fondées; nous avons critiqué le mode de chauffage et de ventilation en montrant ce qui se faisait ailleurs. Cette critique est le résultat d'une impression; c'est à l'avenir à prouver si nous avons eu tort ou raison. Nous avons critiqué certaines mesures administratives, ce n'était pas incriminer les administrateurs qui, en les prenant, ont cru ou croient encore avoir eu raison de le faire. Nous cherchons tous à nous rendre utiles et à marcher dans la voie de l'amélioration. Nous n'avons pas eu la pensée de dire : les hôpitaux de Londres sont excellents, les hôpitaux de Paris défectueux, et cela par la faute de ceux qui les dirigent. Non, certes, les hôpitaux anglais ont de grandes imperfections, les nôtres n'en sont pas exempts. La comparaison ne doit servir qu'à les signaler et à les faire disparaître, autant du moins que cela sera possible, aussi bien à Paris qu'à Londres.

N'imitons pas les défauts qui se montrent si souvent dans d'autres discussions et dans une autre enceinte; la voie des reproches, des attaques ou des récriminations est une voie stérile. Aujourd'hui, 13 mars 1862, nos hôpitaux sont dans telle ou telle situation; quels inconvénients manifestes présentent-ils? quels faut-il faire disparaître? quels ne peut-on supprimer? quelles sont les améliorations désirables ou réalisables? quelles sont les questions encore obscures qu'il s'agit d'élucider? Voilà ce qu'il faut examiner. Aux médecins les observations médicales et hygiéniques; aux administrateurs les remarques ou les objections administratives. Personne encore un coup n'est attaqué, personne n'a à se défendre; tous ont à travailler à un but commun, faire disparaître les défauts reconnus tels par tous, étudier les questions dont la solution est encore incertaine.

Un grand fait cependant domine tous les autres : c'est la différence de mortalité entre Londres et Paris. Elle seule peut nous prouver qu'il y a quelque chose à faire. Il faut donc sur ce point aborder franchement la question, *accepter ou nier* complétement ce fait que nous avons avancé. C'est ce qu'on n'a pas fait jusqu'à présent.

M. Davenne accepte nos statistiques sous bénéfice d'inventaire; M. Trebuchet les nierait assez volontiers. Leur argumentation sérieuse ne saurait être mêlée aux remarques de M. Briquet. Pour M. Davenne, ce qui manque à ses statistiques, c'est le cachet de certitude que donne seul le caractère officiel. Mais que faut-il entendre par ce mot dont on abuse tant?

Officiel, pour quelques personnes, veut dire vrai; nous avons appris ailleurs que les deux mots ne sont pas synonymes; officiel veut aussi dire gouvernemental. Mais de ce qu'un document émane d'une administration (et nous parlons d'une

---

fin et sans trêve, qui n'apaisait pas encore sa soif des nobles succès; — Foucart, enfin, un des nôtres, que nous avons conduit hier à sa dernière demeure; le dernier tombé de ces vaillants soldats de la science, et dont notre ami Brochin a si dignement apprécié les services dans l'avant-dernier numéro de la Gazette des hôpitaux. (Voir aux *Variétés*.)

Memento, homo; memento, medice! Quand il voit s'évanouir autour de lui tant de visages connus, le médecin, qui connait mieux qu'un autre les chances précaires de l'existence humaine, se sent comme incessamment penché sur les bords d'un précipice. Souvenez-vous donc! souvenez-vous surtout, vous qui avez acquis un peu de notoriété, et vous plus encore qui tenez la plume du critique; car, dans les agglomérations professionnelles dont les membres se touchent de près, la responsabilité au dernier jour se pèse à plus d'un genre de balance; et l'homme, le confrère, le praticien, l'écrivain, sont jugés séparément. Quel sujet de crainte pour une conscience scrupuleuse! Qui de nous n'a faibli quelquefois à son devoir? Mais aussi que ne peut-on réparer avec la ferme volonté du bien? Souvenons-nous, enfants de la plume, d'une seule vertu, celle d'Aristide: seulement n'appelons pas *justice* étendre sur toute chose une complaisance molle et uniforme, mais bien se montrer sévère pour le vice en même temps qu'indulgent pour la faiblesse: intrépide dans l'expression de sa pensée autant que tolérant pour l'opinion d'autrui; respectueux envers l'homme et libre vis-à-vis du savant, sans souci des fausses interprétations ou des blessures de l'amour-propre. Que ces préceptes nous trouvent dociles, et nous croirons, pour notre part, avoir bien compris notre mission.

— A propos de critique, un mot de bienvenue à une nouvelle publication médicale ayant nom : Union médicale de la Seine-Inférieure, et dont le premier numéro est sous nos yeux. Ce journal est une création de la Société de médecine de Rouen, cette seule origine est déjà une excellente recommandation;

Digitized by Google

manière générale), en est-il pour cela plus imposant et plus vrai? De ce qu'un homme porte un uniforme plus ou moins chargé de broderies, est-il pour cela plus impartial? Un agent administratif est-il plus capable qu'un médecin de dresser une statistique médicale? Cela ne saurait être admis. Sortons des généralités, et abordons franchement et carrément la question. Ces statistiques sont le fait de quelques personnes; quelles sont-elles? quelle est leur autorité et leur valeur? Nous nous trouvons ici en présence des étranges assertions de M. Briquet.

Pour M. Briquet, il n'y a de statistique vraie que celle qui est faite par lui et ses amis. Quand elle vient d'un étranger, elle lui est suspecte; quand elle vient d'un anglais, elle est ou doit être fausse; et pour prouver son dire, il nous démontre que ce sont précisément les statistiques françaises qui n'auraient aucune valeur. M. Briquet se fait une morale particulière; car si Dupuytren, qui savait aussi bien et mieux que n'importe qui la cause de la mort de ses opérés, faisait ce qu'a dit l'orateur, il faisait ce qui, en français vrai et non académique, s'appelle mentir, n'en déplaise à M. Briquet.

Celui qui parle sur une question qu'il connaît peu, parce qu'il est forcé de parler, peut-être à plaindre; celui qui, sans y être forcé, vient étaler une ignorance dont il se vante comme d'un mérite, doit être énergiquement blamé. M. Briquet ne connaît pas les auteurs des statistiques; il eût mieux valu pour lui garder le silence que d'attaquer la bonne foi de ceux qu'il connaîtrait, s'il s'était donné la peine de lire les travaux remarquables publiés sur l'hygiène et la construction des hôpitaux par M. le docteur Steele, superintendant de Guy, et de M. Mac-Ghye, dont la perte récente a été vivement ressentie par nos confrères d'Angleterre et par nous-même, qui *devons à son amour pour* la science et à sa bienveillance la communication de nombreux documents et des plans de l'hôpital chirurgical de Glascow, construit sous sa direction.

En nous servant de leurs statistiques, nous en prenions la responsabilité; nous devons donc montrer qu'elles sont à la fois exactes et même, si l'on veut, officielles.

Pour M. Briquet, mais pour lui seul, c'est un élève qui, à lui tout seul, est chargé de prendre toutes les observations de tout l'hôpital. C'est ingénieux, mais c'est radicalement inexact. D'ailleurs, ces observations n'ont rien de commun avec les statistiques que nous avons produites.

Voici sur quels documents ont été dressées celles de l'hôpital de Guy. Mais disons d'abord que ce renseignement nous est donné par M. Steele dans sa brochure sur la statistique de cet établissement; et sachant ainsi à qui nous avons affaire, ne jouons plus sur les mots; une statistique *adoucie* est une statistique sciemment fausse; une vérité *adoucie* est un mensonge.

Un bulletin imprimé, analogue à ceux que l'administration de nos hôpitaux emploie depuis un an, est affecté à chaque malade entrant. Ce bulletin est remis à la sortie ou à la mort; il porte le nom, l'état civil, la profession, l'âge du malade; le nom, l'histoire succincte de la maladie, ses complications, sa terminaison. Cette fiche, une fois remplie et signée, est classée, suivant ce qu'elle contient, et c'est sur ces bulletins que la statistique a été faite.

Si M. Briquet s'était donné la peine de lire ou seulement de parcourir la plupart des travaux publiés en Angleterre, il aurait vu que la terminaison des maladies est, en général, divisée en quatre classes : guérison, amélioration, aggravation, mort; il aurait vu que, pour cette dernière classe, la séparation statistique des causes de mort est faite. Ainsi, pour les opérés, on voit : mort par traumatisme, affaissement, infection purulente, hémorrhagies; affections intercurrentes, subdivisées à leur tour suivant leur nature : pneumonie, variole, érysipèle, etc. Il ne serait pas venu faire à la tribune de l'Académie, contre des hommes dévoués à la science, à l'humanité, à la recherche sérieuse de la vérité, des attaques qui, pour le fond comme par la forme, sont vraiment regrettables (1).

C'est surtout pour ce qui concerne la statistique des accouchements pratiqués à Guy's hospital, que cette accusation de mauvaise foi s'est produite. Sous le manteau de la rhétorique, M. Briquet s'est donné beaucoup de peine pour ne pas comprendre la rectification contenue dans la lettre que nous avons adressée, il y a quelque temps, à l'Académie. Il nous fait dire que les femmes, après avoir accouché chez elles, viennent ensuite à l'hôpital, et il s'ingénie à trouver des explications drôlatiques qui aboutissent, qu'il le veuille ou non, à une accusation de mensonge portée contre le docteur Steele qui l'a faite; à une accusation de légèreté, pour

(1) M. Briquet veut avant tout connaître les hommes. Croit-il donc que c'est pour aller recueillir les éléments d'une comparaison fâcheuse pour nous et pour les maîtres que nous aimons, pour appuyer des attaques contre des administrateurs habiles, intègres et dévoués, que nous nous sommes imposé les sacrifices d'un séjour en Angleterre? Croit-il que c'est pour notre plaisir que nous avons commencé une discussion dont il ne peut sortir pour nous que des ennuis ou des dangers? Nous ne demandons que ce que nous avions obtenu jusqu'à présent : une discussion sérieuse sur un sujet sérieux. Les plaisanteries de M. Briquet ont pu nous faire rire, elles n'en sont pas moins tristes et regrettables.

car la Société de Rouen compte parmi ses membres des confrères d'une haute distinction, dont plusieurs, comme M. Morel et M. Duménil, ont fait honneur de leurs travaux à la GAZETTE HEBDOMADAIRE. C'est là un signe nouveau du mouvement de décentralisation scientifique qui travaille la province, et auquel nous applaudissons de tout notre cœur.

« Les Sociétés savantes de la capitale, écrasées par le grand nombre de communications qui leur sont adressées, ne peuvent, dit la *Circulaire* du bureau de la Société, suffire à les étudier, à les apprécier. Quel remède apporter à ces maux inévitables, conséquence obligée de la centralisation, si ce n'est la création d'un organe de publicité dans chaque centre d'une population importante, qui atteste à la fois la valeur et l'indépendance du corps médical de cette contrée? N'est-ce pas d'ailleurs un moyen d'exciter l'émulation de tous, d'agrandir l'horizon de chacun, de mettre en relief des institutions locales, des associations, des idées sur lesquelles il convient d'appeler l'attention publique? Il y a, dans nos sujets d'étude, des points qui ne peuvent intéresser que des circonscriptions territoriales limitées; telles sont des habitudes mauvaises à détruire, des maladies régnantes à décrire, etc., etc. Le contrôle, si nécessaire pour l'authenticité des observations, ne se fait bien que sur les lieux mêmes, et quand on connaît l'auteur d'un travail, on porte plus d'attention à son œuvre. »

Rien de plus juste et de plus conforme d'ailleurs à l'esprit qui anime aujourd'hui la direction centrale de l'instruction publique et à la mission conférée par le ministre au Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes.

— En fait de grades ou de distinctions scientifiques, possession vaut-elle titre? On n'est pas de cet avis à Lille, comme on va voir.

Un certain M. Vandenbilcke passait pour être en possession du titre d'officier de santé. Agissant comme on doit le faire en pareille circonstance, on le pria de vouloir bien exhiber son diplôme; — mais de diplôme, point! On recourut aux registres

Digitized by Google

ne pas dire plus, contre nous qui l'avons introduite dans le débat.

Or, voici ce qui se passe à Londres : il y a quelques hôpitaux spéciaux de femmes en couches, analogues à nos maternités, et dans lesquels la fièvre puerpérale sévit tout autant qu'à Paris, de telle sorte qu'ils avaient dû être momentanément fermés il y a quelques jours. Dans les hôpitaux ordinaires, à Guy's, puisqu'il s'agit de Guy's, il existe, outre le service hospitalier intérieur, une consultation, un traitement externe pour les malades que la gravité de leur maladie n'oblige pas à entrer dans les salles; de plus, il y a pour les femmes en couches un service à domicile dépendant de l'hôpital. Ces femmes, qui doivent, pour être assistées, présenter les conditions réglementaires d'admission, sont immatriculées comme les malades des salles ou de la consultation, ce que nous ne faisons pas à Paris pour ces derniers; elles sont donc bien des malades dépendant de l'hôpital, et la statistique, dans ce cas, a la même valeur que celle que pourrait faire dresser l'administration de l'assistance publique de Paris, des femmes accouchées à domicile par les soins des médecins des bureaux de bienfaisance. Voilà l'explication facile à comprendre des 11 928 accouchées de Guy's Hospital, de 500 malades pendant une période de sept ans, facile surtout pour M. Briquet, qui a lu à la tribune un passage d'un article donnant précisément sur ce point des renseignements à propos d'une erreur que j'avais commise et que j'ai depuis signalée.

Les statistiques sont-elles ce que nous appelons en France officielles, c'est-à-dire contrôlées? Personne autre que le dernier orateur n'en doutera. Elles sont présentées chaque année aux gouverneurs de l'hôpital réunis en assemblée générale, contrôlées par un conseil chargé de la surveillance administrative et composé des personnages les plus éminents dans l'administration, l'enseignement médical, les finances et l'église. Celles de M. Steele ont été présentées à une société que nous n'avons pas à Paris, qui s'intitule : *Statistical Society on Hospital Statistic*. Son titre nous exempte de spécifier davantage la nature de ses travaux, car il faut bien savoir qu'en fait de statistique sérieuse nous sommes précédés par l'Angleterre, l'Allemagne et la Russie.

Que dire maintenant de l'étrange leçon de géographie que M. Briquet a eu la prétention de donner à M. Malgaigne? Au lieu d'aller à la Bibliothèque impériale à la recherche de la ville de Massachuset, l'orateur eût plus vite fait d'aller prendre à l'école de médecine l'*American Journal of Medical Science* et de l'ouvrir à la page 182 du Ier volume de 1851; il y eût trouvé la statistique incriminée, et il n'eût pas ressemblé à celui qui chercherait sur l'*Annuaire des communes de France*, la ville de Lariboisière, le village d'Hôtel-Dieu, en donnant une édition réelle de la fable du *Singe et du Dauphin*.

Arrivons maintenant à des arguments plus sérieux produits par MM. Husson, Davenne et Trebuchet. Dans sa lettre, M. Husson cherche à éclairer l'Académie sur un malentendu qu'il croit exister. Tous les hôpitaux anglais sont inférieurs aux nôtres, deux seulement sont proposés comme modèles. Il y a en effet un malentendu, mais c'est entre l'honorable M. Husson et nous qu'il existe et non entre les membres de l'Académie. La veille du jour où sa lettre fut adressée à l'Académie, M. Husson qui cherche loyalement à s'éclairer et qui n'avait pas visité les hôpitaux anglais, nous fit l'honneur de nous demander de vive voix quelques éclaircissements; nos explications n'ont pas été suffisamment nettes, nous devons donner quelques éclaircissements, car il y a dans la question de la construction des hôpitaux deux questions secondaires, mais distinctes. 1° Ces hôpitaux sont-ils en général préférables aux nôtres, y suit-on mieux les règles de l'hygiène, sont-ils moins meurtriers? 2° quelques-uns différant des nôtres par un aménagement tout différent peuvent-ils nous offrir des modèles à suivre, des exemples à imiter?

Sur la première question, ce que j'ai écrit répond pour moi. Malgré *des conditions hygiéniques extérieures en général mauvaises*, malgré leur état apparent et peut-être réel de dénuement, ces hôpitaux sont moins meurtriers que les nôtres; les précautions prises dans l'aménagement et le régime intérieur sont donc supérieures à celles que nous prenons, puisque ces mauvaises conditions sont efficacement combattues. Quelles sont-elles? Nous en *avons cité un certain* nombre, les unes comme l'absence d'encombrement acceptées par tous, les autres sujettes encore à discussion doivent être éclairées par l'expérience et l'étude des faits.

Sur la seconde; nous n'avons en effet proposé à M. Husson comme modèle *architectural* que deux hôpitaux, celui de Glascow, et celui de King's College auquel nous devons adjoindre, à cause de leur ressemblance, les bâtiments construits il y a quelques années à Saint-Thomas et à Guy. Nous avons dit à M. Husson que les salles de King's College présentaient un *desideratum* dans leur disposition, mais est-ce une disposition vicieuse que celle d'une salle, divisée, il est vrai, par des cloisons incomplètes, mais ne renfermant en tout que 26 malades, éclairée par dix-huit fenêtres, chauffée par six grandes che-

---

de nomination; — les registres, comme tant d'autres, ne mentionnaient rien ni pour lui ni pour son père. Deux négations ne pouvant valoir une affirmation, les *actes de la préfecture* rayèrent définitivement de la liste des médecins, un nom qui y figurait sans conteste depuis trente ans et qui croyait bien pouvoir y figurer toujours. Pourtant il ne manquait pas à cette qualité usurpée de consécrations officielles. M. Vandenbilcke avait été chargé officiellement du service de santé des indigents de douze à quinze communes; il avait été souvent appelé en justice comme médecin légiste, il avait même obtenu des médailles pour la propagation de la vaccine. Sommé de justifier son titre, il chercha en vain dans ses souvenirs, dans ceux de ses amis, mais hélas! le fatal registre ne portait pas trace de sa réception. Hâtons-nous de le dire, M. Vandenbilcke a fait preuve d'esprit, et, au lieu de crier à l'ingratitude, il a répondu par sa démission de médecin des pauvres; à un dernier et plus pressant appel, il a bien voulu prier l'administration de ne plus le compter parmi les praticiens du département, éprouvant, disait-il, le besoin de se reposer et de goûter enfin le fruit de ses labeurs. Il aima mieux une démission qu'une réclamation qui fût restée sans résultat, car ce n'est certes pas en France que pourraient s'appliquer ces vers du fabuliste :

> Suivant que vous serez puissant ou misérable,
> Les jugements de cour vous rendront blanc ou noir.

— Cet excellent Lillois, lorsqu'il s'agit de réprimer le charlatanisme, les Lillois pourraient servir d'exemple aux Parisiens; leurs tribunaux n'y vont pas de mainmorte, surtout quand il y a récidive.

Le tribunal correctionnel de Lille a prononcé, dans son audience du 27 janvier dernier, une condamnation à cinq jours de prison et 315 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine en récidive, contre le nommé Hégésippe Moret, dit *le poulailler de Bourghelles*. Il a également infligé, outre 15 fr.

Digitized by Google

minées ouvertes et donnant pour chaque lit une capacité de 70 mètres cubes d'air, alors que la moyenne pour Paris n'est que de 44 mètres cubes par malade?

Enfin il ne s'agit pas de deux salles, mais de tout un grand bâtiment à plusieurs étages, qui constitue une partie seulement de l'hôpital, et dans lequel des salles semblables à la précédente sont occupées depuis plusieurs années.

C'est encore un malentendu qui fait dire à M. Husson que le chiffre des lits donnés aux malades de Londres n'est que de 3765. Nous n'avons pas donné la liste complète des hôpitaux de cette ville, nous n'avons cité que les principaux comme spécimen de leur capacité, et nous ajoutions (p. 23) : « Je laisse de côté les moins importants, dont le nombre est considérable. »

L'encombrement et ses dangers existent dans beaucoup de nos salles, cela a été reconnu par tout le monde, par M. Husson lui-même, et nous ne doutons pas que des mesures efficaces soient bientôt prises à cet égard.

M. Davenne est revenu, dans la dernière séance, sur la question des hôpitaux d'enfants; sur ce point, nous continuerons à combattre les idées que propose notre honorable contradicteur, quelque respectable que soit une opinion appuyée sur des considérations morales. Nous ne demandons pas la suppression radicale des hôpitaux d'enfants, mais leur modification, la création au moins *de salles spéciales d'enfants* dans les hôpitaux généraux, et nous continuerons à faire remarquer que ce moyen empêche la promiscuité, sur laquelle on s'effraye tant, à rappeler que cette promiscuité existe pour l'enfant dans les ateliers, et cela d'*une manière permanente*, à un âge où elle est à craindre, et à rappeler aussi que l'immoralité naît moins du mélange des âges que de la réunion *des enfants*.

M. Trebuchet a combattu les assertions de M. Malgaigne pour ce qui regarde la mortalité des petits et des grands hôpitaux. Appuyé sur la statistique comparée des grands et des petits établissements d'Angleterre, nous sommes tout à fait de l'avis de notre illustre maître, et M. Trebuchet nous permettra à cet égard une observation. Sa statistique est basée sur les chiffres de la mortalité générale ; nous en appelons à M. Trebuchet lui-même, qui, aussi bien que personne, a des statistiques une grande expérience, et qui, avec la plus entière bonne foi, recherche la vérité. Lorsqu'on a peine à ne pas nier la valeur d'une statistique basée sur des faits comparables autant que possible, puisqu'il s'agit des mêmes amputations, acceptera-t-on sans conteste des chiffres qui se rapportent à des éléments inconnus, des maladies dont la nature n'est pas spécifiée?

Cette statistique donnée par M. Trebuchet, nous l'avions donnée nous-même (page 27); mais disions-nous : « En l'absence de détails sur le nombre et la nature des opérations pratiquées dans les divers services, nous ne pouvons tirer aucune déduction légitime du tableau suivant, que nous empruntons au dernier compte rendu administratif. »

C'est que la gravité des maladies soignées à Saint-Louis, à Beaujon, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité n'est en aucune façon comparable. M. Trebuchet est dans l'erreur, et certes elle est trop excusable pour que nous lui en fassions un reproche, quand il dit que la proximité du bureau d'admission fait arriver à l'Hôtel-Dieu les malades les plus graves. Nous ne savons ce qui en est pour les salles de médecine, mais cela n'est pas pour celles de chirurgie.

Interne à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu, nous avons pu voir l'énorme différence qui existe entre la gravité des affections chirurgicales soignées dans ces deux établissements. M. Trebuchet ne pourra s'appuyer sur la statistique pour prouver son affirmation qu'alors qu'il pourra nous dire : après tant d'amputations de cuisses, de bras, etc., la mortalité a été de tant à l'Hôtel-Dieu, de tant à Saint-Louis, etc. Mais jusque-là ni lui ni nous ne pouvons nous servir des hôpitaux de Paris pour éclairer le problème.

M. Davenne a, comme M. Trebuchet, combattu la formation d'un comité consultatif d'hygiène hospitalière, et repoussé la proposition de M. Devergie. M. Davenne a demandé la formation d'une commission. On sait ce que font, en général, les commissions; sa nomination n'aurait qu'un résultat dangereux, l'extinction d'une question importante, et peut-être attendrait-on longtemps son rapport. La discussion est entamée, il est préférable qu'elle continue. D'ailleurs une commission ne serait-elle pas forcément ce que veut éviter M. Davenne, une commission permanente d'hygiène? L'Académie peut et doit donner son opinion sur les questions qu'elle peut résoudre, telles que celles de l'encombrement, des petits hôpitaux, du balayage des salles, de l'assainissement des fosses d'aisances, de la disparition des foyers permanents d'infection. Si alors l'administration *supérieure* passe outre et persiste dans des vues architecturales, à construire des hôpitaux immenses, coûteux et malsains, les attaques, les reproches seront alors légitimes, car les médecins, les administrateurs de l'assistance publique auront fait leur devoir.

Mais aujourd'hui nous devons seulement chercher à réunir

---

d'amende pour exercice illégal, 500 *fr. pour vente de médicaments* contre Lecherf, tisserand à Lannoy. Malheureusement, on le sait, la jurisprudence de la Cour de cassation refuse de reconnaître autre chose qu'une simple *contravention* de l'exercice illégal, même avec récidive, s'il n'y a pas *usurpation de titre* ; et, conséquemment, elle ne porte pas la peine au delà du doublement de l'amendement de 15 fr., soit 30 fr. Les charlatans ne trouvent pas cela cher (voy. sur ce point *Gaz. hebd.*, t. VI, p. 97).

Le tribunal de Meaux, plus doux, a prononcé deux condamnations à 15 fr. d'amende seulement contre deux pharmaciens de cette ville prévenus d'exercice illégal de la médecine. Un tribunal pourrait-il, dans un cas semblable, punir d'une amende la vente de médicaments par des pharmaciens coupables du délit d'exercice illégal de la médecine? Nous le pensons, car un pharmacien ne peut délivrer des médicaments actifs que sur ordonnance de médecin; or, puisqu'il se fait médecin contre la loi, l'ordonnance qu'il se fait à lui-même est non avenue : il a donc joint au premier délit contre les lois qui régissent la médecine un second délit contre les ordonnances qui régissent la pharmacie.

— Peut-être quelque jour examinerons-nous la question de savoir si, en présence du grand nombre de contrevenants et pour beaucoup d'autres motifs, il ne serait pas préférable de laisser à l'exercice de la médecine une liberté absolue, en punissant avec une grande sévérité l'usurpation des titres qui recommandent celui qui les porte à la confiance de ses concitoyens; mais la loi est la loi, telle qu'elle est nous devons chercher à la faire appliquer le mieux et le plus souvent possible, car nous avons à nous défendre contre l'usurpation qui supprime clients et honoraires, et aussi contre la tendance fâcheuse qu'ont les premiers à abaisser le taux des derniers. C'est contre cette tendance que cherchent à réagir les associations médicales, qui ont à se défendre aussi contre leurs sœurs les associations ouvrières. C'est une question dont

dans un but commun l'amélioration de nos hôpitaux, la diminution de la mortalité qui pèse sur nos opérés, les efforts de chacun et les enseignements de l'expérience.

Léon Le Fort.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Du laryngoscope au point de vue pratique, par M. Charles Fauvel, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voir le numéro 10.)

CHAPITRE III.

DIFFICULTÉS INHÉRENTES AUX ÉTUDES LARYNGOSCOPIQUES.

§ 1er. — *Difficultés relatives au malade.*

Au moment où l'on introduit le laryngoscope dans la bouche, le premier obstacle qui se présente est la langue. Peu de malades savent l'abaisser, et si vous les priez de la déprimer en faisant une large inspiration, ils la relèvent au contraire fortement contre la voûte palatine.

On a proposé beaucoup de moyens pour obvier à cet inconvénient, beaucoup d'instruments auxquels on a donné les noms d'*abaisse-langue*, de *pince-langue*, de *tire-langue*; on s'est servi aussi de la spatule ordinaire ou élargie. Mais le meilleur de tous ces instruments ne vaut rien, et j'ai peine à comprendre comment M. Turck consacre dix pages de sa brochure à la description d'un énorme pince-langue en acier, de son invention. Je dois à l'obligeance de M. Charrière fils d'avoir eu cet instrument à ma disposition. « Ce pince-langue en forme de tenailles, dit M. Turck, est destiné à saisir, avec ses deux feuilles, l'extrémité de la langue et une partie du corps même de la langue. La feuille supérieure, qui est pyriforme, est complétement plane dans sa partie moyenne; son extrémité antérieure est, au contraire, légèrement courbée vers le bas, tandis que son extrémité postérieure l'est fortement. »

En un mot, ce sont deux grandes feuilles en acier de la largeur de la langue : la supérieure est plus longue; l'inférieure, plus courte, est échancrée pour laisser passer le filet de la langue. Ces deux feuilles sont articulées à angle droit avec des branches de ciseaux ordinaires. Le malade passe les doigts dans les anneaux de ces branches, et, en les rapprochant, fait venir au contact les deux feuilles.

J'ai essayé de m'en servir sur moi-même et sur des malades; mais, loin d'en retirer un bénéfice, je n'ai éprouvé que gêne et douleur. Après plusieurs pages d'éloges sur son pince-langue, M. Turck finit cependant par avouer que, malgré les ménagements et les précautions convenables, il est quelquefois impossible de s'en servir, à cause d'une sensibilité extrême du sujet. Pour nous, nous le trouvons au moins inutile. Les autres pince-langues ne valent pas mieux.

M. le docteur Stoerk conseille de faire déprimer la langue par le malade lui-même, en se servant pour cela de deux de ses doigts enveloppés dans un linge. C'est non-seulement un obstacle à l'éclairage, mais encore cette manœuvre déprime la langue, et par suite l'épiglotte sur la langue; c'est, du reste, le même inconvénient que nous reprochons aux abaisse-langues.

Le meilleur moyen pour obtenir, comme nous le verrons au chapitre de l'*autolaryngoscopie*, la dépression de la langue de la part du malade est de lui faire ouvrir la bouche en face d'une glace, afin qu'il voie lui-même comment il faut s'y prendre pour exécuter de grandes inspirations et mettre à découvert le fond de sa gorge.

Au lieu de nous servir de pince-langue ou d'abaisse-langue, nous suivons le conseil du docteur Semeleder. Nous prions le malade de sortir fortement la langue au dehors; nous la saisissons alors entre l'index et le pouce recouverts d'un linge fin, et nous la maintenons ainsi hors de la bouche. Le malade lui-même peut la tenir entre ses doigts.

Si l'examen laryngoscopique dure quelque temps, une sensation désagréable ne tarde pas à se faire sentir chez quelques-uns à la région inférieure de la langue; le filet est contusionné contre le bord tranchant des incisives, et le malade cherche à rentrer l'organe endolori. Pour éviter cet inconvénient, nous appliquons un linge entre les dents et la langue. On pourrait encore recouvrir les incisives d'une petite gouttière très mince en gutta-percha. Nous avons pu ainsi, sans fatiguer la langue, la tenir très longtemps sortie.

La langue ainsi maintenue et la bouche étant bien ouverte et bien éclairée, faut-il introduire immédiatement le miroir laryngien? Non; il faut auparavant habituer *le malade*, ainsi que nous le disions plus haut, à faire des inspirations et des expirations bien réglées, sans secousses, sans effort, en un mot, lui apprendre à respirer largement et naturellement.

Le contact du laryngoscope avec le voile du palais et la luette est supporté avec facilité, même dès le premier essai, par le plus grand nombre des malades, pourvu toutefois que l'observateur procède sans tâtonnements. Mais chez quelques-uns, la sensibilité exagérée de ces organes détermine, à ce simple contact, des efforts de vomissement. On parvient souvent à combattre cette susceptibilité en retirant légèrement en avant l'instrument et en faisant respirer le malade.

On a conseillé aussi, pour obtenir l'insensibilité de la luette et du voile du palais, les douches simples et médicamenteuses au fond de la gorge, les gargarismes astringents, les réfrigérants, et enfin le bromure de potassium, qui, comme on le

---

se sont occupés nos confrères de Toulouse, de Bordeaux, de Lyon, etc., suivant en cela l'exemple donné par l'association générale.

Quand à ce sujet nous parlons de défense, nous n'exagérons rien, car les sociétés de secours mutuels ayant surtout en vue de protéger la sociétaire dans les cas de maladie et d'incapacité de travail, ont un intérêt évident à diminuer leurs dépenses en diminuant le taux de l'*honorarium*.

Les sociétés médicales peuvent-elles à leur tour, en se servant de la force que donne l'association, adopter un tarif d'honoraires, tarif que chacun de ses membres s'engagerait à appliquer au moins comme minimum? Non-seulement elles le peuvent, mais encore elles le doivent, dit M. Dubacquié de Bazas. La Gazette hebdomadaire du 22 octobre 1858 était d'un avis contraire, elle n'a pas changé d'opinion. D'abord un tel tarif obligatoire serait interdit comme illégal, et le préfet de l'Aube, on s'en souvient, a menacé de dissolution l'association de ce département, à moins de renoncer au tarif; si ce tarif, comme celui de l'association des médecins de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), n'est pas obligatoire, il devient à peu près nul.

— Ce qu'on défend en France paraît légitime en Amérique; mais quels cris si nous adoptions, même à Paris, le tarif publié il y a quelques jours par l'association médicale de Boston et mis en usage dans cette ville! Une visite, 5 à 10 fr.; une visite avec consultation, 25 fr.; par chaque mille du centre de Boston, 5 à 10 fr.; visite après dix heures du soir, de 25 à 50 fr.; autopsie à la demande de la famille, de 25 à 125 fr.; à la demande de l'autorité, de 100 à 250 fr.; accouchement *de jour*, 50 à 100 fr.; *de nuit*, de 75 à 125 fr. *En cas d'uréthrite et de syphilis*, 25 à 50 fr. doivent être exigés en sus des honoraires ordinaires.

Voilà une manière d'engager ses concitoyens à être circonspects et une punition appropriée au génie particulier que l'on attribue au peuple adorateur du dieu dollar.

sait, a la propriété de rendre l'urèthre insensible à l'introduction de la sonde. Mais les résultats obtenus étant insignifiants, tous ces moyens ont été abandonnés.

Du reste, il ne faut pas s'y tromper, les efforts de vomissement provoqués par l'introduction du laryngoscope sont dus le plus ordinairement à l'inhabileté du médecin, à la pusillanimité du malade.

Le médecin qui veut acquérir en peu de temps l'adresse et la sûreté de main qu'exige le maniement du laryngoscope doit commencer par l'appliquer sur lui-même. C'est, selon nous, la méthode la plus rapide pour vaincre les difficultés inhérentes aux premières tentatives. Plus tard, il recueillera les fruits de sa persévérance. Habitué à bien voir sur lui-même à l'aide de l'autolaryngoscopie, et connaissant la position de l'épiglotte, sa forme, ses courbures, ses mouvements, la disposition des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales, ainsi que les rapports de ces organes entre eux, il distinguera facilement toutes ces parties sur le malade.

D'autres obstacles peuvent encore gêner l'introduction du laryngoscope, telles que l'hypertrophie des amygdales; nous avons dit qu'alors les miroirs ovales ou les petits miroirs carrés trouvaient leur emploi. M. Turck raconte qu'il a obtenu l'écartement des deux amygdales en faisant rire son malade.

Dans d'autres cas, du reste exceptionnels, on rencontre des tumeurs ou des abcès de la cavité naso-pharyngienne, ou des déformations qui peuvent aussi gêner plus ou moins l'application du miroir.

Quelquefois la luette vient se présenter au-devant de la surface réfléchissante du miroir et gêner l'éclairage. Il faut alors retirer le laryngoscope et l'appliquer de nouveau, en ayant soin de refouler cet organe en haut avec le dos de l'instrument.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, c'est presque toujours l'absence de calme de la part du malade et le défaut de circonspection de la part du médecin, qui font échouer dans *l'application du laryngoscope*.

Nous ne terminerons point ce chapitre sans faire remarquer la grande différence qui existe entre le larynx de la femme et celui de l'homme, relativement à leur éclairage. *Le larynx de la femme est bien plus facile à éclairer*, à cause de ses dispositions anatomiques. La saillie thyroïdienne étant bien moins prononcée, l'angle glotto-épiglottique est plus ouvert, le diamètre antéro-postérieur du larynx est également plus court, toutes conditions qui sont favorables à l'éclairage.

§ II. — *Difficultés relatives à l'angle d'ouverture et à la forme du miroir laryngien.*

Les difficultés que présente l'emploi des laryngoscopes dépendent de leur angle et de leur forme.

A. *Angle d'ouverture.* — Nous avons dit que cet angle doit être de 115 à 120 degrés. S'il est plus petit, il oblige le médecin à placer sa main suivant l'axe des rayons incidents et à intercepter ainsi leur marche vers le fond de la bouche, inconvénient que l'on a cru éviter en courbant la tige en dehors et vers son milieu.

Si cet angle est, au contraire, plus grand, plus ouvert, le dos du miroir ne peut pas être appliqué parallèlement à la paroi postérieure du pharynx; dès lors sa surface réfléchissante renvoie les rayons lumineux sur les parties latérales de l'arrière-gorge et donne une image asymétrique. Le miroir ne peut être disposé parallèlement au pharynx (dans le sens antéro-postérieur bien entendu) qu'à la condition d'appliquer très légèrement la tige sur la commissure des lèvres du malade.

Pour s'assurer que l'image laryngienne est asymétrique par cause pathologique ou congénitale, ou au contraire par application défectueuse de l'instrument, il suffit d'introduire le miroir de la main droite et de la main gauche alternativement.

Si le larynx est réellement déformé, l'image conservera son asymétrie première, c'est-à-dire que la déformation de l'image sera toujours située du même côté et dans le même sens.

Par exemple, une déviation produite par une tumeur sur la paroi latérale gauche du larynx apparaîtra toujours du même côté dans le laryngoscope, quelle que soit la main dont on se sert pour tenir l'instrument.

Si, au contraire, la déviation était due à une application défectueuse du miroir, elle se reproduirait alternativement des deux côtés et dans un sens différent.

B. *Forme.* — Quant aux inconvénients inhérents à leur forme, les laryngoscopes peuvent être rangés en deux séries, savoir : les laryngoscopes circulaires et les laryngoscopes carrés.

Le reproche que nous adressons aux miroirs ronds, c'est la difficulté que l'on éprouve à leur donner immédiatement au fond de la bouche la position la plus favorable à l'éclairage du larynx. Ce n'est qu'en leur imprimant des mouvements de rotation, et après des tâtonnements comme le fait M. Turck, que l'on parvient à ce résultat. Les miroirs ovales ou elliptiques ont au moins deux extrémités qui peuvent servir de guide; mais leur petit diamètre réduit leur surface réfléchissante à de trop petites dimensions.

Le miroir carré, au contraire, offre non-seulement une grande surface, mais ses bords parallèles deux à deux permettent de le mettre immédiatement en position, pourvu que l'on se rappelle qu'il faut l'introduire dans la bouche en ayant toujours soin de maintenir son bord inférieur parallèle au plan de la surface linguale, et ses bords latéraux perpendiculaires à cette même surface. C'est pourquoi nous ne nous servons

---

Le but de l'association médicale n'est pas et ne saurait être de réglementer le taux des honoraires, c'est une mauvaise tendance que de vouloir établir des limites fixes à ce qui doit constamment varier, et l'on pourrait en agissant ainsi compromettre même l'existence de sociétés appelées à rendre de grands services.

— L'Italie suit avec succès, dans la création des associations, l'exemple de la France. L'association médicale réalisera sur ce point au moins l'idée de l'unité italienne. De nombreux comités en voie de formation ou récemment formés ne tarderont pas à se fusionner. *Le comité napolitain* a élu pour président le professeur Prudente, et pour vice-présidents les professeurs Coluzzi et De Sanctis. *Le comité sicilien* compte déjà 112 membres ; en Lombardie, Côme vient de suivre l'exemple de Milan et de Brescia. L'association de Pérouse s'est réunie au comité toscan ; enfin Turin, suivant cette fois l'initiative prise par les provinces, a créé une société médicale qui, nous n'en doutons pas, ne tardera pas à se réunir aux précédentes.

— Si l'Italie est sur le chemin du progrès, l'Espagne paraît en avoir pris un autre, du moins pour ce qui regarde la science. Le ministre de l'intérieur a fait signer à la reine un décret prescrivant que dans l'hôpital de Santiago, ville où existe une université, aucun malade reçu dans cet établissement ne pourra être placé dans les salles de la Clinique sans son consentement, s'il est majeur, sans celui de ses parents, s'il est mineur. De plus aucun cadavre d'individu mort dans ledit hôpital ne pourra être porté à l'amphithéâtre d'anatomie *sans son consentement préalable*, de son vivant bien entendu. De sorte que nos confrères espagnols se trouveront dans la nécessité de mêler à leurs consolations, cette demande peu consolante : « Mon cher monsieur, vous allez mourir très vraisemblablement d'ici à quelques jours, voyez-vous quelques inconvénients à ce que nous vous disséquions quelque peu? » Que diront les malades? C'est ce que l'on peut deviner d'avance.

Digitized by Google

que du miroir carré à angles arrondis, et il nous suffit dans tous les cas.

§ III. — *Difficultés relatives à l'étude de l'image laryngoscopique.*

Pour reconnaître l'image laryngoscopique, pour bien apprécier les diverses parties qui la composent et ne pas les confondre entre elles, il est utile d'insister sur les points de repère indiqués par M. Cusco à sa clinique, et qui sont au nombre de deux, l'*épiglotte* et les *cartilages aryténoïdes*.

C'est surtout afin de rendre plus facile la recherche des cordes vocales inférieures que le savant chirurgien de l'hôpital du Midi a établi ces deux points de repère. En effet, c'est bien entre l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes que se trouvent situées les cordes vocales. C'est dans ce petit espace qu'il faudra toujours les chercher.

1° *De l'épiglotte.* — Dès que le laryngoscope est introduit et incliné suivant les préceptes formulés plus haut, le premier objet qui s'offre à la vue dans le miroir, c'est l'épiglotte. On distingue sa face supérieure, son bord et sa face inférieure ou laryngienne.

La face supérieure, toujours facile à reconnaître, n'offre rien de remarquable; son bord libre et sa face laryngienne présentent, au contraire, diverses variétés de conformation.

Ainsi le bord est plus ou moins mince, plus ou moins saillant, tantôt relevé, tantôt abaissé. Il apparaît sous forme d'une ligne blanchâtre, transversale, dont la partie moyenne contournée ressemble, dans certains cas, à un fer à cheval ou à un oméga. Cette conformation, que certains auteurs regardent à tort comme la preuve d'un état morbide antérieur, n'est pour M. Moura et pour nous qu'une disposition le plus souvent normale. Nous l'avons, du reste, constaté sur des larynx de fœtus. Quoi qu'il en soit, c'est un obstacle assez sérieux à l'éclairage de la glotte, car les rayons réfléchis, interceptés en grande partie par cette disposition de l'épiglotte, ne peuvent arriver jusqu'aux cordes vocales cachées derrière ce cartilage. Le moyen d'obvier à cet inconvénient est de porter le laryngoscope plus profondément et plus bas dans l'arrière-gorge et de faire tomber les rayons incidents un peu obliquement de haut en bas sur le miroir. La face inférieure ou laryngée de l'épiglotte est plus pâle que la face supérieure; elle présente à sa partie inférieure un bourrelet saillant dont M. Czermak a fait connaître l'usage dans l'occlusion complète de la glotte.

2° *Cartilages aryténoïdes.* — Au-dessous de l'épiglotte, en bas et en avant dans l'image laryngoscopique, apparaissent deux renflements pisiformes, de couleur rougeâtre: ce sont les cartilages aryténoïdes surmontés par les tubercules corniculés ou de Santorini. Leur éclairage ne présente aucune difficulté. On les reconnaît très bien si l'on a soin de faire exécuter au malade des inspirations répétées, ou de lui faire articuler quelques voyelles; on voit alors ces tubercules, animés de mouvements rapides, se rapprocher et s'écarter alternativement. L'intervalle qui les sépare présente l'aspect d'une échancrure comblée par une portion du repli aryténo-épiglottique. De chaque côté de ces tubercules et en dehors, dans l'épaisseur même du ligament aryténo-épiglottique, on distingue deux autres petits tubercules connus sous le nom de cartilages de Morgagni ou de Wrisberg, cartilages cunéiformes de Meckel. Les deux points de repère sur lesquels nous venons d'insister, l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes, serviront toujours de guide à l'observateur inexpérimenté dans la recherche de l'image de la glotte, car, nous le répétons, c'est dans leur intervalle que sont situées les cordes vocales.

S'il est assez facile d'éclairer et de découvrir la partie postérieure de la glotte voisine des cartilages aryténoïdes, il n'en est pas de même de sa partie antérieure cachée sous l'épiglotte. Malgré tous les perfectionnements apportés de nos jours dans l'instrumentation, l'attache antérieure et commune des cordes vocales échappe encore quelquefois à notre observation. La solution de ce problème a joué un rôle important dans l'histoire de la laryngoscopie. On se rappelle à ce sujet les paroles qu'écrivait M. Garcia en 1855: « Malheureusement, » quelque adresse que l'on mette à disposer les organes, et en » supposant le succès le plus complet, le tiers antérieur de la » glotte au moins reste masqué par l'épiglotte. »

M. Turck parvint le premier à voir l'*angle intérieur* et les *extrémités antérieures des cordes vocales*. Pour obtenir ce résultat, « il faut pousser, dit-il, le miroir plus en arrière et en » même temps faire prendre au miroir une position qui se » rapproche davantage de la verticale. »

C'était là un progrès nécessaire, qui devait donner une puissante impulsion aux études laryngoscopiques.

Ainsi fut résolue avec le plus grand bonheur par le professeur de Vienne la question qui jusque-là avait arrêté ceux qui s'occupaient de l'application du laryngoscope.

Les difficultés que l'on éprouve à éclairer et à découvrir les cordes vocales dans leur moitié antérieure dépendent le plus souvent des diverses conformations de l'épiglotte signalées plus haut, de l'inclinaison de ce cartilage sur le larynx et de l'angle plus ou moins saillant du cartilage thyroïde.

On sait que l'épiglotte et la glotte se réunissent à leur partie antérieure sous un angle ouvert en arrière et variable. Cet angle, d'après les mesures établies par M. Moura-Bourouillou, serait compris entre 40 et 75 degrés. « On comprend très bien, dit-il, que les rayons lumineux réfléchis par le laryngoscope ne puissent éclairer l'intérieur de cet angle qu'à la condition de passer au-dessous de l'épiglotte. » Pour y parvenir, il faut donc suivre le précepte de M. Turck, c'est-à-dire placer le laryngoscope plus profondément dans le pharynx et lui donner une inclinaison moindre que celle de 45 degrés. On peut aussi

— Nous avons eu bien des fois à louer l'esprit d'initiative des blonds enfants de la perfide Albion, les médecins anglais attachés à l'expédition de Chine ont employé pour propager la civilisation européenne dans l'extrême Orient un moyen qui nous paraît préférable au déménagement de Pékin à Paris du musée chinois et à la destruction du palais d'été. Pendant l'occupation de Tien-Tsin, nos confrères ont créé dans cette ville un hôpital destiné à recevoir vingt Chinois, et à donner des soins à un nombre illimité de *out-patients* ou consultants. En même temps ils publiaient un compte rendu mensuel d'un très grand intérêt. L'hôpital avait été ouvert le 11 janvier, pendant le mois de mars il se présenta au dispensaire plus de trois cents malades par jour. Un grand nombre étaient atteints d'ophthalmies. Le docteur Lamprey opéra en mars quarante-quatre cas d'entropion, quinze cataractes, etc. Les affections tuberculeuses, scrofuleuses, les maladies des os, de la peau sont assez nombreuses. On ne peut qu'applaudir aux efforts des docteurs Gordon, Lamprey et Hoffit. Un hôpital se crée également à Pékin par les soins d'un missionnaire protestant et médecin, le docteur Lockhart. Les Chinois, grâce aux efforts de nos confrères d'Angleterre, apprendront à connaître la véritable civilisation européenne autrement que par les canons rayés et les bombes explosibles.

— C'est encore l'initiative individuelle qui a créé en Angleterre de petits hôpitaux de village: l'un à Cranley, dans le comté de Surrey; l'autre à Benton-on-the-Wold, en Gloucestershire. Ils viennent de publier leurs comptes rendus. Le premier a reçu dans l'année vingt-trois malades destinés à subir de graves opérations; créé il y a deux ans, son entretien a coûté moins de 5000 francs. A ces deux hôpitaux nous devons encore ajouter Cottage hospital, à Middleborough.

Les résultats obtenus par la création de ces petits établissements présentent pour nous un grand intérêt, surtout au moment actuel. La mortalité paraît y être peu élevée; c'est ainsi que, pendant l'année 1861, sur quatorze amputations de mem-

Digitized by Google

y arriver en faisant articuler des sons aigus au malade, ou en tirant la langue un peu plus au dehors. Dans ces deux circonstances, l'épiglotte se redresse et l'angle glotto-épiglottique, s'agrandissant, devient plus accessible aux rayons réfléchis. M. Moura-Bourouillou conseille aussi un moyen qu'il est utile de connaître ; il consiste à faire exécuter à la mâchoire inférieure un certain mouvement horizontal d'arrière en avant, pendant que la bouche est bien ouverte. On agrandit de cette manière l'angle glotto-épiglottique ainsi que le diamètre antéro-postérieur de la cavité du pharynx, et tout l'intérieur du larynx s'éclaire avec facilité.

Lorsque l'angle formé par les deux moitiés du cartilage thyroïde, et dans l'intérieur duquel s'insèrent les extrémités antérieures des cordes vocales, forme une saillie très apparente au-devant du cou, saillie nommée *pomme d'Adam*, on éprouve encore une certaine difficulté à éclairer l'insertion commune des ligaments thyro-aryténoïdiens. M. Czermak propose d'appuyer le pouce assez fortement sur la pomme d'Adam pour refouler le larynx en arrière. Ce moyen réussit quelquefois, mais on doit toujours exercer cette pression avec ménagement, car si elle est un peu forte, elle détermine chez le malade une sensation pénible.

Nous avons insisté longuement sur les difficultés que l'on rencontre dans l'éclairage de la partie antérieure des cordes vocales, parce que c'est la seule partie de l'image laryngoscopique un peu difficile à éclairer. Tout le reste du larynx, cartilages aryténoïdes, vestibule du larynx, etc., s'éclaire facilement.

Il ne suffit pas seulement de savoir porter la lumière sur toutes les parties de l'appareil vocal, il faut encore apprendre à les bien reconnaître dans l'image laryngoscopique, et ne pas les confondre entre elles. Cette image, symétrique quand le laryngoscope est bien appliqué et que la position de la tête du malade est bien dans l'axe du tronc, apparaît au contraire asymétrique dès qu'on néglige ces deux conditions. Il devient *alors difficile de reconnaître* dans le laryngoscope l'image de l'appareil de la phonation.

L'asymétrie de l'image laryngienne tient à deux causes : ou le *miroir* est mal appliqué, c'est-à-dire tourné trop à gauche ou trop à droite, ou la tête du malade n'est pas dans la *direction* de l'axe du tronc, et se trouve, par conséquent, inclinée plus d'un côté que de l'autre. La cause enlevée, l'effet disparaît, disait Hippocrate ; enlevons donc ces deux causes, et l'asymétrie disparaîtra.

Enfin, dans une image symétrique bien éclairée, il arrive quelquefois que l'on distingue mal les cordes vocales inférieures, ou que l'on prend pour elles les cordes vocales supérieures, ou enfin qu'on ne les aperçoit pas, comme il arrive au début des études laryngoscopiques. Pour les bien voir, il faut faire articuler par le malade la voyelle *é* sur un ton aigu, ou bien le faire rire, ou bien le faire tousser ; aussitôt les cordes vocales inférieures se reconnaissent à leurs mouvements rapides d'écartement et de rapprochement, à leur bord tranchant, à leur aspect d'un blanc nacré ou légèrement jaunâtre, qui tranche sur la couleur rose des parties voisines. Les cordes vocales supérieures sont rosées, épaisses, et leur contact se produit seulement en partie pendant l'émission des sons les plus aigus.

(La fin à un prochain numéro.)

III

REVUE CLINIQUE

Pathologie interne.

TROIS OBSERVATIONS DE CATARRHE D'ÉTÉ SANS FIÈVRE DE FOIN, par le docteur HERVIER. Travail lu à la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire.

Le docteur Phœbus (de Giessen) ayant appelé l'attention des médecins sur une maladie connue en Angleterre sous le nom de catarrhe d'été, asthme d'été, asthme de foin, fièvre de foin, il convient d'apporter tous les faits de ce genre qui se présentent à l'observation des praticiens, afin de préciser le degré d'influence des prairies, des herbes fourragères, sur la production du mal, et d'avoir ainsi, sur cette singulière affection, les notions étiologiques nécessaires pour instituer une bonne thérapeutique.

OBS. I. — M. Prévost, trente-quatre ans, ingénieur, directeur des houillères de la Péronsière, tempérament sanguin bilieux, forces athlétiques, santé parfaite, s'exposa en 1852 aux rayons d'un soleil ardent des premiers jours de juin, et contracta le lendemain un coryza intense qui ne céda que quinze jours après à une médication énergique. Depuis cette époque, vers le milieu de mai ou plus tard, mais toujours vers les premières chaleurs, M. Prévost est pris chaque année d'un coryza compliqué de fatigue, d'oppression, de céphalalgie, de gêne dans la respiration et de réaction fébrile. Cet état dure un temps variable, mais diminue et cesse toujours vers le 21 juin, sans que le traitement paraisse modifier en aucune manière la marche de la maladie. Les hivers se passent toujours bien.

OBS. II. — M. Finot, voyageur de commerce, me consulte en mai 1854 pour une bronchite avec coryza, compliquée de photophobie, larmoiement, pharyngite, besoin incessant d'éternuer et douleur vive de la tête. Cet homme, âgé de trente-quatre ans, est nerveux, et ne s'enrhume jamais l'hiver. Il me raconte que l'année précédente, en 1853, il fut pris des mêmes accidents, pour la première fois, à la suite d'une longue marche, par un jour tiède de printemps, les pieds humides et la tête exposée au soleil. M. Finot m'ayant raconté qu'il avait été soumis sans succès aux médications les plus variées, je lui proposai l'hydrothérapie et l'emploi des bains de vapeurs térébenthinés, qu'il prit à l'établissement de Serin, dirigé par le docteur Macario.

---

bres pratiquées dans ce dernier hôpital, il n'y eut que deux morts.

— Nous avons souvent l'occasion de lire les récits de procès jugés en Angleterre pour négligence ou ignorance dans le traitement des affections chirurgicales. Quelques-uns sont instructifs, quoique notre législation ne soit pas la même que celle qui régit nos voisins.

Le 12 février dernier, un M. Carter (de Thorley) intentait un procès au docteur O'Reilly, l'accusant d'avoir méconnu ou même favorisé l'existence d'un chevauchement considérable dans une fracture de jambe dont il était atteint, le rendant ainsi responsable d'une claudication consécutive, et refusant de lui payer aucun honoraire.

Grâce à l'intervention de W. Fergusson, cité comme expert, notre confrère eut gain de cause, mais son procès révéla une fois de plus une erreur et une plaie dont nous ne sommes pas exempts en France.

L'erreur est de refuser autant que possible, en la considérant comme une marque de défiance, toute consultation avec un confrère du voisinage, ce qui laisse au médecin traitant la responsabilité tout entière ; la plaie, c'est qu'en pareille circonstance les bons petits confrères appelés en témoignage vous desservent de leur mieux auprès du tribunal, et vous blâment en vantant au contraire leur habileté ou leur pratique. L'un dit comme M. Stephen Tawkes : J'aurai vu tout de suite le chevauchement ; l'autre comme M. Hodson : J'ai soigné avec succès beaucoup de fractures comminutives, et au lieu de faire comme M. O'Reilly, j'aurais fait ceci, cela, etc. Puis, quand on leur demande de citer le nom de ceux qu'ils ont sauvés, ils ne s'en rappellent aucun.

— Ce n'est pas le seul exemple de bonne confraternité que nous apportent les journaux anglais, et un procès récent a fait, il y a quelques jours, trop de bruit en Angleterre, pour que nous n'en parlions pas. Il s'agit cette fois d'un des chirur-

Digitized by Google

En 1857, j'ai revu ce malade, qui s'est parfaitement trouvé de ce traitement. Néanmoins le coryza et la bronchite viennent régulièrement troubler l'harmonie de la santé, depuis les premières chaleurs jusqu'au solstice d'été; mais si l'hydrothérapie et les bains de vapeurs térébenthinés n'ont pas eu d'influence sur la réapparition périodique de cette singulière lésion, au moins ont-ils eu le pouvoir d'atténuer l'importance des symptômes, dyspnée, fièvre, photophobie, céphalalgie, oppression, asthme, etc., au point que ce voyageur peut continuer ses occupations sans la moindre inquiétude.

Obs. III. — Cette troisième observation est la plus intéressante de tous points. Elle concerne M. Victor Fa, négociant à Rive-de-Gier, âgé de quarante-trois ans, et doué d'un tempérament bilieux. En 1845, sans cause connue, le coryza apparut, pour la première fois, avec les premières chaleurs du mois de mai, et s'accompagna d'ophthalmie et de maux de tête très douloureux. Au 21 juin, tout rentrait dans l'ordre chaque année, et, à la même époque, les mêmes accidents se reproduisent, mais, en 1849 et sans nouvelle cause, ils se compliquent de bronchite et d'asthme, dont l'apparition amène la suppression momentanée du coryza. Le coryza réapparaît-il de nouveau, les accidents du côté de la respiration cessent. Un orage violent supprime-t-il le coryza, les désordres du côté des voies respiratoires reprennent toute leur intensité, jusqu'à ce que le calme complet se fasse, vers le 21 juin.

Les années 1846, 1847, 1848, 1849 et suivantes se passent avec les alternatives de bronchite et d'asthme, mais avec la reproduction complète de la phénoménalité que nous venons d'esquisser. Les plus savants praticiens sont consultés; les médications les plus variées, antimoine, arsenic, belladone, chloroforme, toniques, révulsifs, sédatifs, hydrothérapie, térébenthine, sont employées sans succès, sans qu'il soit possible de modifier en aucune manière cette singulière névrose. Plus tard, les eaux du Mont-Dore furent conseillées. M. V. Fa s'y rendit pour la première fois en 1857, et de cette époque date la première amélioration un peu sensible que ce malade ait constaté à la suite de ses nombreuses tentatives de guérison.

Chaque médecin, en faisant un retour sur sa propre pratique, peut fournir un contingent précieux aux renseignements réclamés par le docteur Phœbus. Ces rhumes de chaleur, que nous avons toujours observés sur des sujets qui vivent loin des prairies et dont les paroxysmes ne coïncident pas avec la maturité des plantes fourragères, ont apparu constamment dans le mois de mai, et nous paraissent, au point de vue de leur étiologie, être sous la dépendance de l'ordre météorologique. Nous pensons donc que le nom de fièvre de foin doit être réservé à un autre état morbide, ou peut-être à une forme particulière du catarrhe d'été, qui empruntait à l'influence des émanations du foin une phénoménalité un peu différente de la caractéristique du type morbide.

Quant au traitement, il doit s'adresser particulièrement à l'élément spasmodique, et nous avons su que les méthodes hydriatiques n'ont point été appliquées sans avantage dans deux des observations précitées.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *De la régénération des tendons*, par M. Jobert (de Lamballe). — Dans ce travail, l'auteur expose les expériences qu'il a pratiquées dans le but d'étudier la régénération des tendons et de saisir toutes les périodes de son développement. Ces expériences ont été faites sur des chiens et sur des chevaux, et la section des tendons a été pratiquée par la méthode sous-cutanée. Le premier animal a été sacrifié trois jours après l'opération, et le quinzième, trois mois après. Les autres animaux ont été tués et examinés quatre jours, six jours, huit jours, neuf jours, douze jours, quinze jours, seize jours, vingt-six jours, et trente-cinq jours après l'opération, de manière à pouvoir étudier et suivre le travail de régénération tendineuse dans chacune de ses périodes.

M. Jobert donnera, dans un prochain travail, les résultats généraux de ces expériences.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Devergie* rappelle que, dans un mémoire publié en 1831, dans les Annales d'hygiène et de médecine légale, il a décrit l'état normal du tissu pulmonaire des nouveau-nés, avant et après l'établissement de la respiration, et qu'il y a indiqué tous les faits consignés dans le travail lu mardi dernier par M. Bouchut.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation du décret en date du 8 mars courant, par lequel est approuvée l'élection de M. *J. Béclard*, en remplacement de feu M. Heller.

— Sur l'invitation de M. le président, M. Béclard prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Testel* (de Paris) sur la pratique de la vaccine en France. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Manouvrier* (de Valenciennes) et par M. le docteur *Prieur* (de Gray). (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *H. Roger*, *Monneret* et *Hardy*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie interne. — *b*. Une lettre de M. *Orfila*, qui envoie trois exemplaires de

---

giens les plus justement connus, M. Spencer Wells dont nous avons publié dans le dernier numéro de ce journal quelques observations d'ovariotomie.

Il y a quelques mois le Medical circular publiait une lettre de quelques voyageurs, signalant à la vindicte publique la publicité donnée par M. Spencer Wells à sa brochure sur le traitement des fistules vésico-vaginales. Cette brochure, ornée de planches et de dessins, avait été exposée aux regards effarouchés de la pruderie britannique, dans le bureau de *George hotel*, à Buxton.

Le conseil du collège des chirurgiens, gardien et défenseur de l'honnêteté professionnelle (conseil de famille et tribunal qui serait fort utile en France) appela dans son sein le délinquant pour lui demander compte de cet acte de charlatanisme doublement répréhensible. Qui fut étonné ? Ce fut M. Spencer Wells, le soi-disant coupable. Il rappela ses souvenirs, chercha des preuves, en trouva, et traduisit devant les tribunaux M. Webber comme coupable de diffamation.

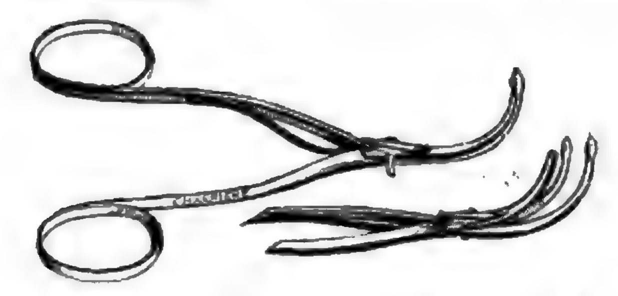
Or, comme en Angleterre on a la mauvaise habitude de ne pas juger sans preuves, et qu'on les admet en cas de procès en diffamation, voici les détails curieux que révélèrent les débats : M. Spencer Wells récemment encore rédacteur en chef du Medical Times, avait eu jadis quelques légères discussions avec un confrère, M. Webber. Visitant Buxton, accompagné d'un ami, il rencontra à George hotel son ancien ennemi, passa la soirée avec lui et agit comme si aucun nuage n'avait terni leur amitié passée. Le lendemain, il quittait la ville, lorsque sur le seuil de l'hôtel, on lui remit par la poste quelques exemplaires de sa brochure non encore publiée. Il s'informa de la présence de M. Webber, et donna au garçon un exemplaire pour le remettre à son partner de la veille. Le cher confrère tenait sa vengeance. Il déposa soigneusement la brochure dans la case du bureau, entre une clef et un bougeoir, appela sur elle l'attention, poussa à une protestation, la fit signer, mais ne la signa pas, et l'adressa ensuite avec une lettre confidentielle d'avis à différents journaux. C'est ce qui

Digitized by Google

compte rendu de la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine. — *c.* Une lettre de M. le docteur *Dreyfus* (de Paris), qui réclame la priorité de l'idée du *révulseur* de M. Baunscheidt, présenté par M. Gibert. (*Comm :* M. Gibert.) — *d.* Une note sur l'action thérapeutique de la pommade à l'iodure de plomb, par M. *Deschamps* (d'Avallon). (*Comm.:* MM. Bouchardat et Grisolle.) — *e.* Une note de M. *Hogg*, pharmacien à Paris, sur les pilules de pepsine. (*Comm.:* MM. Londe, Longet et Bouchardat.) — *f.* Un travail de M. le docteur *Guillon* sur la guérison rapide de l'angine couenneuse et du croup membraneux par l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé. (*Comm.:* MM. Briquet et Trousseau.)

1° M. *Bouvier* communique à l'Académie une pince dilatatrice à trois branches, construite par M. J. Charrière, sur les indications de M. Laborde, interne à l'hôpital des Enfants. Cet instrument, employé pour favoriser l'introduction des canules à trachéotomie, consiste dans l'addition au dilatateur ordinaire, d'une troisième branche en forme de gouttière. Cet instrument offre l'avantage de dilater amplement l'ouverture faite à la trachée, et de lui donner une disposition plus en rapport avec la forme de la canule ; c'est là une circonstance qui permet de faire à la trachée des incisions moins étendues.

M. Bouvier rapporte que cet instrument a été employé avec succès pour le but que l'on se proposait d'atteindre.



M. *Boudet* annonce à l'Académie que la Société des amis des sciences a décidé que la pension de 1200 francs qu'elle faisait à feu M. Isidore Bourdon serait reversible sur sa famille.

Lectures.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. *H. Roger* lit le résumé d'un mémoire ayant pour titre : *De l'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané)*, dont voici un extrait :

Dans des cas très rares, dit M. Roger, chez des malades, surtout des enfants, atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires, on voit se développer soudainement, sur les côtés du cou, une tumeur molle, avec crépitation caractéristique, tumeur circonscrite qui s'étend bientôt, en tous sens, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas extraordinaires, il existe un *emphysème à siége triple*, c'est-à-dire occupant à la fois le poumon où il commence, le tissu cellulaire du médiastin qu'il traverse, et le tissu cellulaire extérieur où il arrive finalement pour s'étendre plus ou moins loin sous la peau : cet état pathologique complexe, rarement rencontré et peu connu des praticiens (Voy. les mémoires de MM. Ménière, 1829, Natalis Guillot, 1853, et Ozanam, 1856), je l'ai décrit sous le nom d'*emphysème généralisé*, et j'ai tracé cette description d'après 19 observations dont 9 ont été recueillies et publiées par moi de concert avec M. Blache, et les 10 autres empruntées à différents auteurs : ce sont à peu près les seules qui existent dans la science.

Étiologie. — *L'emphysème généralisé*, exceptionnel dans la vieillesse, très rare dans l'âge adulte, est relativement beaucoup plus fréquent dans l'enfance et surtout dans les premières années (sur 19 emphysémateux, 15 étaient âgés de moins de quatre ans). — La fréquence relative de l'emphysème médiastin et sous-cutané dépend de la fréquence même des affections des organes respiratoires, qui, par suite de la violence de la toux, produisent chez les jeunes sujets de l'*emphysème pulmonaire aigu*. Dans près de la moitié des cas, la maladie primitive qui a précédé l'emphysème généralisé est la coqueluche.

Anatomie pathologique ; origine de l'infiltration gazeuse. — Dans l'emphysème à siége multiple il n'y a point production spontanée d'un gaz par exhalation ou par fermentation morbide, comme dans certaines affections gangréneuses, charbonneuses.

Le gaz infiltré dans le tissu cellulaire de la peau (et celui qui est épanché dans les médiastins) est l'air de la respiration, sorti de ses voies par rupture des conduits aériens ou déchirure du parenchyme pulmonaire. — L'autopsie démontre l'existence simultanée de l'emphysème dans le poumon avec toutes ses variétés (vésiculaire, interlobulaire et interlobaire), dans les médiastins (criblés de vésicules, d'ampoules aériennes, et semblables au tissu cellulaire insufflé des animaux de boucherie), dans le tissu conjonctif de la périphérie du corps. — Voici la filiation des altérations cadavériques : le fluide élastique épanché sous la peau, c'est l'air du médiastin, c'est l'air du poumon qui, pour arriver au dehors, a suivi la voie insolite que lui a faite la maladie, se propageant du tissu cellulaire intra-thoracique au tissu cellulaire extra-thoracique, au moyen de la continuité anatomique de ce tissu. — L'*emphysème médiastin* provient, soit du passage direct de l'air de la respiration à travers le tube laryngo-trachéal, soit de l'extension de l'emphysème pulmonaire. — Qu'un poumon soit très emphysémateux, qu'il présente à sa surface, près de sa racine, des ampoules sous-pleurales, et dans son intérieur des cavités aériennes, l'emphysème médiastin pourra se produire de deux façons : 1° la masse d'air sous-pleural, poussée par de nouvelles quantités de fluide élastique échappées des bronches pendant de violents efforts de respiration, décolle la plèvre sans la rompre, et chemine jusqu'au point de réflexion de celle-ci; cette masse d'air manquant alors de parois qui l'emprisonnent, s'épanche dans le tissu cellulaire du médiastin ; 2° une ampoule profonde se rompant, l'air passe du tissu intervésiculaire dans la gaine celluleuse des bronches et des vaisseaux sanguins, puis chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine du poumon, point où il pénètre dans le mé-

---

le perdit, et la mine si bien chargée éclata du côté de celui qui l'avait creusée. Les interrogatoires des témoins mirent dans tout leur jour ces honnêtes menées de M. Webber, qui se vit condamner à 7500 fr. de dommages envers M. Spencer Wells. Pourquoi aussi admettre à faire la preuve !

(*La suite prochainement.*)

ALIQUIS *frères.*

— Le banquet des internes des hôpitaux de Paris est, comme nous l'avons dit, fixé à samedi prochain 15 mars, à six heures du soir, dans les salons des Frères-Provençaux (Palais-Royal). Le prix de la souscription est fixé à 16 francs. MM. les anciens internes sont priés d'adresser le montant de la souscription à M. l'interne en médecine, économe d'une des salles de garde des hôpitaux de Paris. La liste des souscriptions sera close le 12 mars au soir.

— Un concours pour une place de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux sera ouvert le 7 avril prochain.

— Un journal belge annonce que le Cercle archéologique du pays de Waes se propose de tirer de l'oubli un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité, Philippe Verheyen, l'illustre anatomiste, né à Verrebroeck (pays de Waes), devenu, de simple berger, recteur magnifique de l'Université de Louvain, vers la fin du XVII^e siècle. Le Cercle, sur la proposition d'un de ses membres les plus dévoués, M. le docteur Van Raemdonck, (de Saint-Nicolas), compte élever dans le village qui a vu naître Verheyen un buste destiné à reproduire ses traits et à perpétuer la gloire d'un de ces hommes que la science place immédiatement après Vésale.

— M. Séré, docteur en médecine à Auch, a été nommé président de la Société de prévoyance des médecins du département du Gers.

— Le concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, que nous avons déjà annoncé, sera ouvert le 1^{er} avril prochain à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Digitized by Google

diastin et s'y infiltre. — Cette migration de l'air infiltré, du poumon au médiastin, et du médiastin au tissu cellulaire externe, se fait pendant les accès de dyspnée suffocante de la pneumonie double, pendant les secousses convulsives de la toux de la coqueluche, par un mécanisme comparable à celui de l'effort; par une contraction violente du système musculaire respiratoire, l'air, comprimé entre les ampoules terminales des bronches et la glotte fermée, finit par s'échapper en déchirant les parties les moins résistantes, c'est-à-dire le parenchyme pulmonaire altéré dans sa consistance par la maladie primitive.

Sémiotique. — Généralement au summum d'une affection très aiguë des voies respiratoires, sans symptômes particuliers prodromiques ou concomitants, l'emphysème interne devient tout à coup externe : le premier signe de cette complication est une tumeur située au bas du cou, sous la mâchoire, et même à la joue, tumeur molle et donnant sous le doigt, ainsi qu'à l'oreille, une crépitation pathognomonique, et, chez quelques sujets, augmentant par la toux et par les cris. — En quelques heures, l'emphysème augmente dans tous les sens; il gonfle et défigure les petits malades comme l'anasarque : d'ordinaire, leur état général s'aggrave simultanément.

Le pronostic est excessivement sérieux, puisque l'emphysème généralisé se termine par la mort dans la très grande majorité des cas (15 fois sur 19). — Cette *mort* est *très rapide* (elle survient en un ou deux jours, en quelques heures, et même en quelques minutes) : la vie se prolonge rarement au delà de quelques jours. D'ailleurs, c'est moins de la généralisation de l'emphysème que de la gravité de l'affection antécédente que dépend la sévérité du pronostic. — Si cette affection primitive est curable, l'emphysème externe et probablement aussi l'interne guérissent, l'air infiltré dans le tissu cellulaire extérieur étant résorbé dans un temps qui a varié de neuf à vingt et un jours.

Traitement. — Une dyspnée intense avec suffocation, une toux violente répétée avec saccades convulsives, des cris immodérés, des mouvements excessifs, en un mot *l'effort* étant la cause déterminante et effective de l'emphysème généralisé, la première indication est de calmer ce tumulte et d'amortir cet effort, de manière que la déchirure pulmonaire n'augmente plus et que de nouvelles quantités d'air ne soient point poussées de l'intérieur du thorax dans le tissu cellulaire externe : l'administration de la digitale à haute dose et de l'opium (comme on l'a conseillé dans les perforations intestinales), en diminuant la violence des battements cardiaques et des mouvements respirateurs, répond à cette indication. — Quant à la résorption de l'air infiltré, ce sont les forces naturelles de l'organisme qui sauront l'opérer; par des frictions stimulantes pratiquées sur les parties infiltrées, peut-être hâterait-on ce travail salutaire; et même, dans les cas où l'emphysème extérieur, par ses progrès considérables, semble augmenter notablement la dyspnée et l'état anxieux du malade, il y aurait lieu, au moyen de ponctions multiples avec un trocart capillaire, de frayer au gaz infiltré une voie artificielle.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Davenne* rappelle en quelques mots les discours de MM. Piorry et Larrey, Renauld et Bonnafont, dont il adopte, en grande partie, les principes et les conclusions. Puis, revenant sur la question des hôpitaux spécialement destinés aux enfants, il cite l'opinion favorable de Pastoret (1816), qui élève cette mesure à la hauteur d'une des questions de morale les plus graves.

L'orateur, abordant ensuite les statistiques anglaises, en conteste l'exactitude, et cependant il les acceptera volontiers si l'on veut en conclure, comme le fait M. Le Fort, que la mortalité générale est la même dans les hôpitaux de Londres et dans ceux de Paris. Quant à la chirurgie, il est inexact d'attribuer, ainsi que le veut M. Gosselin, la différence de mortalité des opérés à la différence des conditions hygiéniques. Il faut faire la part la plus large aux soins consécutifs sur lesquels les médecins sont infiniment mieux en mesure de proposer des réformes que ne l'est l'administration. Aussi convient-il de mettre celle-ci hors de cause, et de l'absoudre de bien des méfaits dont elle a été chargée dans cette enceinte, notamment par M. Devergie.

A l'égard des rideaux, la question est à l'étude; et quant aux salles séparées pour les maladies contagieuses, il en existe à Beaujon et à Lariboisière. Si elles ne servent point, si elles restent inoccupées, c'est aux médecins qu'il faut s'en prendre.

Il y a deux points essentiels dans ce débat : 1° les inductions qu'on avait prétendu tirer de la comparaison des hôpitaux de Paris avec ceux de Londres portaient à faux pour la plupart; et, ce qui en est résulté, c'est que l'Angleterre est entrée comme nous, mais après nous, dans la voie du progrès; 2° les nouveaux hôpitaux devront être établis dans des conditions de situation, d'isolement et d'aménagement telles, qu'ils n'aient point à redouter l'insalubrité de l'air du dehors, que le nombre des malades n'excède pas un certain chiffre, et que l'étendue des salles soit calculée de manière à éviter un encombrement dangereux.

Passant aux discours de M. Trebuchet, M. Davenne se rallie complétement aux doctrines développées par son honorable collègue.

Mais il réfute les allégations de M. Devergie. Il constate que l'hôpital Saint-Louis est celui où la mortalité est la plus faible, et il attribue à l'insuffisance des ressources pécuniaires les reproches légitimes qu'on a adressés au mode de construction des salles et au blanchiment des murs, les fonds destinés à l'entretien des bâtiments n'étant que de 200 000 francs. Jamais, d'ailleurs, les réclamations des chefs de service ne sont restées sans satisfaction ou sans réponse.

L'orateur termine en déclarant, ainsi que *l'a fait M. Trebuchet*, qu'il regarde comme impossible de donner aucune suite utile à la proposition de M. Devergie concernant la création d'un conseil d'hygiène des hôpitaux. Mais il insiste sur la nécessité de renvoyer la question générale à une commission académique.

M. *Briquet.* Je me propose de traiter successivement les différents éléments de la question, à savoir : la valeur des statistiques étrangères sur lesquelles repose le fond du débat, la légitimité de la comparaison des hôpitaux de Paris avec ceux de Londres, les inconvénients de l'encombrement et les moyens qui ont été proposés pour y remédier.

Je commence par la statistique. Je suis très partisan de la statistique; mais il y a statistique et statistique. J'ai grande confiance dans les statistiques faites par des hommes que je connais, dans les statistiques de M. Louis, par exemple; mais je doute des statistiques faites dans un pays que je ne connais pas, avec des faits rapportés et contestables, et par des hommes que je ne connais point. D'où viennent les statistiques anglaises qu'on a invoquées dans cette discussion? Par qui et comment sont-elles dressées? Elles sont faites avec des documents disparates, des éléments hétéroclytes, le plus souvent recueillis par des élèves encore novices, ou même par des employés subalternes. Est-ce là le mécanisme d'une statistique sincère, péremptoire, scientifique? (*On rit.*) Vous riez, messieurs. Eh bien, vous souvenez-vous de la méthode adoptée par Dupuytren pour justifier les insuccès de ses opérations? Personne ne l'ignore, il absolvait toujours la chirurgie et le chirurgien des résultats fâcheux de sa pratique; il en accusait invariablement quelque vice de la constitution de l'opéré, ou l'invasion d'une maladie intercurrente. Quelle statistique aurait-on faite avec de semblables documents? On aurait fait ce que j'appellerai volontiers une statistique *adoucie*.

Je reviens aux statistiques anglaises. Le chirurgien est sous la dépendance des souscripteurs de l'hôpital et sous celle de ses élèves, qui font par leur nombre le succès de l'hôpital et la

Digitized by Google

réputation du chef de service. Ce chirurgien-là a donc un double intérêt à faire de la statistique adoucie. Ajoutez qu'en Angleterre l'industrialisme se mêle à tout, même à la pratique chirurgicale, et qu'un chirurgien qui veut réussir a un immense intérêt à faire de la statistique adoucie. Voilà la statistique anglaise.

Et la statistique américaine, quel degré de créance mérite-t-elle? M. Malgaigne a cité les résultats de la pratique chirurgicale de l'hôpital de Massachussets. Or, j'ai pris des renseignements partout où j'ai pu en puiser, et je me suis convaincu qu'il n'y avait point de ville du nom de Massachussets en Amérique. Il y a un Etat de ce nom qui a Boston pour capitale. Dans cette contrée, il y a plusieurs hôpitaux qu'on appelle *Massachussets' Hospitals;* mais il n'y a point un hôpital spécial à qui appartienne exclusivement ce nom. Il y a donc eu là une erreur dans les assertions de M. Malgaigne. Que si M. Malgaigne a entendu parler des hôpitaux de Boston, il a eu tort de les citer comme des modèles de salubrité, car il est de notoriété publique que la ville de Boston est une des plus insalubres du monde (1).

Jusqu'à présent, dans cette discussion, on me semble s'être préoccupé outre mesure de menus détails d'intérieur, j'ai presque dit de ménage. On n'a pas tenu un compte suffisant de certains éléments physiologiques qui tiennent cependant une place immense dans les données de l'hygiène et qui doivent exercer une influence considérable dans le résultat des opérations : je veux parler de la constitution des sujets, de leur tempérament, de leurs habitudes. Il est bien certain qu'il existe une différence énorme entre les ouvriers anglais ou américains, accoutumés à boire du gin et de l'eau-de-vie, à faire bonne chère et à se boxer, et nos ouvriers généralement plus tempérants et habitués à des mœurs plus douces.

Je passe à une question plus médicale et qui est plus de ma compétence : je veux parler des accouchements. Eh bien, j'ai sous les yeux une statistique obstétricale de Guy's Hospital que *j'ai trouvée dans un ouvrage* de M. Malgaigne. Or, je déclare qu'elle renferme des résultats renversants. Il en résulte, en effet, qu'il n'y aurait eu que 36 morts sur 12 000 accouchées dans l'espace de sept ans. Est-ce possible, messieurs?... Comme ces résultats ont quelque chose d'exorbitant, pour les faire accepter on les entoure des plus minutieux détails sur la mère et sur l'enfant. Voilà certainement bien des garanties. Il n'y a qu'un malheur, c'est que l'hôpital de Guy, à Londres, ne reçoit pas de femmes pour accoucher, il ne reçoit les femmes qu'après l'accouchement, du moins c'est M. Le Fort qui nous l'apprend. Autre difficulté : l'hôpital de Guy ne renferme en tout que 550 malades : or, en supposant que cet hôpital admette des femmes en couches, il ne peut pas en admettre plus que n'en reçoit accidentellement la Charité à Paris : mettons 60 par an; nous sommes bien loin de 12 000 en sept ans! Il est vrai, je le répète, qu'il ne s'agit pas de femmes reçues *pour accoucher*, mais de femmes reçues *après leurs couches*. Or, rien n'est vague, rien n'est élastique comme une pareille expression; cela peut comprendre non-seulement des femmes dans l'état puerpéral, mais encore des femmes ayant eu des enfants, quel que soit leur âge et à quelque date que remonte l'accouchement. Étonnez-vous donc de cette faible mortalité accusée par la statistique anglaise, 36 mortes sur 12 000 accouchées! Quel fond voulez-vous faire d'une pareille statistique qui repose sur un quiproquo? *Ab una disce omnes.*

J'arrive aux hôpitaux anglais. On en a dit des merveilles. J'ai vu l'hôpital de Westminster : il n'y a ni cour, ni préau, ni promenades. Je suis entré dans une infirmerie : j'ai cru pénétrer dans la salle d'une mauvaise caserne; il y avait là dans une pièce étroite et basse douze ou quinze mauvais grabats et des malades groupés autour d'une cheminée où se faisait la cuisine. L'odeur de cette pièce était détestable. Le mobilier de la salle, indépendamment des lits, se composait d'un buffet renfermant des comestibles et des médicaments, et de tablettes attachées aux murailles avec des paquets d'herbes et de plantes accumulés dessus.

On parle de la suppression des rideaux! J'ai vu cela aussi en Angleterre. Rien n'est affreux, rien n'est pénible comme une salle d'hôpital sans rideaux. C'est le plus hideux spectacle qu'on puisse imaginer, sans compter les inconvénients graves et nombreux qui résultent pour les malades d'être exposés à voir sans cesse les souffrances ou les infirmités de leurs voisins. Qu'on modifie les rideaux actuels si on les trouve mauvais, mais qu'on se garde bien de les supprimer.

Vu l'heure avancée, l'orateur remet la suite de son discours à la prochaine séance.

M. *Malgaigne* déclare que, dans aucun de ses écrits, il n'a rapporté la statistique obstétricale de Guy's Hospital, si vivement critiquée par M. Briquet.

M. *Briquet* s'engage à prouver la vérité de son assertion.

La séance est levée à cinq heures.

(1) Il existe réellement un Massachusset's General Hospital.
(*Note de la Rédaction.*)

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 26 FÉVRIER ET DU 5 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

GUÉRISON D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE PAR L'OPÉRATION AMÉRICAINE. — KYSTE DES BOURSES EN DEHORS DE LA TUNIQUE VAGINALE. — ANÉVRYSMES POPLITÉS TRAITÉS PAR LA LIGATURE APRÈS L'INSUCCÈS DE LA COMPRESSION. — RHINOPLASTIE PÉRIOSTIQUE. — SPINA BIFIDA.

M. *Morel-Lavallée* a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une malade qui, opérée par lui le 27 janvier d'une fistule vésico-vaginale, est sortie guérie le 17 février de l'hôpital Beaujon. La fistule, il est vrai, n'était pas ancienne (elle ne datait que de deux mois et demi), mais elle était située très près du col de l'utérus, et n'avait pas moins de 2 centimètres de hauteur sur 1 centimètre de largeur. Le procédé américain est celui que M. Morel-Lavallée a mis en usage. Ce dont il se félicite surtout, et ce qu'il considère comme une addition heureuse faite à ce procédé, c'est de s'être servi du premier fil pour opérer une traction qui, en abaissant la fistule, a facilité le passage des autres fils. Il se propose, à la prochaine occasion, de se servir d'un fil passé de la même manière pour faciliter l'avivement. L'opération tout entière n'a pas duré plus de cinquante minutes. Les fils métalliques sont restés dix jours en place. Une sonde en S est demeurée quinze jours dans la vessie. Quand elle a été retirée définitivement, la malade ne perdait plus une seule goutte d'urine, et la vessie pouvait en garder jusqu'à 400 grammes. A peine la fistule était-elle guérie que les règles de la malade reparurent. MM. Verneuil, Depaul et Trélat, tout en félicitant M. Morel de ce succès, ne considèrent pas le moyen dont il s'est servi pour attirer en bas la fistule comme une véritable modification du procédé américain, dont il n'est, à proprement parler, qu'un des temps; il n'est pas de chirurgien qui, en opérant une de ces fistules, n'ait senti la nécessité de la placer le plus près possible de la main. On a employé pour cela des moyens variés suivant les cas. M. Depaul a vu M. Marion Sims abaisser la fistule en tirant avec une pince sur le col de l'utérus.

— M. *Fleury* (de Clermont-Ferrand) adresse à la Société l'observation d'un kyste des bourses situé en dehors de la tunique vaginale. Le même chirurgien avait envoyé autrefois plusieurs observations qu'il considère comme semblables à celle-ci, et qui avaient paru à M. Gosselin (séance du 20 août 1856) se rapporter à ce qu'il a décrit dans les ARCHIVES sous le nom d'hématocèles avec épaississement de la tunique vaginale. Depuis cette première communication, M. Fleury a pris connaissance du mémoire de M. Gosselin, et il est resté, même après cette lec-

ture, convaincu que le plus grand nombre des kystes qu'il avait observés étaient bien réellement en dehors de la tunique vaginale. L'observation lue dans la séance du 26 février ne laisse aucun doute sur le siége précis du kyste opéré et guéri par M. Fleury.

Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, entré le 13 janvier 1861 à l'hôpital de Clermont avec une tumeur volumineuse des bourses qui paraissait englober le testicule. Elle avait la grosseur d'une orange, était dure et indolente à la pression. La peau qui la recouvrait n'avait pas changé de couleur; la fluctuation n'y était que très obscurément sentie; la transparence était nulle; le testicule ne formait pas de saillie appréciable; le cordon n'était pas engorgé. En l'absence d'antécédents syphilitiques, et comme la santé était bonne, M. Fleury penchait pour une dégénérescence non cancéreuse du testicule et pour la castration. Il fit auparavant une ponction exploratrice qui donna issue à de la sérosité rougeâtre, et réduisit d'un tiers le volume de la tumeur.

Le malade se contenta de ce résultat, et quitta l'hôpital, mais pour y revenir plusieurs mois après. Sa tumeur était alors un peu plus volumineuse qu'au moment de son premier séjour. M. Fleury le décida à accepter la castration. Après avoir incisé la partie antérieure du scrotum et découvert la tumeur, il la fendit, il vit une cavité pleine d'un liquide lie de vin, et dont les parois étaient épaisses, inflexibles, comme fibro-cartilagineuses et semées d'ossifications. Les deux tiers antérieurs de cette coque étaient facilement énucléables; le tiers postérieur était adhérent. Le doigt, introduit dans la cavité pour y chercher le testicule, ne l'y rencontrait pas, et sentait de la fluctuation sur la paroi adhérente. M. Fleury ponctionna cette paroi, et vit sortir de la sérosité citrine venant d'une cavité adossée à la première. Cette seconde cavité ne pouvait être que la cavité vaginale. Il put en être certain plus tard. M. Fleury acheva son opération en excisant du kyste tout ce qui n'adhérait pas à la tunique vaginale; mais une inflammation suppurative s'étant développée dans cette séreuse, il fallut convertir la ponction en incision, et même, pour que l'écoulement du pus se fît plus librement, exciser une partie de la cloison qui séparait le kyste d'avec la tunique vaginale. On vit alors le testicule au fond de cette poche, avec sa couleur, son volume et sa consistance habituels. Tous les accidents se calmèrent, et le malade, opéré en septembre, sortit guéri à la fin d'octobre.

M. *Gosselin* reconnaît cette fois que le kyste observé par M. Fleury siégeait bien réellement en dehors de la tunique vaginale; mais ce fait est tout à fait exceptionnel; il ne change en rien l'opinion que M. Gosselin s'est faite des premiers, et n'autorise pas M. Fleury à considérer toutes les hématocèles avec épaississement comme des tumeurs semblables à la dernière qu'il a rencontrée.

— M. *Huguier* a communiqué, dans la séance du 5 mars, une observation relative à un anévrysme contre lequel il a fallu recourir à la ligature, après avoir essayé en vain de deux méthodes nouvelles de traitement, la compression digitale et les injections de perchlorure de fer. Cet anévrysme, qui occupait l'artère poplitée du côté droit, était peut-être traumatique, car le malade raconte que la tumeur ne s'est développée qu'à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Pendant trois semaines on continua la compression digitale, faite seulement d'une façon intermittente pendant plusieurs heures par jour. On essaya ensuite de faire avec les doigts la compression permanente, mais au bout de vingt-six à vingt-sept heures le malade ne pouvait plus la supporter. La tumeur avait à peine diminué de volume; le membre était gonflé; on laissa au malade quelques jours de repos. Une seconde tentative fut faite pendant vingt-quatre heures : même insuccès. La compression avec un sac de plomb ne fut pas plus heureuse. M. Huguier, d'accord avec M. Gosselin, se décida à faire dans la tumeur des injections de perchlorure de fer. Une première fois on injecta 25 gouttes de perchlorure à 17 degrés. Le lendemain les battements avaient diminué, la tumeur paraissait plus dure, mais l'amélioration ne fut que temporaire. On se décida à faire une seconde injection. Ce fut du perchlorure de fer à 30 degrés qui fut employé, et on en poussa 30 gouttes dans l'anévrysme. Des accidents inflammatoires suivirent de près cette seconde injection; la tumeur suppura et s'ouvrit, mais sans hémorrhagie immédiate. Ce ne fut que plusieurs heures après qu'une hémorrhagie se produisit; elle fut arrêtée par la compression. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie. On lie l'artère fémorale au tiers supérieur. A partir de ce moment tout est allé pour le mieux, et l'anévrysme est complétement guéri, ainsi qu'on a pu le constater sur le malade qui s'est présenté devant la Société de chirurgie.

A côté de ce fait, il faut en placer un autre dû à M. Bourguet (d'Aix), et dont M. Verneuil a donné une analyse. Le sujet de cette observation est un homme de trente-quatre ans, très robuste, exerçant la profession de charpentier. Depuis quatre ans il avait dans le jarret droit une tumeur dont il ne s'était guère préoccupé; mais un jour qu'il montait sur une échelle, avec un fardeau sur l'épaule, l'échelon sur lequel s'appuyait le pied droit se brisa, et le pied ayant glissé brusquement sur l'échelon inférieur, la jambe subit un mouvement exagéré et violent d'extension. Dans ce mouvement, le malade sentit une douleur vive et une déchirure au jarret, et il s'y produisit aussitôt du gonflement. Un anévrysme diffus s'était greffé sur un anévrysme spontané. La compression digitale intermittente fut le premier traitement essayé par M. Bourguet. Elle fut faite pendant huit, neuf ou dix heures par jour. On y associa la compression avec un brayer ou avec un sac de plomb. Le malade lui-même comprima de temps à autre l'artère fémorale avec ses doigts. Tous ces essais durèrent *douze* jours. L'anévrysme au lieu de diminuer s'accroissait *toujours*. On appliqua l'appareil de M. Broca; mais quand il était resté en place pendant quelques heures, le malade ne pouvait plus le supporter. Cependant la rupture du sac paraissait imminente. On fit la ligature de la fémorale. La poche anévrysmale se remplit de caillots passifs et s'ouvrit. Une hémorrhagie abondante s'ensuivit, et M. Bourguet lia l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme. Le malade mourut quatre ou cinq jours après.

— A propos de la rhinoplastie périostique de M. Ollier, M. Houël avait rappelé deux rhinoplasties dans lesquelles M. Nélaton a emprunté la peau de la joue détachée avec son périoste. Mais de ces deux opérations la seconde est postérieure aux publications de M. Ollier, et dans la première, s'il est vrai que M. Nélaton a taillé des lambeaux munis de leur périoste, il n'est pas moins vrai, puisqu'il en est convenu lui-même, qu'il ne songeait nullement à utiliser la propriété ostéoplastique du périoste.

M. Béraud a combattu la priorité de M. Ollier au nom des découvertes de M. Flourens, à qui appartient, dit-il, l'idée physiologique exploitée par M. Ollier; le chirurgien lyonnais n'aurait même pas eu, d'après M. Béraud, le mérite de l'application pratique de cette idée; ce mérite revient à Jordan, qui en 1856 a parlé le premier des autoplasties périostiques, et en a exécuté pour remédier à certaines pseudarthroses.

M. Verneuil regrette de retrouver jusque dans la Société de chirurgie un écho des prétentions de M. Flourens. Il serait bon et il serait temps d'écrire l'histoire exacte des découvertes relatives au périoste et à ses fonctions, et ce serait un honneur pour la Société de chirurgie de contribuer à faire cette histoire en mettant la question à l'ordre du jour. On verrait alors la part qu'il faut faire à chacun depuis Duhamel jusqu'à M. Ollier. Quant aux applications chirurgicales, M. Verneuil ne voit pas le moindre rapport à établir entre les opérations de Jordan et les rhinoplasties périostiques de M. Ollier.

— M. *Depaul* a présenté une pièce pathologique consistant dans un *spina bifida* remarquable par les rapports qu'affecte la

Digitized by Google

terminaison de la moelle avec la tumeur. Ici, en effet, la queue de cheval vient s'accoler à la paroi molle du kyste, sur laquelle viennent s'appliquer aussi un certain nombre de branches nerveuses, qui rentrent ensuite dans l'excavation pour participer à la formation du plexus sacré. Ce plexus est complet, et les nerfs des membres inférieurs sont intacts : aussi la sensibilité et le mouvement existaient-ils chez le petit malade. La disposition des nerfs, par rapport à la tumeur, montre combien est difficile le choix d'un procédé opératoire, puisque l'on est toujours dans le doute sur la constitution anatomique des *spina bifida*. Si, par exemple, on avait étreint, dans ce cas, la base de la tumeur avec une ligature, on aurait coupé la terminaison de la moelle épinière.

Dr P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la constipation et de son traitement, par M. le professeur Trousseau.

M. Trousseau commence par établir avec beaucoup de raison que le besoin d'aller à la garderobe se fait sentir plus ou moins fréquemment, suivant la proportion des sucs sécrétés par les glandes salivaires, le foie, le pancréas, les glandules de l'intestin, et que, chez certaines personnes, en raison de la petite quantité de ces sucs, la constipation est un état physiologique; mais la constipation est pathologique, 1° quand l'action péristaltique des intestins, plus particulièrement du rectum, est affaiblie, soit par l'âge, soit par une maladie de l'intestin lui-même, soit par la résistance inopportune et trop fréquente du sujet aux besoins de défécation; 2° quand les muscles expirateurs ont perdu de leur ressort; 3° quand une *maladie de l'utérus ou de* ses annexes encourage, par la douleur que produit l'acte d'exonération, cette paresse dont nous venons de parler, ou apporte un obstacle mécanique au passage des matières; 4° quand on fait usage de certains aliments et de certaines boissons, variables avec les idiosyncrasies et incompatibles avec la régularité de la fonction.

Voici maintenant comment l'auteur conseille de traiter la constipation :

Il faut que chaque jour, exactement à la même heure, on se présente à la garderobe; il faut, pendant un temps assez long, faire des efforts puissants, et, si ces efforts ont été infructueux, il faut attendre au lendemain; il faut attendre quand bien même le besoin se serait fait sentir auparavant. Si le deuxième jour, après de nouvelles tentatives, il n'y a pas d'évacuation, on prendra immédiatement un lavement, non pas avec de l'eau tiède, mais avec de l'eau d'abord dégourdie, et plus tard avec de l'eau froide. Le jour qui suivra, les mêmes tentatives seront renouvelées et remises au lendemain si elles ont encore été infructueuses, et, cette seconde fois encore, un lavement frais sera pris si l'on n'a pas obtenu d'évacuation. La répétition de l'acte, invariablement à la même heure, finit par amener le sentiment du besoin au moment où l'on veut aller à la selle, et il est rare que, après huit ou dix jours de ces patientes et méthodiques manœuvres, on n'obtienne pas une exonération quotidienne.

Viennent ensuite les suppositoires, qui, pour les hommes surtout, sont d'un emploi plus facile que les injections anales. Les suppositoires de beurre de cacao suffisent dans le plus grand nombre de cas; les suppositoires de savon auront une action plus énergique et plus sûre; mais ceux que l'on fait au miel durci par la cuisson ont une efficacité plus grande encore. Les suppositoires de miel durci doivent avoir le volume et à peu près la forme d'un petit œuf de pigeon. En les humectant un peu, ils s'introduisent dans le rectum avec une extrême facilité, et il est rare qu'ils ne provoquent pas une évacuation rapide. Il est bien entendu, et je ne saurais trop insister sur ce point, que ces suppositoires, ainsi que les lavements, ne doivent être employés que lorsque, deux jours de suite, des efforts énergiques de défécation n'ont amené aucun résultat.

Le matin, dit l'auteur, est l'époque la plus favorable; on est moins dérangé, et chacun peut, lorsqu'il se lève, consacrer à cette opération un temps plus long que dans le cours de la journée. Néanmoins, il est d'observation que, immédiatement après un repas, le besoin d'exonérer le gros intestin se fait sentir avec un peu plus d'insistance, soit que l'accumulation des aliments tende à expulser en quelque sorte mécaniquement les résidus arriérés, soit que, et cette explication est plus raisonnable, le travail d'une nouvelle digestion éveille dans tout le canal digestif un travail musculaire préparateur. Mais il faut reconnaître que les moyens locaux adjuvants, dont nous avons plus haut indiqué l'emploi, ne trouveraient plus ici leur application.

En ce qui concerne le régime, le moyen le plus sûr de vaincre la constipation est de faire prédominer, dans la limite des aptitudes de l'estomac, les substances végétales sur celles qui sont empruntées au règne animal. Et parmi les premières, les végétaux herbacés et les fruits crus doivent occuper le premier rang.

Mais il n'est pas toujours facile de ne pas rester en deçà ou de ne pas aller au delà du but que l'on veut atteindre. Donner la diarrhée, ce n'est pas guérir la constipation, c'est substituer une maladie à une autre, et la diète végétale ne sera utile qu'à la condition d'être bien supportée. Certains aliments tirés du règne animal, tels que le laitage, ont une influence légèrement laxative sur un grand nombre de personnes. On pourra donc y recourir toutes les fois que le lait facilitera les selles sans donner d'indigestion. Le café au lait est, pour un très grand nombre de personnes, un puissant moyen de remédier à la constipation; il en est de même du thé.

Parmi les boissons, la bière et le cidre sont celles qui vont le mieux aux gens constipés. Un grand nombre de personnes sont certaines d'éprouver le besoin d'aller à la garderobe immédiatement après avoir pris le matin, à jeun, un grand verre d'eau froide.

Il serait difficile d'expliquer le mode d'action de ce qu'on appelle le pain de son, lequel pain est fabriqué avec trois quarts de fleur de farine et un quart de gros son. Si les malades en mangent au lieu de pain ordinaire, il est rare que leurs garderobes ne soient pas singulièrement facilitées par cet aliment.

Un très grand nombre d'hommes ne peuvent aller à la selle que si, immédiatement après le repas, ils fument une pipe ou un cigare; et quoique, dans notre pays du moins, il ne soit pas très bienséant aux femmes de fumer, il est peu de semaines, dit l'auteur, que je ne conseille à des dames d'essayer une cigarette de tabac, afin de vaincre une constipation qu'aucun autre moyen hygiénique ne peut surmonter.

Le médicament que M. Trousseau conseille constamment, à l'exemple de ce que faisait Bretonneau, c'est la belladone. Il formule des pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait et autant de poudre de belladone. On en prend une à jeun, le matin plutôt que le soir. On va à deux après cinq ou six jours, et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou cinq, et toujours ces pilules, quel qu'en soit le nombre, doivent être prises en même temps.

Ce remède ne doit plus être continué dès que les selles sont devenues régulières; il faut laisser aux organes le soin d'agir sans auxiliaire.

Que si la belladone reste impuissante, on devra le soir administrer en même temps une cuillerée à café d'huile de ricin, ou mieux, pour ne pas inspirer du dégoût au malade, faire prendre cette petite quantité d'huile dans des capsules gélatineuses. L'intestin préparé par la belladone subit l'influence purgative de l'huile, et l'on revient à son usage une,

Digitized by Google

deux fois par semaine, suivant le besoin. Plus tard, ce laxatif est mis de côté, comme la belladone l'a été elle-même. Il importe d'autant plus de ne pas insister que l'appétit diminuerait sous l'influence de ces deux moyens et qu'une alimentation insuffisante ramènerait immédiatement la constipation.

» Mais il arrivera trop souvent encore que la constipation ne pourra être vaincue par la série des moyens que je viens d'indiquer; c'est alors qu'il faut recourir aux purgatifs, remède extrême, remède utile, indispensable même, et qui doit être manié avec certaines précautions et beaucoup de prudence.

» Il faut en général exclure les purgatifs salins : ils ont une action rapide, presque instantanée, et fort peu durable. Après leur emploi, les sécrétions intestinales, un instant exagérées, se tarissent en quelque sorte, de la même manière que l'application de certains sels sapides sur la membrane muqueuse buccale, après avoir amené une abondante sécrétion de salive, laisse une sécheresse de la bouche et une soif qui est en proportion de l'intensité du premier effet produit.

» C'est en général aux purgatifs dits *drastiques* qu'il faut recourir, et principalement à l'aloès, à l'extrait de coloquinte, à la gomme-gutte, à l'extrait de rhubarbe. Ce sont ces substances qui entrent ordinairement dans la composition de toutes ces pilules dont nos voisins d'outre-mer font un usage si fréquent. M. Trousseau fait préparer des pilules selon la formule suivante :

Aloès.	1 gramme.
Extrait de coloquinte.	1 —
Extrait de rhubarbe	1 —
Gomme-gutte	1 —
Extrait de jusquiame	25 centigrammes.
Huile essentielle d'anis.	2 gouttes.

Pour 20 pilules, que l'on argentera.

» On prend chaque deuxième, ou chaque troisième jour, une, deux et même trois de ces pilules, toujours en même temps, quel qu'en soit le nombre, et ce nombre est relatif à l'action qu'elles exercent sur l'intestin. Elles doivent provoquer une évacuation facile ou naturelle, ou semi-diarrhéique. »

Ce qui distingue ces pilules, c'est l'addition de jusquiame et d'huile d'anis. La jusquiame, en tant que solanée vireuse, outre qu'elle prévient les coliques comme l'anis, agit sans doute à la manière de la belladone. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier 1862.)

VI

VARIÉTÉS.

M. le docteur A. Foucart vient de succomber à une courte maladie, à l'âge de quarante-cinq ans.

M. Foucart prenait, on le sait, une part active aux travaux de la presse médicale. Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté, et ancien médecin des bureaux de bienfaisance, il était officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre impérial de la Rose du Brésil, secrétaire général de la Société de médecine pratique, chirurgien-major du 19e bataillon de la garde nationale, etc.

Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier. Des paroles de regret ont été prononcées sur sa tombe par M. Brochin et M. Machelard. Voici une partie du discours de M. Brochin :

Pour avoir la mesure de ce que M. Foucart a su développer d'activité et de forces, il faut se reporter aux années de fatale mémoire de 1849, de 1853 et 1854. Le choléra sévissait à Paris avec une intensité presque égale à celle de la première et si effroyable invasion de 1832. En possession d'une clientèle déjà nombreuse et que les circonstances multipliaient d'ailleurs hors de toute proportion, médecin des bureaux de bienfaisance et des bureaux temporaires de secours, il a su trouver encore le temps, au plus fort de l'épidémie, de passer plusieurs heures, tous les matins, dans les hôpitaux, pour y suivre et étudier les caractères et les phases diverses de la maladie, et coopérer à la rédaction d'un *Compte rendu clinique* des plus importants et des plus complets qui aient été publiés sur cette épidémie. Où prenait-il le temps de suffire à un pareil travail? Les nuits subvenaient à l'insuffisance des jours.

L'épidémie décline, le moment du repos semble venu pour chacun de nous. M. Foucart jouira-t-il d'un droit si bien acquis? Pendant que Paris payait pour la seconde fois un si cruel tribut au choléra, la suette sévissait dans plusieurs de nos départements. M. Foucart obtient l'honorable mission de porter les secours de son art et de ses lumières aux victimes de ce nouveau fléau. Celui-ci cesse à son tour; notre confrère revient à Paris. Le choléra n'y était pas encore complétement éteint; il en subit l'influence après avoir si longtemps vécu impunément dans ce foyer pestilentiel; sa constitution, encore robuste alors, y résiste. Se reposera-t-il enfin? Pas encore. A peine convalescent, il se remet à l'œuvre, travaillant jour et nuit, sans relâche, jusqu'à ce qu'il ait pu livrer à l'éditeur son livre sur la suette.

Il a enfin accompli sa tâche, il a atteint le but si désiré, il tient désormais cette distinction si enviée, récompense si légitime du travail et du dévouement, qui ne le cède qu'au sentiment de satisfaction qu'éprouve l'honnête homme à faire le bien. Mais tant de labeurs, tant de fatigues, avaient brisé sa vigoureuse constitution. Une hémorrhagie cérébrale, qui le mit à deux doigts de la mort, l'a réduit à cet état d'infirmité et de vieillesse anticipée où vous l'avez tous connu. Mais son intelligence et son activité ne se sont pas davantage ralenties pour cela.

De nouvelles épidémies ont encore retrouvé notre ami sur la brèche, et sa coopération aux journaux de médecine et aux travaux de la Société de médecine pratique, dont il était un des membres les plus zélés et l'un des plus utiles dignitaires, (1), a été tout aussi active qu'autrefois. C'est cette activité fébrile qui l'a tué. Foucart est mort victime du travail, mort sans avoir connu le repos.

Il appartenait à un de ses plus anciens collaborateurs d'exprimer ici au nom de la presse médicale, et plus particulièrement au nom de ses camarades de la GAZETTE DES HÔPITAUX, les vifs regrets que fait éprouver cette mort prématurée, et de lui adresser ce dernier et suprême adieu.

(1) M. Foucart a été successivement secrétaire, puis secrétaire général de cette Société, qui réunit ce que Paris renferme de praticiens les plus distingués.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE, publié par le conseil général de l'Association. Première année : 1858, 1859, 1860, 1861. In-18 de 468 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

DES AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES, par le docteur *D. Zambaco*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. In-8 de 596 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

Thèses.

Thèses subies du 3 au 15 janvier 1862.

1. BALL, Benjamin, né à Naples (Italie). [*Des embolies pulmonaires.*]

2. HASSAN HACHIM, M., né au Caire (Égypte). [*Observations pratiques sur les principaux obstacles et accidents que le médecin doit éviter et combattre pour sauver la vie de la mère et de l'enfant, et pour conserver leur santé pendant et après l'accouchement.*]

3. ANGOT, Ernest-René, né à Chemeré-le-Roy (Mayenne). [*De l'opération césarienne post mortem.*]

4. CORTYL, René, né à Cassel (Nord). [*Considérations pratiques sur le traitement de l'hydrocèle.*]

5. BAUDOT, Émile, né à Mouy (Oise). [*Des doctrines médicales professées par les médecins de l'hôpital Saint-Louis en 1861.*]

6. CARRÉ, Charles-Joseph, né à l'île Maurice. [*Quelques considérations sur l'acclimatation dans les pays chauds.*]

7. BLANCHARD, Arsène-N., né à Mirbel (Haute-Marne). [*De la chlorose.*]

8. BOURIENNE, Frédéric, né à Caen (Calvados). [*Essai sur les dartres.*]

9. GUENIOT, Alexandre, né à Tignécourt (Vosges). [*De certaines éruptions dites miliaires et scarlatiniformes des femmes en couche, ou de la scarlatinoïde puerpérale.*]

10. VAUQUELIN, Frédéric, né à Martragny (Calvados). [*Du rhumatisme noueux; de son traitement en général, et en particulier par les bains arsenicaux.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 21 MARS 1862. N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** De l'ictère grave, à propos de quelques observations et discussions récentes. — Un mot à M. Briquet au sujet de l'hygiène hospitalière. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : Des sutures métalliques; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires; expériences et observations sur ce sujet. — Thérapeutique : Méthode de traitement de la fièvre puerpérale. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Compte rendu de vingt cas de ténia observés sur les hommes du 16e bataillon de chasseurs revenant de Syrie, depuis le 12 juillet jusqu'au 15 septembre 1861. — Procédés pour franchir les rétrécissements traumatiques. — V. **Bibliographie.** Éléphantiasis des grandes lèvres accompagné d'induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la région interne des fesses, d'ulcérations profondes de cette région et d'hypertrophie des plis radiés de l'anus. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Journaux. — Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 20 mars 1862.

DE L'ICTÈRE GRAVE, A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS ET DISCUSSIONS RÉCENTES. — UN MOT A M. BRIQUET AU SUJET DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.

La question de l'*ictère grave* a fourni récemment à quelques-uns de nos plus distingués confrères l'occasion de traiter les médecins de l'Allemagne et de l'Angleterre, de l'Allemagne surtout, à peu près comme on traitait ses soldats en 1815. L'*horreur de l'étranger* a pénétré dans les calmes régions de la science, et Rokitanski, Frerichs, Budd, ont reçu le même accueil que Blücher et Wellington. Assurément, s'il y avait quelqu'un parmi nous qui donnât la main à une invasion de ce genre nouveau, nous l'abandonnerions aisément à toutes les malédictions du patriotisme français; mais le véritable esprit scientifique n'aurait-il pas lieu de se plaindre à son tour si ce patriotisme se montrait assez étroit ou assez aveugle pour livrer l'intérêt général aux conseils de la passion ou du préjugé? Le *chauvinisme*, si l'on nous passe ce mot vulgaire, le chauvinisme en politique est l'excès d'un bon sentiment; en science, et plus particulièrement en médecine, il ne serait rien qu'une calamité.

Le commerce avec l'étranger est devenu une condition obligée du travail contemporain dans l'industrie comme dans la science, dans la science comme dans la littérature, dans la littérature comme dans les arts; et l'on peut dire que, grâce à la diffusion des langues modernes, tous les produits de l'œuvre humaine sont l'objet d'une *exposition universelle et permanente*. Le bon et le mauvais se mêlent partout; on discernera d'autant plus sûrement l'un de l'autre, qu'on opérera sur un plus grand nombre d'observations, d'expériences et même d'explications. Le génie propre de chaque peuple le pousse dans des voies particulières où les autres peuvent venir chercher ce qui leur manque et laisser ce qu'ils possèdent seuls. Au contrôle expérimental, à la critique, de diriger avec sagesse ce mouvement d'échange; c'est la nécessité constante de tout progrès; nécessité qui se fait sentir aussi bien dans la sphère bornée d'un pays et d'une école que dans l'horizon entier du monde savant. En ce qui la concerne, la GAZETTE HEBDOMADAIRE ne s'en est pas affranchie; elle a pu se tromper, elle s'est trompée sans doute, dans ses jugements; mais jamais elle n'a propagé les théories à l'égal des faits : toujours, au contraire, elle s'est appliquée à montrer ce qu'il y avait de substantiel, de positif, de clinique enfin, dans ce qu'on appelle dédaigneusement les nouveautés germaniques. Le mot de Baglivi : ***Novi veteribus non opponendi, sed perpetuo jungendi fœdere***, elle le modifierait volontiers, tout en le respectant dans son sens littéral, en l'appliquant aux écoles rivales : *Galli Anglis aut Germanis non opponendi*, etc.; et ceux à qui cette tendance ne plaît pas peuvent voir pourtant qu'elle n'a pas été tout à fait sans fruit, puisqu'un grand nombre de notions dont s'est enrichie de nos jours la pathologie, définitivement consacrées, et d'une importance incontestable à ne considérer même que le fait, ont pris naissance de l'autre côté du Rhin ou de la Manche. Nous citerons la *cachexie exophthalmique*, qu'un des médecins les moins tendres à la nouveauté, M. Trousseau, a jugé digne d'une communication académique; l'*embolie*, sur laquelle un confrère qui n'est pas connu pour sa témérité, M. Briquet, publiait récemment une remarquable observation dans ce journal même (n° 5, p. 72); la *mélanémie*, la *leucocythémie*, l'*urémie*, etc. Non-seulement nous ne nous reprochons pas d'avoir favorisé le mouvement qui entraîne aujourd'hui, quoi qu'on en ait dit, la meilleure partie de la jeunesse médicale; mais encore nous y sommes encouragé surtout par cette remarque, que la réaction dont il est l'objet procède presque toujours d'une connaissance insuffisante des données expérimentales ou des documents historiques.

Il en a été ainsi relativement à la question de l'ictère grave.

M. le professeur Monneret, envers qui nos sentiments personnels nous rendraient la contradiction désagréable, s'il ne donnait lui-même l'exemple de l'indépendance en matière d'opinion scientifique, a communiqué récemment à la *Société médicale des hôpitaux* (voy. *Gaz. heb.*, 1862, n° 5, p. 75) une observation d'ictère grave hémorrhagique, suivie de remarques, et publié un travail plus étendu sur le même sujet dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (février 1862). Or, ces deux productions peuvent passer pour une protestation ouverte contre les travaux publiés dans ces derniers temps en Angleterre et en Allemagne sur les maladies de l'appareil biliaire, et en particulier contre l'ouvrage de Frerichs, dont la traduction vient d'être donnée par MM. Louis Duménil et J. Pellagot. Nous nous servons à dessein de ces termes généraux, parce que tout le monde sentira, nous en sommes sûr, en lisant les deux écrits de M. Monneret, que l'opposition dédaigneuse de l'honorable professeur, manifestée à propos de l'ictère grave, enveloppe néanmoins la masse entière des recherches qui ont été récemment poursuivies, dans le domaine des maladies du foie, sous le drapeau de la physiologie pathologique. Et, pour ce qui concerne spécialement l'ictère grave, cette opposition se ressent tellement du sentiment général dont elle s'inspire, qu'elle croit redresser tous les écrivains allemands qui se sont occupés de ce sujet en s'attaquant à l'opinion du petit nombre.

On connaît l'altération désignée sous le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie*, sur laquelle nous avons appelé l'attention des médecins français dès les premiers numéros de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (18 novembre 1853); altération bien décrite pour la première fois par Rokitanski, et qu'on rencontre dans l'ictère grave. C'est pour avoir observé des cas d'ictère grave sans atrophie aiguë du foie que M. Monneret se révolte contre l'Allemagne médicale. « La prétendue atrophie du foie, dit-il dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, est une *énormité*... On voit que, dans l'ictère grave, l'organe hépatique est loin d'être atrophié. On conçoit difficilement comment il a pu venir à l'esprit... d'*inventer* l'atrophie hépatique aiguë pour expliquer l'ictère grave. » Et, dans sa lecture à la *Société des hôpitaux*, il disait, sinon textuellement, du moins en substance (car nous n'avons sous les yeux que l'analyse d'un de nos collaborateurs) : « Tandis que les médecins français, à qui l'on doit la meilleure et la plus ancienne relation de l'ictère grave, sont restés dans une sage réserve quand il s'est agi d'expliquer la maladie, les MÉDECINS ALLEMANDS ont prétendu le faire par une atrophie particulière du foie. C'est là une de ces erreurs qui n'auraient aucune espèce de succès si elles naissaient dans notre pays, et auxquelles on n'accorde d'importance qu'à cause de leur origine étrangère. » (*Gaz. hebd.*, 1862, n° 5, p. 76.) A la lecture de ces passages, il nous avait paru, et c'était assez naturel, que M. Monneret contestait la réalité même de l'atrophie aiguë du foie. Après la déclaration qu'il a cru devoir faire dans la séance suivante de la *Société des hôpitaux* (*Gaz. hebd.*, n° 7, p. 107), on doit reconnaître qu'il admet la possibilité de l'atrophie du foie dans l'ictère grave; mais on peut douter encore qu'il reconnaisse bien explicitement l'existence du *genre particulier* d'atrophie qui est ici en question.

Quoi qu'il en soit, nous tenons tout d'abord à bien établir en fait que cette altération a pris aujourd'hui — et, nous le croyons, définitivement — droit de domicile dans la science. Le premier, comme nous l'avons dit, Rokitanski, en donne la description, mais en n'en signalant d'abord que les caractères *macroscopiques* (1^{re} édition de l'*Anatomie pathologique*). Un anglais, Budd, découvre que l'atrophie correspond à une destruction des cellules hépatiques (*On the Diseas. of the Liver*). Horaczek (*Die gallige Diskrasie mit acuter gelber Atrophie der Leber*) confirme ces observations, et après lui Lebert (*Virchow's Archiv*, Band VII et VIII), Buhl, Forster, Wedl, Wunderlich, Frerichs, et l'on peut dire tous les anatomo-pathologistes allemands. La description de Frerichs, auquel M. Monneret semble en vouloir de préférence, est d'une fidélité rigoureuse. En France, l'atrophie aiguë du foie est également reconnue, avec tous les caractères signalés de l'autre côté du Rhin. M. Charcot en a présenté un exemple frappant à la *Société de biologie*, en 1855. Deux ans plus tard, dans un important mémoire communiqué à la même Société, M. Ch. Robin s'exprimait ainsi : « Dans le cas d'ictère grave, nous voyons, *comme lésion constante*, une altération des plus remarquables, c'est-à-dire la destruction des cellules hépatiques en tant que cellules, en tant qu'éléments anatomiques figurés, par suite de leur réduction en une substance amorphe plus ou moins granuleuse. (*Gazette médicale*, 3^e série, t. XII, p. 493.) Ajoutons, pour abréger, que depuis cette époque la même lésion a été maintes fois constatée et décrite.

Cela établi, quel rôle a-t-on attribué à l'altération du foie?

A cet égard, il importe de prévenir un malentendu. Devant un désordre anatomique, ne jurer que par le microscope, ce peut être un tort; mais ne tenir compte que des accidents de la masse, comme du poids ou du volume, c'en est un cent fois plus grand. M. Monneret ayant rencontré l'ictère grave sans atrophie, ou même avec augmentation du volume du foie, se répand en récriminations contre les inventions des « médecins allemands. » Que dirait-il si, depuis *longtemps*, en Allemagne comme en Angleterre, les anatomo-pathologistes, et ceux-là mêmes qui ont le plus popularisé, en les confirmant, les observations de Rokitanski, de Horaczek, de Budd, reconnaissaient et enseignaient que la réduction de volume du foie dans sa totalité n'est qu'un résultat accidentel et non nécessaire de la maladie; que la lésion consiste bien réellement, du moins à sa période ultime, dans la destruction des cellules hépatiques; qu'il y a donc *atrophie des éléments* de la glande; mais que cette atrophie peut être accompagnée d'autres désordres anatomiques dont l'effet est d'*ajouter* au volume du foie, de telle sorte que le résultat général de tous ces changements soit le maintien du volume normal ou même l'hypertrophie de la glande. C'est ce qui a lieu principalement quand la marche de la maladie a été très rapide. Rokitanski lui-même en a rapporté plusieurs exemples (*Zeitschrift der Gesellsch. d. Aerzte zu Wien*, 1859). Wunderlich en cite deux cas (*Archiv der Heilkunde*, t. I^{er}, Leipzig, 1860). Le professeur Lebert (de Zurich), dans le long et consciencieux mémoire où il a appliqué la méthode numérique à l'étude de l'ictère grave (*Archiv für path. Anat.* von *Virchow*, 1855), n'a trouvé l'atrophie hépatique notée que dans la moitié des cas; et bon nombre de ceux où l'organe avait conservé son volume présentaient la coloration jaune, l'état graisseux ou la destruction des cellules hépatiques. Sans aller si loin, le savant secrétaire annuel de l'Académie de médecine, M. Ch. Robin, n'a-t-il pas, dans le travail rappelé plus haut, montré que la dégénération et la destruction des cellules hépatiques pouvaient exister sans changement de volume du foie, et même sans changement de ses caractères extérieurs? Et cela se conçoit très bien quand

on remarque, d'une part, que l'altération s'opère dans la profondeur des tissus et n'envahit pas tout l'organe à la fois; d'autre part que, dans beaucoup de cas, suivant les observations de l'habile anatomo-pathologiste que nous venons de citer, « la trame parsemée de fines granulations graisseuses, en laquelle semblent s'être réduites les cellules, au lieu d'être simplement composée de matière amorphe, homogène, finement granuleuse, est formée par moitié environ de fibres de tissu cellulaire et de corps fusiformes fibro-plastiques. » Il y a là de quoi compenser les cellules détruites (1).

Mais au moins cette altération des cellules, considérée en elle-même, et abstraction faite du volume de l'organe, les *médecins allemands* la regardent-ils comme le point de départ, la cause anatomique de l'ictère grave? Quelques-uns, oui: par exemple, Horaczek (s'il n'a pas changé d'opinion) et Frerichs. Mais la plupart ne veulent pas plus que M. Monneret réduire l'ictère grave à l'atrophie aiguë des cellules hépatiques.

Ici encore une distinction est nécessaire. Autre chose est de faire dériver entièrement et toujours l'ictère grave de l'atrophie hépatique; autre chose de rapporter l'ictère grave à l'atrophie dans les cas particuliers où cette atrophie existe réellement. En d'autres termes, en élargissant autant qu'il convient l'étiologie de l'ictère, on peut très raisonnablement voir dans la lésion spéciale des éléments du foie une des conditions qui, en produisant l'*ictère*, lui inflige en même temps un caractère particulier de *gravité*. Quoi de plus naturel? Quand vous trouvez le foie rouge, ou tuméfié, ou envahi par une tumeur chez un individu mort ictérique, vous croyez avoir découvert la raison anatomique de l'ictère; et vous vous étonneriez qu'on conclût de la même manière à la vue d'une lésion portant sur les éléments propres de la glande! Vous vous moquez de ceux qui, voyant dans la présence de la leucine et de la tyrosine au sein du tissu hépatique le signe d'une profonde perturbation de la sécrétion biliaire, accusent la lésion des cellules de produire l'*acholie*. Pourquoi? Parce que la théorie repose sur des caractères microscopiques! On comprendrait ce raisonnement venant de quelqu'un qui mettrait en doute l'existence des cellules ou leur destruction; mais de la part de M. Monneret, qui a vu cette destruction dans d'autres maladies que l'ictère grave, c'est un vrai non-sens physiologique; car il ne se comprend pas que l'altération et la destruction d'un élément essentiel d'un organe puissent avoir lieu sans troubler d'abord, puis suspendre les fonctions propres de cet organe. M. Robin, lui, n'hésite pas. « On comprend, dit-il, toute la gravité de cette lésion dès qu'elle arrive à porter sur la totalité ou la plus grande partie des cellules hépatiques; elle doit, en effet, avoir pour résultat la cessation des phénomènes essentiels qui se passent dans le foie; *elle rend compte ainsi facilement* des symptômes graves et de la marche souvent rapide offerte par cette maladie, ainsi que des altérations consécutives du sang, et, par suite, de la nutrition de tous les tissus. » Sans nous engager, avec Dusch (***Untersuchungen und Experimente als Beitrag zur Pathogenese des Icterus und der acuten gelben Atrophie der Leber***, Leipzig, 1854), dans la question de savoir si, les matériaux de la bile n'étant pas tout formés dans le sang, comme il en est de certains matériaux de l'urine, la suppression de la sécrétion hépatique peut produire l'ictère, comme la suppression de la sécrétion urinaire produit l'urémie, on conçoit très bien que, au début de la lésion des cellules, et pendant le cours de son développement, au milieu d'un tissu hypérémié, envahi par des exsudations, la bile sécrétée soit retenue dans ses canaux en même temps qu'elle est altérée. On conçoit également que, à l'époque où la sécrétion devient impossible, les éléments du sang qui devaient concourir à la formation de la bile soient retenus, et deviennent pour le sang une cause d'intoxication. Et nous ajoutons que l'on a trouvé quelquefois de la résine et des acides biliaires dans le liquide sanguin (Simon, Scherer, Oppolzer); et que si les expériences de Magendie, de Goupil, de Bouisson n'ont pas convaincu tout le monde du danger des injections de bile dans les veines des animaux, on ne peut pourtant les tenir absolument pour non avenues. « L'ictère grave, dit M. Monneret dans sa préoccupation des accidents hémorrhagiques, s'attaque à la fonction hématosique plus qu'à la sécrétion de la bile. » Qu'est-ce à dire? Est-ce qu'on peut séparer à ce point, dans l'œuvre fonctionnelle du foie, ce qui appartient au sang et ce qui appartient à la bile? Le tissu de l'organe est profondément modifié, en partie détruit; le travail glycogénique devient impossible; la sécrétion biliaire s'arrête; le sang ne perd plus ce qu'il doit perdre; il acquiert, tout au contraire, des matériaux nuisibles; voilà la formation hématosique troublée! Tout se tient et s'enchaîne dans cet état pathologique, aussi bien que dans l'état physiologique; et c'est pour cela que Frerichs et M. Robin, assez experts, croyons-nous, en physiologie, n'oublient pas plus que M. Monneret la perturbation de la fonction hématosique. Chose étrange, c'est au nom des traditions de l'ancienne médecine qu'un de nos plus estimés confrères s'est joint à M. Monneret, dans une des séances de la Société des hôpitaux, pour déclarer la guerre à ce genre d'études. Y a-t-il pourtant rien de plus conforme à ces traditions que la recherche d'états pathologiques produits par la rétention de matériaux d'excrétion? Le grand Fernel n'eût pas été si sévère, qui établissait une classe de maladies toxiques engendrées par des venins internes : ***Morbi venenati a veneno intus genito.*** Et Galien, et Boerhaave, et Van-Swieten, et Sydenham lui-même, est-ce qu'ils ne sacrifiaient pas à toute page, en plein domaine clinique, à la physiologie pathologique de leur temps? Eh bien, nous ne craignons pas de le dire, ce défaut de l'ancienne médecine, qui n'était que l'excès d'un mérite, et qu'on lui a souvent reproché, c'est la physiologie pathologique qui l'en lavera. La physiologie pathologique rajeunira et confirmera, comme elle a déjà fait, plus d'une de ses vues hasardées, et elle sera un jour relevée dans l'opinion par ceux mêmes qu'on accuse de la trahir.

Ainsi ceux qui, voyant coïncider l'ictère grave avec l'atrophie des cellules hépatiques, ont attribué le symptôme à la lésion, ont agi comme font tous les jours les pathologistes les plus exclusivement voués à la contemplation des caractères ***macroscopiques*** des altérations. Maintenant cela a-t-il été, pour les médecins allemands ou anglais, le dernier mot de la question?

Nullement. Quelques-uns, devançant une objection de M. Monneret, montrent avec Budd (***Diseas. of the Liver***, 2e édit., p. 213 et 214) que la destruction des cellules hépatiques existe quelquefois sans ictère grave, et en dehors de l'atrophie du foie. Sur ce point même nous trouvons un peu formalistes ceux qui concluent du fait signalé par Budd contre la doctrine de l'ictère atrophique. Une destruction des

(1) M. Monneret présente aussi la vacuité de la vésicule biliaire notée dans son autopsie comme un démenti donné aux assertions des médecins allemands. Il nous suffira de rappeler que cette circonstance n'a été présentée comme constante par aucun observateur, ni allemand, ni anglais, ni français. Frerichs lui-même se borne à dire que la vésicule a été trouvée vide *la plupart du temps*, et suivant Lebert, cette vacuité existerait dans plus du tiers des cas.

cellules n'a en soi rien de spécifique ; elle peut avoir lieu par des modes divers, et ce sont ces modes qui sont surtout à considérer dans l'interprétation des symptômes. Ainsi la bile, retenue par un calcul, dilate les conduits hépatiques, comprime le tissu ambiant, conséquemment les cellules, qu'elle aplatit, déforme et fait *lentement* disparaître. L'ictère, s'il se montre alors, peut n'être pas grave, par la même raison que l'oblitération graduelle d'une veine peut n'apporter qu'un très faible désordre dans la circulation et la nutrition du membre. Mais a-t-on vu l'ictère grave faire défaut quand existait cette altération spéciale et complexe qui caractérise l'atrophie aiguë des éléments anatomiques du foie ? Voilà en quels termes la question doit être posée. Pour notre part, nous sommes fort enclin à la résoudre par la négative, et les faits communiqués à la Société des hôpitaux par MM. Blachez et Woillez, postérieurement au travail de M. Monneret, ajoutent encore aux motifs de notre opinion.

Mais c'est à l'envi, on peut le dire, que les médecins allemands et anglais s'appliquent à poser l'ictère grave en espèce nosologique distincte, en lui donnant pour source étiologique des lésions diverses de l'appareil biliaire, parmi lesquelles l'atrophie aiguë figure à son rang et pour sa part, quelquefois même en plaçant cette source étiologique hors de toute lésion anatomique, hors même de l'organisme. C'est Bamberger qui, après avoir affirmé l'existence constante de l'ictère grave dans les cas d'atrophie aiguë, se hâte de montrer comment la même expression symptomatique peut naître de la cirrhose, de l'occlusion des veines biliaires, de l'inflammation de la veine porte, etc. C'est Forster qui admet quatre sortes de causes, et notamment l'*intoxication primitive du sang* par la pyémie, le venin des serpents, les miasmes, etc. C'est Wunderlich qui, considérant seulement l'état anatomique du foie, divise les faits en quatre catégories, dont une est relative au cas où, non-seulement l'atrophie, mais aucune autre altération appréciable ne vient rendre un compte suffisant, soit des troubles cérébraux, soit des autres symptômes. C'est Budd qui est amené, par la manière subite dont se manifeste parfois le caractère pernicieux de l'ictère, par la diffusion rapide de certaines épidémies de jaunisse, à admettre l'action d'un poison venu du dehors et engendré dans l'organisme. C'est Virchow qui, ayant aussi rencontré l'ictère pernicieux sans atrophie aiguë, insiste pour qu'on maintienne cette dénomination française de l'ictère grave, qui exprime très bien un syndrôme commun à des altérations anatomiques différentes. C'est Lebert, enfin, — pour clore une liste que nous pourrions allonger, — c'est Lebert qui, comptant toutes les causes auxquelles l'ictère grave peut être rapporté, fournit les éléments d'espèces distinctes, dont une se rapporte à l'influence miasmatique, et une autre à la syphilis.

Toutes nos réserves ainsi établies d'après des documents certains, il ne nous en coûte aucunement de reconnaître avec M. Monneret que la littérature médicale allemande, relativement aux affections hépatiques comme à presque tout le reste de la pathologie, est dans son ensemble trop prompte à la théorie. Seulement, nous ne voudrions pas laisser oublier que cette littérature est nourrie par un grand nombre d'esprits pénétrants, hardis, vigoureux, qui savent, de temps à autre, ouvrir des voies nouvelles, où tous nous sommes, tôt ou tard, de gré ou de force, obligés de les suivre. Souffrez qu'on vous le dise, ne pas quitter les anciens, c'est un moyen assez sûr de ne pas s'égarer, ou de ne s'égarer qu'en nombreuse compagnie, mais c'est un moyen aussi de ne pas avancer. Le plus sage et le plus équitable est d'assister sérieusement, avec sympathie, à ce grand travail de la science contemporaine. Ne dites pas qu'il est mortel à la clinique ; n'identifiez pas la clinique avec les cliniciens. Que des esprits aventureux bâtissent une nosologie et une thérapeutique sur quelques notions d'anatomie, de physiologie ou de physique, c'est un malheur ; mais ni la science ni l'art ne sont responsables des égarements individuels, et le progrès se paye toujours. Quant à nous, nous sommes parfaitement convaincu qu'un médecin réfléchi, familiarisé avec la pratique aussi bien qu'avec le mouvement de la science, peut se livrer au courant moderne sans craindre de s'écarter de la clinique pour échouer dans l'utopie. Ce qu'on appelle la clinique procède plus ou moins de l'empirisme. L'empirisme est une transition. Il faut savoir y rester tant qu'on n'a pas mieux ; mais il faut essayer d'en sortir. C'est d'ailleurs la satisfaction légitime d'un noble besoin de l'esprit d'agrandir l'horizon des connaissances humaines, alors même qu'elles n'ont actuellement aucune application au bien-être matériel ou moral de l'humanité.

A. Dechambre.

Nous ne pensions pas revenir aujourd'hui sur la question de l'hygiène hospitalière, mais dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Briquet ayant, cette fois, le mérite de la franchise, a cru devoir lancer contre M. le docteur Steele, auteur de la statistique de Guy's Hospital, une accusation formelle de mauvaise foi ; enveloppé dans l'accusation, car l'illusion à cet égard n'est pas permise, nous nous trouvons forcé de revenir sur des explications que nous avions lieu de croire suffisantes.

Établissons tout d'abord la part de chacun. Les statistiques anglaises que nous avons produites ont été prises par nous :

1° Pour Guy's Hospital, dans le travail lu par M. le docteur Steele, superintendant de cet établissement, à *la Statistical* Society de Londres, le 18 juin 1861, mémoire publié dans le journal de cette Société, p. 374, et produit par M. Davenne lui-même à la tribune de l'Académie ;

2° Pour l'infirmerie royale de Glascow, dans le compte rendu officiel présenté à l'assemblée générale des gouverneurs, par M. Mac-Ghie, superintendant de l'hôpital, le 7 janvier 1861, et dans les comptes rendus précédents, dont notre regretté confrère a bien voulu détacher et nous remettre les pages consacrées à la statistique chirurgicale depuis l'année 1846 ;

3° Pour la statistique des amputations de cuisse à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, pendant ces trois dernières années : dans une lettre particulière que nous a adressée notre confrère, M. Whitefield, superintendant de cet hôpital.

Nous ne sommes donc pas l'auteur de ces statistiques, mais en les produisant en regard de celles de nos hôpitaux, en les soumettant à l'Académie, nous en assumions la responsabilité.

Or, nous sommes loin de la décliner, et c'est parce que nous connaissons MM. Steele, Whitefield, parce que nous avons connu M. Mac-Ghie, mort il y a quelques semaines, parce que nous savons avec quelle bonne foi et quelle rigueur ces statistiques ont été faites, que nous en affirmons l'exactitude, et que nous regardons comme un devoir de défendre leurs auteurs contre l'accusation grave de mensonge et de mauvaise foi que M. Briquet n'a pas craint de lancer contre des hommes honorables qu'il ne connait pas et dont il ignore les travaux.

Quelle est maintenant la part qui nous revient dans cette accusation formelle ?

M. Briquet nous accuse : 1° d'avoir accueilli avec légèreté une statistique *extra-pyramidale* (sic) ; 2° d'avoir cherché à insinuer, *sachant que c'était une erreur*, que la statistique des accouchements se rapportait à un service de l'extérieur de l'hôpital ; 3° de n'avoir rectifié cette erreur que contraint et forcé, mais d'avoir cherché sciemment à laisser du doute, en disant

Digitized by Google

que les femmes venaient à l'hôpital du moins après l'accouchement : 4° de n'avoir fait la rectification complète que forcé par le discours de M. Briquet. Voilà l'accusation dépouillée de tout ornement oratoire ; il nous suffit de rétablir la succession des faits, pour y répondre et pour montrer à M. Briquet avec quelle légèreté la passion lui a fait lancer une imputation, qu'on hésite souvent à produire, alors même qu'on aurait entre les mains la preuve de son exactitude.

Nous avions en effet commis une grave erreur en croyant à l'existence d'un service spécial d'accouchement à l'hôpital de Guy, et en traduisant *Maternity Department* par salles d'accouchement. Cette inexactitude fut relevée dans The Lancet du 25 janvier dernier. Or, comme nous avons toujours cru que le premier devoir d'un honnête homme est de relever lui-même les erreurs qu'il a pu *involontairement* commettre, nous n'avons voulu laisser à personne l'initiative d'une rectification, et nous avons remis à l'Académie, avant la séance du 28 janvier, la lettre suivante, qui, n'ayant pu être soumise en temps utile au conseil d'administration, ne fut lue en *séance publique* que le 4 février dernier, et insérée le 7 du même mois dans la Gazette hebdomadaire, p. 88.

Monsieur le Président,

En la combattant devant l'Académie, M. Davenne a donné à la note sur l'hygiène hospitalière publiée par moi dans la Gazette hebdomadaire, une importance que ne méritaient pas sans doute de simples renseignements, mais cela m'oblige à relever moi-même une erreur qui s'y trouve contenue.

Dans les visites fréquentes que j'ai faites pendant quelques mois à l'hôpital de Guy, j'ai suivi surtout les services de chirurgie, sans me préoccuper s'il existait ou non des salles d'accouchement, lesquelles ne m'offraient alors aucun intérêt spécial.

En voyant, dans la statistique officielle de l'hôpital, publiée par M. le docteur Steele, le compte rendu du service d'accouchement, j'ai dû croire qu'il existait dans cet établissement quelques salles réservées aux femmes en couches.

J'ai acquis aujourd'hui, par une remarque faite à ce sujet par The Lancet, *la preuve que je me* trompais. Les femmes accouchent hors *des murs de l'hôpital*, chez elles, et non dans les salles. J'ai donc eu tort de citer la différence de mortalité sur ce point spécial comme signe de conditions hygiéniques meilleures de l'hôpital ; on trouve du reste assez de preuves sans celle-là en consultant les résultats obtenus en chirurgie.

Toutefois, si cette différence de mortalité de 1 sur 13, à Paris, de 1 sur 331 à Londres, s'explique plus naturellement par l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux, comme l'a dit M. Davenne, le vice de la spécialisation des Maternités.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mon profond respect,

Léon Le Fort.

A quel endroit de cette lettre M. Briquet trouve-t-il cette assertion contraire au simple bon sens, que les femmes *sitôt accouchées chez elles* sont reçues dans les salles de l'hôpital ? Cette rectification d'une erreur, que nous regrettons d'avoir commise, mais que le *premier* nous avons signalée à l'Académie, est identique avec l'explication que nous avons donnée dans le dernier numéro de ce journal ; et M. Briquet ne commet-il pas une erreur involontaire (nous aimons à le croire), lorsqu'il dit que la rectification a suivi son discours prononcé le 11 mars, c'est-à-dire plus d'un mois après qu'elle avait été faite ?

Nous avons dit que cette statistique était celle de l'hôpital de Guy, en ce sens qu'elle provient d'un des services de l'hôpital ; service extérieur, il est vrai, mais pour lequel un contrôle sérieux des administrateurs de Guy, permet une statistique qui, avons-nous dit (*Gaz. hebdom.*, p. 164), a la même valeur que celle que pourrait faire dresser l'administration de l'Assistance publique de Paris, des femmes accouchées à domicile par les soins des médecins des bureaux de bienfaisance.

Avons-nous commis une absurdité en acceptant un chiffre *extra-pyramidal* de 1 mort sur 331 accouchées ? M. Briquet a oublié qu'à la tribune de l'Académie M. Depaul, le 2 mars 1859, citait ce fait, que M. Tarnier avait relevé la mortalité des accouchées du 12e arrondissement de Paris en 1856, et que son chiffre avait été précisément de 1 sur 322. (Depaul, *Bulletin de l'Académie*, vol. XXIII, p. 398.)

M. Briquet nous accuse d'avoir travesti, en l'augmentant à dessein, de 1 pour 100 le chiffre de la mortalité à la Maternité de Paris. Nous avons donné à la page 42 de notre note le chiffre de 1 sur 13,31 pour la Maternité (1). Moins heureux que M. Briquet, nous n'avons pas entre les mains pour vérifier son calcul, dont nous sommes tout prêt à admettre l'exactitude, les documents officiels de ces dix dernières années, documents dont la communication nous fut jadis refusée, mais nous possédons encore le compte rendu moral et administratif *publié officiellement* par l'administration pour l'exercice de 1859, et M. Briquet pourra contester à la troisième colonne de la page 64 de ce recueil, que le chiffre de la mortalité pour les accouchées seules, a été, comme nous l'avons dit, de 1 sur 13,31.

Que ce chiffre ait pu s'élever à 1 sur 13, malgré les améliorations apportées depuis dix ans à la Maternité, qu'il devienne un peu plus faible en réunissant les dix années 1850-1860, qu'il soit de 1 sur 16 comme le dit notre contradicteur, qu'il soit ou non pour le service de Guy, tel que l'a dit M. Steele, c'est-à-dire de 1 sur 331, qu'on affaiblisse cette différence énorme en diminuant la mortalité pour Paris, en l'augmentant pour Guy ; que j'aie commis une erreur fâcheuse (je suis le premier à la regretter, comme j'ai été le premier à la signaler) en tirant à tort, de ces chiffres donnés par des services différemment organisés à Paris et à Londres, une comparaison qui ne pouvait dès lors porter sur les conditions de salubrité des salles de nos hôpitaux ; il n'en reste pas moins acquis, et je maintiens cette assertion avec les chiffres officiels, que la mortalité à la Maternité a été, en 1859, de 1 sur 13,31, et comme je l'ai dit dans ma lettre de rectification, remise à l'Académie le 28 janvier dernier : « Si cette différence de mortalité de 1 sur 13 à Paris, de 1 sur 331 à Londres, s'explique plus naturellement par l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux le vice de la spécialisation des Maternités. » C'est ce qui doit être, et c'est ce qui sera, j'espère, la solution pratique de cette partie du débat.

Léon Le Fort.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine opératoire.

Des sutures métalliques ; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires ; expériences et observations sur ce sujet, par M. Ollier, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro 9.)

§ II. — *Expériences comparatives sur les sutures métalliques et les sutures organique; supériorité des fils métalliques très fins* ou fils capillaires.

En Amérique et en Angleterre, où les chirurgiens se laissent plus facilement séduire par la nouveauté que chez nous, les sutures métalliques se sont rapidement vulgarisées. Il y a deux ans, je les ai vu employer par beaucoup de chirurgiens à Londres et à Edimbourg. Je les entendais en même temps vanter dans une mesure qui me paraissait un peu exagérée, bien que je fusse par avance tout disposé à admettre leur supé-

(1) D'après le dernier compte rendu officiel, il est mort dans cet établissement, en 1860, 1 femme sur 9,10 accouchées. (*Compte moral et administratif*, p. 20, 3e colonne.)

Digitized by Google

riorité (1). Mais, en l'absence de termes de comparaison rigoureux, il me restait plus d'un doute : aussi ai-je cherché à établir au moyen de l'expérimentation la valeur relative et absolue de ces sutures, et leur utilité dans certains cas spéciaux. Pour cela, j'ai entrepris des expériences sur les animaux, et j'en ai fait ensuite de bien plus concluantes sur l'homme. Je n'ai pas tardé à me prononcer définitivement en faveur des fils métalliques, et depuis plus d'un an je les emploie exclusivement pour réunir les plaies. Je me suis servi de fils de divers métaux : argent, fer, plomb, platine. C'est M. Simpson (d'Edimbourg) qui a substitué le premier le fil de fer au fil d'argent. Nous verrons bientôt sur quelles raisons il se base pour justifier sa préférence. Depuis plusieurs mois je ne me sers que du fil de fer étamé ou non. Je le trouve (même quand il n'est pas étamé) tout aussi bien toléré que les autres métaux, plus résistant, plus facile à manier. On peut, en outre, se le procurer partout, et il ne coûte presque rien, considération qui a son importance dans un grand service d'hôpital. Mais la principale raison qui nous le fait préférer c'est qu'on peut lui donner une finesse extrême, la finesse d'un cheveu (d'où le nom de fils capillaires que nous donnons aux fils très fins), tout en lui conservant une résistance suffisante. Le métal est oxydable, il est vrai, mais cette oxydation dans l'intérieur des tissus nous a rarement paru portée assez loin pour altérer ses propriétés physiques, importantes à conserver, sa résistance et sa flexibilité. La légère couche d'oxyde qui le recouvre lui est adhérente et ne noircit pas les tissus, excepté lorsque la plaie s'enflamme, suppure abondamment, et qu'elle est envahie par l'érysipèle ou la diphthérite; mais, dans ce cas, la présence du sulfure de fer ne nous paraît pas nuire sensiblement à la plaie ; on pourrait même dire, à priori, qu'elle lui est favorable par la transformation d'un sulfure soluble et absorbable (sulfhydrate d'ammoniaque) en un sulfure métallique et non absorbable. Cependant, comme ce dernier argument soulève plus d'une objection, et que l'oxydation a au moins pour inconvénient de rendre les fils plus cassants, j'emploie habituellement, et je regarde comme préférable, le fil étamé. Le fer dont se sert M. Simpson est appelé, en Angleterre, *fer neutre passif* (*Iron wire neuter*), et est réputé inoxydable. Je m'en suis servi pendant quelque temps avant d'avoir donné la préférence au fil étamé, et d'avoir adopté des numéros plus fins ; mais je ne sais jusqu'à quel point il est supérieur à celui que j'ai pu me procurer en France en demandant tout simplement du fil de fer recuit chez les marchands de métaux. Je n'ai pas trouvé de différence digne d'être notée.

Nous ne rapporterons pas nos expériences pour comparer les divers métaux entre eux, nous dirons seulement que la substance ne nous a pas paru avoir d'influence appréciable quand les fils étaient de même grosseur. Ce qui va spécialement nous occuper, c'est la comparaison des fils métalliques avec les fils organiques. Les fils de fer, d'argent ou de plomb sont-ils préférables aux fils de soie, de lin ou de chanvre? Sont-ils plus favorables à la réunion immédiate? Sont-ils moins irritants? Est-ce la nature du fil ou sa grosseur qui peut expliquer les différences qu'on observe? La supériorité des fils métalliques est-elle due seulement à leur finesse plus grande? Voilà tout autant de questions que nous allons essayer d'éclaircir.

Voici comment nous avons agi sur l'homme :

Quand nous avions une plaie à réunir, nous placions alternativement un fil de soie ou de lin et un fil métallique de même grosseur ou de grosseur différente, selon les cas. Si la plaie était irrégulière, et si les lèvres étaient inégalement tendues dans leurs diverses portions, nous choisissions plusieurs points dans des conditions aussi identiques que possible. Nous en prenions deux, quatre, six, selon l'étendue de la plaie, et c'est sur ces points-là seulement que nous faisions porter la comparaison. Quant aux autres, nous ne les faisions pas intervenir dans le problème : ils se trouvaient dans des conditions trop peu analogues pour nous fournir des données rigoureuses. La recherche de points de comparaison exacts et rigoureux est ici, comme dans tout problème, une chose indispensable ; c'est, de plus, une chose très délicate lorsqu'il s'agit d'étudier un fait physiologique qui, sous l'apparence de la simplicité, renferme des éléments très complexes. Ainsi deux points de suture, pour être parfaitement comparables, doivent être faits à la même distance des bords, s'enfoncer à la même profondeur, être serrés également, et traverser des tissus identiques au point de vue de la structure et des conditions physiologiques, c'est-à-dire également sains ou également malades. Il faut aussi qu'ils soient dans les mêmes conditions eu égard à la pression et aux tiraillements de l'appareil, qu'ils soient également influencés par les mouvements du malade, et que l'élasticité des lambeaux ou la contraction des muscles sous-jacents s'exerce sur tous les deux d'une manière uniforme. C'est pour cela que, dans une plaie étendue comptant dix à douze points de suture, nous n'en trouvions pas plus de la moitié de comparables entre eux. Il n'est pas possible de comparer des plaies existant sur des individus différents ; la friabilité des tissus, leur disposition à la suppuration et à l'ulcération variant trop d'un individu à un autre.

Ces détails sur le mode d'expérimentation nous ont paru nécessaires, parce qu'il y a assez de causes d'erreur qu'on ne peut pas prévoir d'avance sans laisser subsister celles qu'il est possible d'écarter. Une particularité que nous devons indiquer ici pour établir sous tous les rapports la parité entre les deux espèces de fil, c'est la nécessité d'enlever avec une précaution toute spéciale les pansements recouvrant les plaies réunies avec les fils métalliques. Si les nœuds n'ont pas été coupés assez ras, les pointes du fil s'enfoncent dans les pièces de pansement, et en enlevant ces dernières on peut faire subir à l'anse un ébranlement préjudiciable. Il suffit d'un peu d'attention pour éviter cet inconvénient.

Nous avons fait ainsi, depuis dix-huit mois, un grand nombre d'expériences, et nous les avons répétées de temps à autres pour nous prémunir contre toute cause d'erreur. Ces expériences ne pouvaient avoir le moindre inconvénient pour nos malades, puisque nous comparions la pratique ordinaire de la plupart des chirurgiens à une pratique que notre expérience nous avait déjà fait regarder comme préférable, et que plusieurs chirurgiens étrangers avaient adoptée.

Nous en avions fait préalablement sur les animaux (chien et cheval, sur ce dernier spécialement). Nous pratiquions sur la région fronto-nasale une incision médiane dans le sens vertical longue de 20 à 40 centimètres, et nous la réunissions par des points de suture de diverse grosseur et de nature différente. L'avantage est resté d'une manière évidente aux fils métalliques ; il y a eu quelques résultats douteux ; jamais les fils organiques n'ont paru supérieurs. Nous ne les rapporterons pas en détail, parce que les observations, prises sur l'homme, seront plus directement concluantes.

Nous diviserons nos expériences en diverses séries. Nous avons composé nos fils capillaires (très fins, n^{os} 40 et 42 de la filière du commerce, ayant de 0,08 à 0,12 de diamètre, de la grosseur d'un poil de barbe) avec les fils à suture ordinaire dont on se sert dans la plupart des hôpitaux ; nous avons trouvé aux premiers une supériorité incontestable. La finesse du fil était ici évidemment la principale cause des avantages des fils métalliques, et ces expériences n'auraient-elles eu d'autre résultat que de nous faire *adopter des fils plus fins que les fils ordinaires, qu'elles nous auraient rendu de grands services.* Mais nous avons aussi comparé à grosseur égale les fils métalliques avec

(1) Mes expériences sur les os m'avaient depuis longtemps prouvé la tolérance des tissus vivants pour les corps métalliques. J'avais déjà, du reste, fait quelques expériences sur les sutures en 1859, après avoir lu les remarquables articles que M. Verneuil avait consacrés dans ce journal à l'exposition des idées de M. Marion Sims. Je n'avais pas eu de résultats bien nets, parce que j'avais pris des animaux trop tolérants pour les corps étrangers passés à travers la peau (mouton, lapin, coq). La plupart des fils, quelle que fût leur nature, avaient été tolérés par les tissus sans amener de suppuration.

Digitized by Google

les fils organiques, et nous avons encore trouvé les premiers supérieurs aux derniers. A grosseur égale cependant, la différence est moins sensible; pour certaines plaies, elle ne s'est même pas montrée dès les premiers jours, mais elle n'a pas tardé à se manifester à l'avantage des fils métalliques. Dans quelques expériences, les deux espèces de fil n'ont pas eu des différences bien marquées; ils ont échoué à peu près également; mais alors la plaie avait été envahie par la diphthérite ou l'érysipèle, et rien d'étonnant qu'en pareil cas tout moyen de synthèse ait échoué. Mais dans ces cas-là même, si nous laissons quelques points de suture aux angles de la plaie, l'avantage ne tardait pas à se montrer en faveur des fils métalliques; ils étaient tolérés comme des pendants d'oreille, tandis que les fils organiques occasionnent toujours plus ou moins de suppuration le long de leurs trajets.

Cet avantage tardif n'est pas bien certainement ce qu'il importe d'obtenir dans la plupart des opérations où l'on tente la réunion; mais là où la cicatrisation est lente à s'opérer ou du moins à se consolider, comme dans les fistules vésico-vaginales, la périnéorrhaphie, la staphylorrhaphie, etc., il est on ne peut plus important d'avoir des fils longtemps tolérés par le tissu.

A. — PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Expériences dans lesquelles on compare les fils capillaires métalliques avec les fils organiques ordinaires.

OBS. I. — *Extirpation d'un enchondrome parotidien. — Cinq points de suture : deux en fil de fer capillaire, trois en fil végétal ordinaire. — Plaie linéaire; mèche placée dans l'angle inférieur; sutures métalliques et végétales alternantes; quatre points parfaitement comparables.* — Opération le 13 janvier, salle Saint-Louis, 64.

Le premier point de suture, à partir de l'oreille, est en fil végétal ordinaire; le second en fil capillaire métallique, le troisième végétal, le quatrième métallique, le cinquième végétal. Notre intention était de négliger ce dernier, parce qu'il était à l'extrémité inférieure de la plaie, et par conséquent dans de moins bonnes conditions pour la réunion; mais, comme on va le voir, il s'est comporté comme les autres fils de même espèce.

Le 19, quatrième jour, les trois fils végétaux, surtout le premier et le troisième, donnent lieu à une suppuration sensible. Pas la moindre trace d'irritation au niveau des fils capillaires.

Le 22, même absence de réaction au niveau des fils capillaires. Les fils végétaux ont entamé profondément les lèvres de la plaie. Je les enlève au douzième jour; le supérieur avait complétement coupé la lèvre postérieure de la plaie; les autres, et surtout l'inférieur, suppuraient sans avoir autant ulcéré les tissus. Au quinzième jour, pas encore de suppuration sensible autour du fil capillaire supérieur; le fil supérieur donne lieu à un léger suintement séro-purulent quand on presse à son niveau. On enlève les fils capillaires.

Le 6 février, la plaie est réunie, le trajet des fils cicatrisé; on reconnaît à peine les ouvertures par où ont passé les fils capillaires.

Dans cette observation, la supériorité des fils capillaires est d'une évidence frappante. Au douzième jour, ils n'ont pas amené de suppuration appréciable; ils n'ont pas entamé les tissus; les autres fils ont coupé la lèvre postérieure de la plaie; leur trajet a suppuré abondamment dès le quatrième jour, tandis qu'au treizième jour seulement le point métallique supérieur a fourni à la pression une petite gouttelette de sérosité.

OBS. II. — *Ablation du maxillaire supérieur par le procédé de Lisfranc. — Réunion de la division de la joue par des fils de fer étamés et des fils de chanvre ordinaire alternés. — Réunion de l'incision naso-labiale en haut par les fils capillaires, en bas par la suture entortillée. Pour la division transversale de la joue, deux points en fil végétal, trois en fil de fer étamé; sur ces cinq derniers, quatre parfaitement comparables.* — Salle Saint-Louis, 23 janvier 1862. Bien que les fils capillaires ne soient pas ici dans des conditions identiques avec les autres, nous devons signaler comment ils se sont comportés. Sur sept, il n'y en a que deux qui, au huitième jour, fournissent un léger suintement à la pression exercée sur leur voisinage; les autres sont aussi bien tolérés que s'ils avaient traversé une substance inorganique; il y a une petite croûte sèche au niveau de leur ouverture d'entrée et de sortie.

Quant aux autres fils, un des fils organiques donne lieu, au cinquième jour, à une suppuration abondante; je l'enlève, bien que la réunion ne paraisse pas solide; le second fil de même espèce n'a pas amené autant de réaction; il suppure un peu cependant. Des trois fils métalliques, celui-là seul qui est le plus rapproché des lèvres a donné lieu à un peu de suppuration.

Au 1er février, le fil végétal restant a ulcéré profondément les lèvres de la plaie et suppuré abondamment. Le point métallique le plus rapproché des lèvres a suppuré à peu près aussi abondamment que le précédent. Le moyen a suppuré un peu le long de son trajet, mais a à peine ulcéré la peau. Le troisième fil métallique n'a pas ulcéré la peau; il est recouvert par une croûte sèche.

B. — DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Expériences dans lesquelles on compare des fils organiques avec des fils métalliques de même volume ou un peu plus fins.

OBS. III. — *Désarticulation du gros orteil; méthode à lambeaux; quatre points de suture alternatifs : deux en fil de fer, deux en fil à suture ordinaire; fil simple pour chaque nœud; fil de fer un peu plus mince que le fil végétal.* — 28 juin 1861. Au quatrième jour, suppuration au niveau des fils de chanvre et d'un des fils de fer, mais moins marquée au niveau de ce dernier. Le second fil de fer (celui qui est entre les deux fils végétaux en suppuration) n'occasionne aucune irritation; pas de suppuration à son niveau, à peine un peu de rougeur.

Le cinquième jour, *idem*.

Le sixième jour, un des fils de chanvre a coupé une des lèvres de la plaie (lèvre externe); l'autre donne lieu à une suppuration abondante; il est mobile dans le trajet qu'il parcourt. Je l'enlève. Autour du premier fil de fer, léger suintement; le second, l'intermédiaire, n'a pas amené de suppuration sur son trajet. La plaie n'est réunie que superficiellement; elle suppure dans le fond.

Le dixième jour, les trois points de suture restants tiennent toujours; le fil végétal donne lieu à plus de suppuration que les deux autres; on fait sourdre une gouttelette de pus au niveau du point qui n'avait pas encore amené de suppuration.

Le douzième jour, le fil végétal ne tient plus que par un petit pont. Je l'enlève. Un des fils de fer donne lieu à une légère suppuration sans avoir coupé aucune des lèvres de la plaie. L'autre fil de fer n'a pas coupé les tissus et n'amène pas de suppuration appréciable. Je les enlève également.

Dans cette expérience, l'avantage a été aux deux fils de fer. Pendant que les fils organiques coupaient les lèvres de la plaie et amenaient une suppuration abondante, un des fils de fer était toléré sans amener de réaction sensible sur son trajet. Les fils de fer étaient, comme nous l'avons déjà dit, un peu plus fins que les fils organiques.

OBS. IV. — *Amputation de Chopart; sept points de suture : quatre en fil de fer, trois en fil de chanvre; les deux extrêmes sont en fil de fer; fils simples pour chaque nœud d'égale grosseur; fil de fer non étamé.* — Salle Saint-Louis, 2 juillet 1861. Jusqu'au dixième jour, il n'y eut pas d'avantage bien marqué pour aucun des fils. (Un des fils de fer extrêmes avait totalement coupé une des lèvres de la plaie au cinquième jour; un fil végétal au sixième; un des fils de fer seulement parut beaucoup mieux toléré que les autres.) Mais, à partir du onzième jour, les fils de fer suppurèrent beaucoup moins; quoique non étamés, les bords de la plaie ne furent pas colorés en noir. Le lambeau était réuni par ses bords au moins.

Au vingtième jour, la différence est plus sensible encore, le trajet des fils de fer est presque sec, tandis que celui des fils végétaux suppure abondamment. J'enlève les fils en laissant seulement à un angle de la plaie deux fils qui avaient coupé une des lèvres et qui ne pouvaient nuire en rien à la cicatrisation.

On put, pendant quelques jours encore, constater la différence entre les deux : le trajet du fil de fer était complétement organisé; l'anse de fil était tolérée comme un pendant d'oreille. Le fil végétal suppurait moins que les jours précédents; il donnait toujours lieu cependant à un suintement sensible. Je les enlève le vingt-quatrième jour.

On voit ici que les fils de fer n'ont eu qu'un avantage tardif. Au début ils ont amené à peu près autant de suppuration que les autres; mais, au dixième jour, ils ont été manifestement mieux tolérés. Il est probable que le tiraillement du lambeau plantaire, tendant à tomber par son propre poids et à abandonner le bord supérieur de la plaie, a occasionné pendant les premiers jours cette section des bords à peu près égale pour tous les fils.

OBS. V. — *Plaie résultant de l'ablation d'un cancer du sein; rapprochement facile; sept points de suture : quatre parfaitement comparables,*

Digitized by Google

deux en fil de soie cirée, deux en fil de fer d'égale grosseur; suture entrecoupée; piqûre d'ouverture et de sortie à 1 centimètre de la plaie. — Le deuxième jour après l'opération, pas de suppuration autour des points de suture. Rougeur un peu plus prononcée au niveau des deux sutures organiques.

Le troisième jour, section partielle de la lèvre inférieure de la plaie à peu près égale par les quatre fils. Suppuration plus sensible autour des fils de soie. Les fils de soie sont mobiles dans le trajet qu'ils parcourent.

Le quatrième jour, un des fils de soie a sectionné la presque totalité de la lèvre inférieure; les fils métalliques n'ont pas coupé davantage depuis hier.

Le cinquième jour, pas de changement notable à la lèvre inférieure. La lèvre supérieure commence à être sectionnée par les quatre fils. Suppuration plus abondante au niveau des fils végétaux.

Le huitième jour, les lèvres de la plaie paraissent réunies. Aucune suture n'a complétement sectionné les lèvres de la plaie; mais la section est plus avancée au niveau des deux sutures de soie; l'une d'elles a presque entièrement coupé la lèvre inférieure.

Le dixième jour, section complète de la lèvre inférieure par un des fils de soie. Les autres fils ont aussi avancé la section de la même lèvre, le fil de soie plus que les deux fils métalliques. Ulcération de la peau, plus large au niveau des deux fils de soie. J'enlève les fils.

Le vingtième jour, tout est cicatrisé; la cicatrice des fils de soie, une surtout, est plus apparente que les autres.

Cette observation nous fait voir une suppuration plus abondante et une ulcération plus large au niveau des fils végétaux. La section des lèvres a été plus avancée à leur niveau, et les cicatrices plus apparentes.

Obs. VI. — *Cancer du sein; ganglions axillaires cancéreux; aspect diphthéritique de la plaie; la plaie est réunie avec cinq points de suture en fil de fer et deux en fil ciré ordinaire; on choisit parmi les cinq premiers deux termes de comparaison pour les deux autres.* — Salle Saint-Paul, n° 30, 8 décembre 1860. Un des fils cirés coupe la lèvre inférieure de la plaie au quatrième jour. Le second au cinquième. Il y a plus de rougeur autour de ces deux fils qu'autour des fils métalliques. Jusqu'à ce moment, les fils métalliques ont à peine coupé la moitié de la même lèvre.

Le sixième jour, le premier fil ciré tombe; le second tient encore. Un des fils de fer a coupé la lèvre inférieure.

Le huitième jour, le second fil ciré, ainsi qu'un fil de fer, ne tient plus que par un petit pont à la lèvre supérieure. Je les enlève.

Le dixième jour, le fil de fer restant tient encore sans avoir sensiblement entamé aucune des lèvres de la plaie.

Dans cette observation, l'avantage a été encore aux fils de fer, sous le rapport de la lenteur de la section des lèvres de la plaie et de la moindre irritation des tissus traversés par la suture.

Obs. VII. — *Cancroïde de la lèvre et de la joue; restauration, réunion de la portion labiale de la plaie avec des épingles; suture entrecoupée en fils métalliques et organiques alternants pour la réunion du lambeau génial au bord correspondant du nez; quatre points parfaitement comparables; inflammation et diphthérite de la plaie.* — Salle Saint-Paul, n° 4. Au deuxième jour, les deux fils végétaux ont coupé la lèvre interne; un des fils de fer l'a également coupée.

Au troisième jour, section des deux lèvres par les fils de soie. Ils s'enlèvent avec le pansement; les fils de fer tiennent encore.

Au cinquième jour, les deux fils ont coupé la lèvre interne. Ils sont indéfiniment tolérés dans la lèvre externe. Je les laisse parce qu'ils n'amènent aucune irritation.

Obs. VIII. — *Plaie d'amputation de la jambe pour une large ulcération gangréneuse; méthode à lambeaux; six points de suture: quatre en fil de fer, deux en fil ciré ordinaire; fils d'égale grosseur; inflammation et diphthérite de la plaie.* — Salle Saint-Louis, 28 novembre 1860. Au deuxième jour, les fils cirés avaient sectionné presque totalement les deux lèvres; la section est moins avancée au niveau des deux fils de fer.

Au troisième jour, les deux fils cirés s'enlèvent avec les pièces du pansement. Un des fils de fer ne tient que par un petit pont à la lèvre supérieure. Je l'enlève. Diphthérite de la plaie.

Au cinquième jour, le deuxième fil de fer tient encore à la lèvre supérieure. Je l'enlève.

Ces derniers exemples ont été choisis à dessein parmi les plaies qui ne se sont pas réunies. Aucun des fils n'a résisté; mais les fils métalliques ont résisté un peu plus longtemps que les autres. Ce n'a été qu'une légère différence; mais cette différence étant bien constatée et constituant un avantage réel en faveur des fils métalliques, on devra chercher à en profiter toutes les fois qu'on voudra obtenir la réunion.

Nous pourrions citer d'autres observations; mais les cas que nous avons rapportés nous paraissent suffisants pour prouver la réalité des avantages des fils métalliques. Nous ne devons pas cependant passer sous silence que, dans trois ou quatre expériences comparatives, toutes les sutures ont également échoué; mais nous avions alors contre nous certaines complications qui se jouent de tous les moyens de synthèse quels qu'ils soient : érysipèle, diphthérite, pourriture d'hôpital. La cause de l'insuccès ne pouvait pas être dans l'adoption de telle ou telle suture; elle tenait à d'autres conditions que nous n'avons pas à examiner ici.

Nos expériences comparatives ont spécialement porté sur la suture entrecoupée; c'est dans cette espèce de suture qu'on peut le mieux analyser les divers éléments de la question : la section des lèvres, la suppuration, etc.

La première conclusion à en tirer, celle qui ressort d'une manière évidente des deux premières expériences, c'est que les fils métalliques très fins, les fils capillaires en un mot, sont infiniment mieux tolérés que les fils organiques ordinaires. Mais les dernières observations nous montrent qu'à volume égal les fils métalliques conservent encore une supériorité réelle, quoique moins frappante.

En analysant les éléments de cette supériorité des fils métalliques, nous trouvons que :

Ils ulcèrent et coupent moins vite les tissus;

Ils occasionnent sur leur trajet moins de suppuration;

Ils sont plus vite tolérés par les tissus qu'ils traversent et peuvent y séjourner plus longtemps;

Ils laissent des cicatrices moins apparentes.

Tous ces avantages sont la conséquence d'un *même fait* physiologique : la moindre irritation que ces fils occasionnent. Cette irritation est moindre, en effet, et elle est presque nulle pour *les fils capillaires*. Dans beaucoup de circonstances, nous avons pu constater *l'absence de toute suppuration sur le trajet* de ces derniers fils; les lèvres de la plaie se réunissaient avec la plus grande perfection. Il y avait à peine un léger suintement de sérosité au niveau des ouvertures d'entrée et de sortie du fil. Cette sérosité ne tardait pas à se dessécher, à former une petite croûte sous laquelle la peau était parfaitement intacte. Le fil métallique paraissait, pour ainsi dire, *oublié* par les tissus. Pas de trace de réaction et, une fois le fil enlevé, pas de cicatrice bien apparente; il ne restait qu'un point rosé qui s'effaçait de jour en jour. Ce résultat, que nous avons surtout obtenu dans nos opérations sur la face, n'est pas toujours aussi tranché; quelquefois il y a un peu de suppuration au dehors, et ce n'est alors qu'une différence de degré entre les fils d'origine végétale et animale; mais cette différence en moins est de la plus haute importance : elle permet d'obtenir dans sa perfection la réunion par première intention qu'une irritation plus forte aurait fait échouer. C'est surtout pour les opérations délicates de l'autoplastie que cet avantage est important à conserver.

Voici quelques faits où nous avons obtenu la réunion sans suppuration appréciable autour des fils capillaires. Dans une blépharoplastie pour cicatrisation vicieuse de la paupière inférieure, nous fîmes les points de suture avec du fil de fer très fin. La réunion s'opéra parfaitement. Au troisième jour, il y eut un peu d'humidité au niveau des piqûres de l'aiguille. Au sixième jour, la peau était sèche à ce niveau et les fils tellement bien supportés que nous les laissâmes jusqu'au douzième jour sans qu'il s'écoulât la moindre gouttelette de pus.

Une autre fois, nous laissâmes jusqu'au quinzième jour des fils qui nous avaient servi pour réunir une plaie de la partie postérieure du cou, suite de l'ablation d'un lipome; sur sept points de suture, cinq ne donnèrent lieu à aucune suppuration appréciable. Dans une plaie de la région parotidienne, nous avons observé la même absence de suppuration, et, dans

Digitized by Google

quatre cas de restauration des lèvres, plusieurs points que nous mettions aux angles de la plaie ou entre les épingles pour perfectionner la réunion ont été aussi bien tolérés par les tissus. Il n'y a eu aucune suppuration. Dans un grand nombre d'autres opérations sur la face, nous avons pu constater la même tolérance, sinon pour tous les points de suture, du moins pour quelques-uns d'entre eux. Nous citerons, entre autres cas, les opérations de chéiloplastie dans lesquelles nous avons bordé les lambeaux cutanés avec la muqueuse buccale. Dans une plaie résultant de l'ablation d'un kyste du sourcil, les fils ont été retirés au douzième jour sans donner lieu à la moindre humidité sur leur trajet. Par contre, dans certaines régions nous avons toujours plus ou moins de suppuration, au prépuce par exemple.

§ III. — *A quoi les sutures métalliques doivent-elles leurs avantages?*

On peut répondre tout d'abord que c'est à leur finesse que les fils métalliques doivent en grande partie leur supériorité. La possibilité de conserver leur résistance et leur flexibilité, tout en les réduisant à un volume presque imperceptible, est, en effet, leur avantage le plus saillant. Mais leur finesse seule ne peut rendre compte de toutes les différences que nous venons de constater, et il est indispensable d'analyser leur mode d'action dans les différents phénomènes que présente une plaie traversée par des fils à suture.

Le premier résultat que nos expériences nous ont donné a été que les fils métalliques ulcéraient et coupaient moins vite les tissus. Cet avantage est dû à la moindre irritation que ces fils occasionnent, et les autres résultats que nous avons constatés sont la conséquence du même fait. Mais à côté de cet avantage expérimentalement démontré, il en est un autre qui a aussi une véritable importance, c'est la propriété qu'ont les fils métalliques de maintenir les plaies dans de meilleures conditions de fixité et de rapprochement. Nous essayerons de *le démontrer dans un instant.*

Peut-on se rendre compte de la plus grande tolérance des tissus vivants pour les fils métalliques? Nous avons vu plus haut les raisons qu'avait invoquées Fabrice d'Aquependente, pour établir leur supériorité, et sur quels motifs se basait Percy pour leur donner la préférence. M. Simpson a présenté des arguments du même genre, et, pour démontrer un des avantages des fils métalliques, il a fait l'expérience suivante : il a placé dans la profondeur des plaies récentes faites sur des cochons d'Inde des anses de suture en soie et en fil métallique qui avaient séjourné dans des plaies pratiquées sur d'autres animaux de même espèce. Les fils métalliques ne donnèrent lieu à aucune espèce de réaction, tandis que ceux de soie firent naître une inflammation tellement violente que M. Simpson la désigne sous le nom de *charbonneuse*. Nous n'avons rien obtenu d'aussi marqué dans des expériences analogues, parce que sans doute les plaies sur lesquelles nous expérimentions étaient simples, sans caractère infectieux ; mais on comprend très bien que les fils organiques, s'imbibant de fluides en putréfaction, inoculent une matière septique aux plaies dans lesquelles on les place. Les fils métalliques, au contraire, ne pouvant se laisser pénétrer par les liquides de la plaie, n'emportent pas avec eux de matière à contagion.

Sans exagérer l'importance de ce fait, on doit reconnaître que les fils organiques, quelque serré que soit leur tissu, se gonflent par l'imbibition du pus et deviennent, par cette augmentation de volume, plus irritants pour la plaie. De plus, le pus qui séjourne dans leur tissu éprouve nécessairement quelques altérations chimiques qui peuvent aller jusqu'à la putréfaction si le fil est gros et peu serré, c'est-à-dire s'il peut retenir dans son tissu une quantité de liquide suffisante.

Les matières dont sont faits les fils organiques, soie, chanvre, lin (nous ne parlons pas des ligatures animales absorbables dont il n'est plus question aujourd'hui), ne sont guère putréfiables par elles-mêmes, il est vrai; mais, en contact avec les liquides éminemment décomposables qui les pénètrent, cette immunité n'est plus aussi certaine. De plus, les aspérités formées par les fibres végétales qui constituent leur tissu sont probablement des causes d'irritation réelles, quoique microscopiques. C'est là ce qui explique pourquoi, dans les expériences de M. Levert, le caoutchouc a été mieux toléré que les fils formés par des fibres ligneuses.

Les fils métalliques inoxydables sont à l'abri de cet inconvénient; quant aux fils de fer non étamés, ils se couvrent, il est vrai, d'une couche d'oxyde; mais cette couche est adhérente en général et ne nous a pas paru avoir de fâcheuse influence sur la plaie.

Nous devons à présent insister sur un autre avantage des fils métalliques : la plaie se trouve dans de meilleures conditions de fixité et de rapprochement, la forme qu'on a imprimée à l'anse restant fixe et ne variant pas comme celle des fils organiques à mesure que les tissus sont ulcérés.

Soient deux points de suture dans les mêmes conditions, eu égard à la résistance des tissus, l'un avec un fil métallique, l'autre avec un fil végétal, et, pour rendre notre pensée plus claire, choisissons deux sutures profondes formées par une anse fortement courbée.

Dès que les fils commenceront à ulcérer et à couper un peu les tissus, quel que soit le point où la section se produise, les surfaces rapprochées se trouveront dans des conditions différentes pour l'un et l'autre cas.

Si la suture végétale commence à couper en un point, elle se relâche dans toute son étendue à cause de sa flexibilité, et elle ne maintient plus les tissus avec la même force et dans les mêmes rapports; elle ne peut pas lâcher en un point sans qu'elle ne lâche partout. La suture métallique, au contraire, conservant toujours la forme qu'on lui a donnée au moment de son application, maintiendra des parties dans des rapports plus exacts. S'il se fait une ulcération sur une lèvre de la plaie, l'autre n'aura pas changé de rapport, le fil n'étant pas assez flexible pour être flottant dans le conduit qu'il parcourt.

Voici une comparaison pour faire encore mieux comprendre la différence de ces deux espèces de sutures : autour d'une série de piquets disposés en forme de carré, faites passer deux fils, l'un en chanvre, l'autre en fer, et nouez-les de manière qu'ils soient solidement maintenus. Enlevez ensuite le piquet d'un des angles, et aussitôt le fil de chanvre s'affaissera et sera lâche autour du carré, tandis que le fil de fer conservera ses rapports avec les autres piquets.

Il nous reste maintenant une question à examiner et à exposer clairement; nous voulons parler du mode d'action des fils capillaires métalliques et des fils d'un plus fort diamètre.

Plus un fil est fin, moins il irrite, avons-nous déjà dit, et mieux il favorise la réunion immédiate. Il faut cependant une condition pour que les fils capillaires possèdent clairement et sans compensation fâcheuse ce précieux avantage; il faut que les bords de la plaie ne soient pas violemment tiraillés.

Toutes les fois qu'un point de suture est appliqué, il exerce plus ou moins de pression sur la portion du tissu comprise dans l'anse. Cette pression amène l'ulcération, et par suite la section des tissus. Quand le fil est très fin, il se produit une destruction ou une absorption linéaire du tissu, jusqu'à ce que l'anse n'exerce plus de constriction sensible sur les parties qu'elle embrasse. A partir de ce moment le fil est parfaitement toléré, et les parties sectionnées se réunissent quelquefois derrière lui sans suppurer sensiblement. Mais si les lambeaux tendent toujours à se séparer, soit en vertu de leur élasticité propre, soit par suite de la contraction des tissus musculaires sous-jacents, la section des lèvres de la plaie continue, et les lambeaux s'abandonnent. Cette pression incessante produit alors une ulcération rapide, quelle que soit la matière du fil, et la rapidité de la section nous paraît être en raison composée de la force de rétraction des lambeaux et de la finesse du fil, qui jouera, en quelque sorte, le rôle de tranchant. En pareil

Digitized by Google

cas, les avantages des fils capillaires disparaissent, mieux vaut employer des fils métalliques plus gros. Ces derniers, plus irritants par eux-mêmes, ulcéreront cependant moins vite les tissus, parce que leur action ne s'exerce pas sur une ligne aussi étroite. Nous devons dire, cependant, que plus nous allons, que plus nous acquérons d'expérience sur les sutures métalliques, plus nous élargissons le cercle d'application des fils capillaires. La multiplication des points de suture, en répartissant l'effort des fils sur une plus large surface, nous permet de profiter de leurs avantages, même dans les cas où nous les aurions rejetés sans hésiter au début de nos expériences. Nous avons vu un très grand nombre de fois des fils un peu serrés couper très rapidement la moitié des lèvres de la plaie au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, et puis s'arrêter là indéfiniment. La portion sectionnée se réunissait alors très facilement derrière eux.

Nous insisterons plus loin sur l'importance des fils capillaires, dans les autoplasties, comme *fils de perfectionnement*, alors que les lambeaux ont été déjà rapprochés par des sutures profondes (périnéorrhaphie) ou par des épingles droites implantées dans les tissus (chéiloplastie, rhinoplastie). Les premières épingles ou anses de fil soutiennent les tissus; les fils capillaires en affrontent exactement les bords. De cette manière, les tissus sont fixés profondément, les lèvres de la plaie ne sont pas tiraillées, et les fils capillaires se trouvent dans les meilleures conditions pour favoriser une réunion exacte et immédiate.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Thérapeutique.

Méthode de traitement de la fièvre puerpérale, note extraite d'un mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 18 mars 1862, par le docteur Cabanellas.

La méthode dont il s'agit consiste dans l'emploi d'une substance depuis longtemps précieuse à la médecine : le sulfate de quinine, donné par la méthode de *saturation continue*, en opposition avec celle qui consiste à le donner en deux ou trois fortes doses chaque jour. Je le regarde comme un remède héroïque des complications fébriles qui déciment les nouvelles accouchées.

Je me sers à dessein de cette expression générale, vague, si vous voulez, *complications fébriles*, ou, si vous l'aimez mieux, *fièvre puerpérale*, parce que je suis de ceux qui pensent que les localisations morbides qu'on observe dans la fièvre puerpérale sont des phénomènes qui se développent sous l'influence de cet état général de l'organisme et n'en sont pas le point de départ.

Voici comment j'ai agi dans les sept cas de fièvre puerpérale que j'ai observés.

Les malades présentaient toutes, à des degrés différents, un mouvement fébrile intense avec ou sans frisson initial, une tension avec douleurs de tout l'abdomen, ou simplement une grande sensibilité à la pression vers l'un ou l'autre ovaire, enfin des symptômes d'état saburral et, dans deux cas, des nausées et vomissements.

Chez six de ces malades, en présence d'une indication évidente, j'ai débuté par l'ipécacuanha et, après avoir fait placer des cataplasmes émollients sur le ventre, j'ai attendu pour administrer le sulfate de quinine que le soulagement momentané causé par le vomitif ait été remplacé par la recrudescence des accidents locaux et généraux.

C'est le lendemain ou le surlendemain du vomitif qu'il m'a fallu recourir au sulfate de quinine. Je l'ai donné à la dose de 10 ou de 15 centigrammes, toutes les heures, de jour et de nuit invariablement, avec la plus scrupuleuse exactitude, recommandant même, les deux premières nuits, d'interrompre le sommeil pour ne pas perdre une seule dose. Je continuais en même temps les cataplasmes, les soins de propreté, et, s'il y avait indication, je faisais donner chaque jour un lavement émollient ; les malades buvaient une tisane acidulée selon leur soif.

Au bout de vingt-quatre heures, si le sulfate de quinine est bien pur et la dose suffisante, la malade éprouve quelque bruissement dans les oreilles, mais elle ne vomit presque jamais le médicament, et déjà le pouls bat avec moins de vitesse.

Ce résultat se prononce de plus en plus chaque jour; les symptômes locaux s'apaisent progressivement, et il n'est pas rare de voir la malade réclamer du bouillon et même des potages dès le troisième jour.

J'accorde ces aliments dès qu'ils sont désirés, mais sans interrompre l'administration du sulfate de quinine à chaque heure, parce que la coïncidence des repas et de ce médicament m'a toujours paru sans inconvénient.

A mesure que les symptômes s'amendent d'une manière rassurante, je permets de ne pas interrompre le sommeil, à la condition expresse de profiter de tous les moments où le réveil de la malade permet de continuer le médicament.

Les bruissements dans les oreilles, la surdité, quelques vomissements ne contre-indiquent pas la continuation du remède. Je n'ai jamais vu les symptômes quiniques avoir des suites fâcheuses, et d'ailleurs ils disparaissent dès que les doses peuvent être éloignées ou diminuées.

Du quatrième au huitième jour le pouls est revenu à l'état normal.

Quand l'absence du mouvement fébrile a duré quatre ou cinq jours, si les symptômes locaux sont presque effacés, j'éloigne progressivement d'une demi-heure, puis d'une heure, l'administration des doses, et, si l'amélioration persiste, je cesse la médication. Deux ou trois fois il m'a fallu revenir aux doses primitives après les avoir suspendues. Une fois j'ai dû reprendre le sulfate de quinine à doses plus fortes qu'au début.

Dans les cas que j'ai observés, la guérison a toujours eu lieu après une durée qui a varié, autant que je puis m'en souvenir, de cinq à quinze jours. Une de ces malades a été vue en consultation par M. Grisolle, alors qu'elle allait déjà assez bien pour que le savant professeur n'ait pas jugé convenable de modifier le traitement. Une autre a été soignée conjointement avec M. le docteur Campbell.

En dehors de la fièvre puerpérale, j'ai administré, avec de grands avantages, le sulfate de quinine chez une femme qui, au quinzième jour de ses couches, avait été prise de fièvre typhoïde.

Ce médicament m'a paru également d'un grand secours pour enrayer la fièvre et amoindrir les symptômes locaux dans un cas de *phlegmatia alba dolens* survenue successivement aux deux membres abdominaux chez une nouvelle accouchée à laquelle j'ai donné des soins avec M. Alexis Moreau; la guérison a été définitive en un mois sans aucune suite fâcheuse.

Enfin, pourquoi ne dirai-je pas ici toute ma pensée? La chirurgie trouvera, je n'en doute pas, dans l'administration du sulfate de quinine par la méthode de saturation continue, le meilleur de tous les moyens qu'elle puisse opposer à cet état fébrile qui complique si gravement les grandes opérations. Elle s'opposera ainsi à ce travail morbide général qui manifeste sa terrible puissance par l'inflammation, la suppuration ou la gangrène dans les diverses parties de l'organisme, depuis la surface de la peau jusque dans la profondeur des viscères les plus importants; et, certes, n'est-ce pas le cas d'appliquer le précepte *melius anceps quam nullum*, quand il s'agit d'employer un remède si peu dangereux contre des accidents si souvent mortels?

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

ANTHROPOLOGIE. — M. *Rayer* présente au nom des auteurs, MM. *Meynier* et *L. d'Eichthal*, un mémoire sur les *tumuli* des anciens habitants de la Sibérie, et donne une idée des principaux faits observés par les deux voyageurs.

« Dans toute la Sibérie, et surtout dans la Sibérie méridionale, existent en grand nombre des *tertres tumulaires* qui ont depuis longtemps attiré l'attention des voyageurs. Ces tumuli, connus dans le pays sous les noms de *kourgan*, de *bongor*, sont attribués par la tradition à la sépulture d'un peuple légendaire qu'on désigne habituellement sous le nom de *Tchoudi*.

» Les tumuli que MM. Meynier et d'Eichthal ont ouverts sont situés à 9 kilomètres de Barnaoul.

» Trente-six tumuli forment en cet endroit un groupe assez limité ; aucun ordre ne préside à la distribution des emplacements sur lesquels ont été élevés ces tertres tumulaires, comme on peut le voir d'après le plan que MM. Meynier et d'Eichthal ont levé de la position relative de ces sépultures. Dans ces tumuli, dont les fouilles ont été exécutées avec un très grand soin, on a trouvé les squelettes reposant sur la terre nue, la tête tournée du côté de l'est, les pieds vers l'ouest, couchés dans le décubitus dorsal, les membres supérieurs étendus le long du corps. Près de tous ces squelettes, sans exception, on a trouvé des restes de ruminants. Ces débris, dont la présence était constante, étaient situés tantôt à droite, tantôt à gauche du squelette humain, d'autres fois près de la tête et quelquefois sur le thorax.

» Les crânes ont un air de parenté qui, malgré une assez grande variation de types, peut les faire ranger dans la catégorie de ceux que Retzius a désignés sous le nom de *brachycéphales*. Ils présentent un caractère qui appartient à toutes les races mongoliques : la forme rectangulaire du pourtour de la cavité orbitaire.

» Toutefois les deux voyageurs sont portés à penser qu'il faudra distinguer plus tard plusieurs espèces de tumuli en Sibérie, et qu'il serait prématuré de considérer toutes ces sépultures comme appartenant exclusivement à une seule race. »

Le mémoire, qui est accompagné de pièces nombreuses, plusieurs crânes, os des membres du bassin, fragments d'armes et d'ustensiles, ornements, etc., est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer, de Quatrefages, d'Archiac.

MÉDECINE LÉGALE. — *Des phénomènes cadavériques au point de vue de la physiologie et de la médecine légale*, par M. *Larcher*. (Extrait par l'auteur.) — « Dans cette nouvelle étude, j'examine successivement et l'ordre dans lequel se produit la roideur du cadavre et les aspects variés que présente la putréfaction du globe de l'œil.

» Relativement à la roideur cadavérique, l'ordre dans lequel elle se produit est invariablement le même, quel que soit d'ailleurs le genre de mort, que celle-ci soit lente ou rapide, naturelle ou accidentelle. Les muscles qui meuvent la mâchoire inférieure se roidissent les premiers. Presque en même temps se roidissent les muscles des membres abdominaux, puis les muscles du col (moteurs de la tête sur le tronc). Enfin, et plus ou moins tard, les muscles des membres supérieurs (thoraciques). Les muscles qui se sont roidis les premiers (ceux de la mâchoire inférieure) demeurent les derniers dans cette situation. Les articulations de la mâchoire inférieure, du genou, se roidissent plus tôt et plus complétement que celle de l'épaule. Cette progression de la roideur cadavérique est une loi générale, commune à tous les animaux pourvus du système musculaire.

» Quant aux phénomènes cadavériques que présente à l'observateur l'aspect du globe de l'œil, j'examine tour à tour la glaireuse de Winslow, l'opacité de la cornée, la flétrissure de la conjonctive oculaire, l'affaissement et la dépression des yeux, et je signale enfin l'imbibition cadavérique du globe de l'œil dont je fais connaître avec détail les caractères particuliers. » (*Comm.*: MM. Andral, J. Cloquet, Bernard.)

— M. *Flourens* présente à l'Académie la *Biographie* de M. *Marshall-Hall*, ouvrage de la respectable veuve de ce physiologiste illustre.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret, en date du 12 mars courant, par lequel est approuvée l'élection de M. *Montagne* au titre d'associé libre.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Deux rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Planchon* (de Cuisery) et *Hutme* (de Tours). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements des Pyrénées-Orientales, de la Savoie, des Côtes-du-Nord, de l'Allier et de l'Orne. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de la Malou (Hérault), par M. le docteur *Privat*, et de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Picou*. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Nonat*, qui se présente comme candidat dans la section de pathologie interne. — *b*. Un mémoire sur les maladies endémiques de Guatémala, par M. le docteur *Mariano Padilla*. (M. Beau, *rapporteur*.) — *c*. Une lettre de M. *Bouchut*, répondant à la réclamation de priorité soulevée par M. Devergie à l'occasion de la docimasie pulmonaire. (*Commission déjà nommée.*) — *d*. Un mémoire intitulé : *Observations sur l'épidémie qui a régné à Beyrouth pendant le dernier trimestre de l'année* 1861, par le docteur *Giusti* (de Rome). (*Commission des épidémies.*)

M. *Larrey* offre en hommage une brochure de M. le docteur *Fuzier*, médecin de l'armée, sur la déformation des pieds chez les Chinoises.

Lectures.

THÉRAPEUTIQUE. — M. le docteur *Cabanellas* donne lecture d'une *Note sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine*. (Voy. un extrait de cette note aux *Travaux originaux*, p. 186.)

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Briquet* reprend la suite du discours qu'il a commencé dans la dernière séance.

Messieurs, je crois avoir démontré que la statistique de Guy's Hospital, à l'aide de laquelle on voulait établir la prééminence des hôpitaux anglais sur les nôtres, repose sur un quiproquo et n'est qu'une énorme mystification. Cette statistique est donc fausse ; elle est fausse, de l'aveu même de celui qui l'a introduite en France. Sous le couvert de la statistique de Guy's Hospital, on vous a présenté celle d'un des dispensaires de Londres. « Il y a, dit l'auteur, un service extérieur dépendant de l'hôpital et destiné aux femmes en couches. » Et c'est avec les relevés de ce service, voisin de Guy's Hospital, qu'on a dressé la statistique obstétricale de Guy's Hospital que vous connaissez. Il y a donc eu là substitution, surprise ; et il faut avoir une grande confiance en soi pour proposer un semblable document à l'Académie de médecine : une statistique comme celle-là pourrait bien s'appeler *statistique par restriction mentale*.

A ce propos, je crois n'avoir pas suffisamment insisté sur les caractères qui constituent les bonnes statistiques, caractères que je trouve au suprême degré dans les excellentes statistiques de M. Malgaigne. Quand on me présentera des statistiques renfermant les qualités de sincérité et d'authenticité qui commandent la conviction, je croirai aux statistiques, même à celles qui viendront d'Angleterre et qui m'annonceront des résultats aussi étonnants que ceux de la Maternité de Guy's Hospital.

Je reviens à cette statistique, qui fait le fond même et

Digitized by Google

comme l'assise du débat. J'ai déjà dit que le chiffre de la mortalité des femmes en couches avait quelque chose d'impossible, quelque chose d'inouï, d'incroyable, et j'ai même cherché à démontrer que ce chiffre si réduit était matériellement impossible. Il résulte, en effet, des aveux mêmes et des révélations du propagateur de cette statistique que les 12,000 femmes accouchées en sept ans à Guy's Hospital avaient fait leurs couches chez elles ou dans les dispensaires, en dehors de l'hôpital; que beaucoup d'entre elles avaient été admises à l'hôpital après leurs couches, mais qu'un plus grand nombre encore avaient passé leur période puerpérale hors de l'hôpital.

Pour mieux faire ressortir les avantages de la statistique anglaise, on a singulièrement grossi le chiffre de la mortalité des femmes accouchées à la Maternité de Paris, car on a dit que, dans les dix dernières années, la mortalité de nos hôpitaux spéciaux avait été de 8 pour 100, tandis qu'en réalité elle n'a été que de 6 pour 100. Je laisse à l'Académie le soin d'apprécier ce procédé.

J'arrive à la statistique de l'hôpital Saint-Pancrace : il y a eu 37 morts sur 11,900 accouchées; 16 sont mortes d'affections puerpérales; les autres ont succombé à des maladies intercurrentes ou du moins indépendantes de la fièvre puerpérale. Or, si on consulte à cet égard la statistique de la Maternité de Paris, on trouve que le 79e des femmes qui meurent succombent à des maladies étrangères à l'accouchement, tandis qu'à Londres, à l'hôpital Saint-Pancrace du moins, cette proportion ne serait que de 1 sur 600! Cela est-il vraisemblable? A quoi tiendrait cette immunité pour les femmes reçues à l'hôpital Saint-Pancrace? Cela est d'autant plus étonnant, d'autant plus pyramidal, que la statistique des autres établissements hospitaliers de Londres s'écarte très sensiblement à cet égard des résultats obtenus à l'hôpital Saint-Pancrace. Sur les 11,900 femmes mortes dans ce dernier établissement, il n'y en a qu'une morte de phthisie pulmonaire, une ou deux de fièvre typhoïde; et pas une de rougeole, de variole ou de scarlatine! Est-ce possible? Pourquoi donc ne trouve-t-on pas plus de malades emportées par ces différentes affections, à la suite des couches, dans les statistiques anglaises? Cela tient à ce qu'on ne sait guère ce que deviennent les femmes qui accouchent dans les bureaux de charité; car elles sont renvoyées promptement chez elles si elles sont bien portantes, et, si elles tombent malades, on les évacue dans les infirmeries, où on les perd de vue et où elles ne comptent plus pour la statistique obstétricale.

Je reviens à la mortalité des malades en général, et je constate que tout le monde accorde que la mortalité générale n'est pas plus élevée en France qu'en Angleterre. Et pourtant, en y regardant de près, la mortalité des hôpitaux de Paris doit être moins grande que celle des hôpitaux de Londres; car, dans les statistiques anglaises, on ne compte pas seulement les malades emportés dans les simples établissements hospitaliers, on y ajoute les individus morts dans les infirmeries, c'est-à-dire les vieillards, les infirmes, les cachectiques, les gens usés, qui vont expirer dans ces établissements charitables.

Les rideaux, qu'on veut proscrire en France, existent aussi partout, sauf en Angleterre : il y a des rideaux dans les hôpitaux de la Belgique et de l'Allemagne. Pourquoi les supprimerait-on à Paris?

On a fait l'éloge des cheminées qui existent dans les salles d'hôpital en Angleterre. Je ne vois rien de plus déplorable que ces cheminées : elles établissent un courant d'air qui peut être pernicieux aux malades, et elles chauffent irrégulièrement, imparfaitement la salle. Ajoutez que si les Anglais aiment tant les cheminées, c'est qu'elles leur servent à faire la cuisine, même dans les hôpitaux. En somme, je ne vois rien dans les hôpitaux de Londres qui soit préférable à l'installation des nôtres.

Et maintenant, est-ce à quelque vice d'aération qu'on doit attribuer la grande mortalité de nos hôpitaux, notamment en ce qui concerne les femmes en couches? Eh bien, à l'hôpital des Cliniques à Paris, 76 mètres cubes d'air sont attribués à chaque lit, tandis que les femmes anglaises n'en ont environ que de 70 à 15; à la Maternité de Paris, il est de 33; à la Pitié, il est de 29 mètres, et de 29m,50 à Saint-Louis; c'est un chiffre inférieur à celui indiqué par M. Michel Lévy, mais de beaucoup supérieur à celui que désirait Tenon. Chose surprenante! la mortalité, qui, d'après les prévisions générales, devrait être en rapport inverse de la proportion d'air accordée à chaque accouchée, suit une proportion inverse dans beaucoup d'hôpitaux, ou du moins elle varie beaucoup d'une année à l'autre, et même d'un mois au mois suivant dans le cours de la même année. On ne remarquerait pas ces oscillations si la mortalité dépendait du plus ou moins d'air accordé aux malades. L'influence de l'aération étant constante devrait donner des résultats constants, et c'est précisément ce qu'on n'observe pas. En consultant les statistiques obstétricales de différents hôpitaux, je suis donc conduit à conclure que l'encombrement n'exerce aucune action prédominante ni même bien évidente. Donc l'espace n'a pas une influence bien considérable sur la mortalité, et il est plus que douteux de l'attribuer à l'encombrement.

Quelle est donc la cause principale de la mortalité sur les femmes en couches dans nos hôpitaux? L'étude attentive des épidémies de fièvre puerpérale prouve que ces épidémies ne peuvent être attribuées à une influence générale. Il faut donc convenir que l'origine de la fièvre puerpérale est dans les miasmes qui se dégagent des femmes en couches. Le miasme puerpéral explique la propagation de la fièvre puerpérale dans les établissements où les femmes en couches sont réunies en grand nombre.

L'aération qui ne fait que disséminer les miasmes est donc un moyen préventif insuffisant. Je crois qu'il vaudrait mieux séparer les femmes, les isoler, ne plus les grouper dans de vastes salles, mais les soigner dans des pièces spéciales, dans des chambres ne renfermant qu'un seul lit.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 21 MARS 1862.

Discussion sur la fièvre pernicieuse.

Observation de cancer du tissu musculaire, par M. *Boys de Loury*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. LÉGER.

CONSTITUTION MÉDICALE. — ATAXIE LOCOMOTRICE. — HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE.

M. *Gallard* rend compte verbalement de quelques travaux insérés au *Bulletin* de la Société de médecine d'Agen.

— M. *Lailler* expose à la Société le résultat des renseignements obtenus par lui sur la constitution médicale qui a prédominé pendant le mois de février dans les hôpitaux de Paris. Ce sont les hôpitaux d'enfants qui ont fourni les faits les plus intéressants. On y a observé une épidémie bien évidente de rougeoles, souvent compliquées de bronchites simples ou capillaires, et de broncho-pneumonies. Ces derniers faits ont été surtout fournis par la population de Boulogne-sur-Seine, qui apportait son contingent à l'hôpital des Enfants malades. On a observé dans le même hôpital des stomatites ulcéro-membraneuses, des grippes et dix cas de croup qui ont nécessité la trachéotomie, et n'ont donné que deux guérisons.

L'hôpital Sainte-Eugénie a été moins éprouvé, et l'état sanitaire, selon les observations de M. Bergeron, y a été meilleur que les deux années précédentes à pareille époque. Les ser-

Digitized by Google

vices de nourrices de Necker et de l'Hôtel-Dieu ont présenté des érysipèles.

Dans les hôpitaux d'adultes, on a noté en général la décroissance de la fièvre typhoïde et de la variole. Les pleurésies, bronchites et pneumonies, ont augmenté. Le Val-de-Grâce a fourni un assez grand nombre d'ictères, et l'état bilieux s'est montré fréquemment, tant dans les services des hôpitaux qu'aux consultations externes. Les vomitifs, et surtout l'ipéca, ont eu de bons effets. M. Chauffard a résumé la constitution médicale du mois de février, en disant que l'état saburral et bilieux a été le fond général; que les ictères sont ensuite devenus communs, puis les diacrises abdominales, les flux intestinaux. Ces affections ont diminué de fréquence et ont fait place à des bronchites, des broncho-pneumonies. Les pneumonies franches ont été peu nombreuses, quelques-unes ont offert le type bilieux; on a vu enfin des affections rhumatoïdes et des rhumatismes articulaires subaigus. Les renseignements recueillis par M. Lailler confirment, sauf peut-être quelques traits un peu exagérés, le tableau tracé par M. Chauffard.

M. *Vidal* a vu prédominer au bureau central les affections catarrhales d'abord, puis les ictères et les varioles. Pour ces dernières, il eût été intéressant de préciser la marche de l'épidémie; en février, les varioleux venaient surtout des quartiers situés au nord et au nord-est de Paris, tandis qu'en septembre ils venaient surtout du sud et du sud-est. La maladie aurait donc marché du sud et de l'est vers le nord.

M. *Lailler* fait observer qu'une pareille recherche est très difficile en raison de la mobilité de la population répandue dans la capitale : c'est souvent dans des ateliers, dans des lieux publics très éloignés de leur domicile, que les malades ont été frappés par la contagion. Les renseignements fournis par les différents chefs de service sont quelquefois en désaccord : ainsi, d'après le rapport d'un des médecins de l'hôpital Beaujon, M. Lailler avait cru pouvoir annoncer que cet hôpital *n'avait pas reçu de varioles*; mais il a su depuis que cette maladie avait été observée dans un autre service du même hôpital.

— M. *Oulmont* lit ou plutôt analyse devant la Société l'observation d'ataxie locomotrice qu'il a recueillie dernièrement dans son service, et que M. Bourdon a mentionnée par avance dans son dernier mémoire. Ce fait nouveau se place à côté de celui de M. Bourdon et de celui de M. Duménil : ce sont trois observations accompagnées d'autopsies complètes, d'examens microscopiques dont les résultats sont bien concordants.

M. Oulmont insiste sur la possibilité de la guérison de cette affection, que l'on considère généralement comme fatale. Une amélioration très notable avait été obtenue et s'était maintenue pendant six mois chez son malade, lorsqu'il succomba en deux jours à des accidents de congestion cérébrale.

— M. *Colin* lit deux observations d'hémorrhagies de la moelle survenues chez des militaires. Le premier cas est le plus intéressant, parce qu'il s'agit d'une hémorrhagie spontanée survenue chez un sujet en pleine santé, sans autre cause appréciable qu'une fatigue excessive et un exercice violent.

Les symptômes principaux ont été une paralysie absolue du mouvement et du sentiment des membres inférieurs, la constipation, la rétention d'urine, une douleur fixe le long du rachis, limitée d'abord au niveau des omoplates, puis étendue progressivement à la région cervicale et rendant impossible à la fin tous les mouvements de rotation de la tête; enfin une constriction des côtes qui a été toujours en augmentant et a rendu la respiration de plus en plus difficile. La maladie a duré en tout à peu près quarante jours. L'autopsie a montré un noyau hémorrhagique sous l'arachnoïde, au niveau de la région dorsale supérieure et de la région cervicale, et une fonte consécutive de la substance grise dans toute l'étendue de la moelle.

L'auteur rapproche ce cas de celui qui a été figuré dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, le seul de ces faits, assez rares dans la science, où la lésion ait pris une étendue aussi considérable; mais il exprime quelques doutes au sujet de l'ancienneté de la maladie, que le savant professeur fait remonter à cinq ans. M. Colin, d'après ses observations propres et l'analyse des autres faits, croit qu'une pareille lésion ne peut permettre le retour à la santé et que l'existence du malade ne peut guère se prolonger au delà de quarante à cinquante jours.

Dans la seconde observation de M. Colin, il s'agit d'une hémorrhagie arrivée comme phénomène ultime à la suite d'une lésion ancienne du canal rachidien. Il signale surtout dans ce cas l'augmentation de température du côté paralysé, et rapproche ce fait des résultats physiologiques obtenus par les vivisections de MM. Schiff et Brown-Séquard.

M. *Lailler* fait observer que, d'après les travaux de M. Gubler, l'augmentation de température du côté paralysé est un fait presque constant dans les hémorrhagies cérébrales.

Dr E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Compte rendu de vingt cas de ténia observés sur les hommes du 16e bataillon de chasseurs revenant de Syrie, depuis le 12 juillet jusqu'au 15 septembre 1861, par M. Mauche, médecin-major de deuxième classe.

Du 12 juillet au 15 septembre 1861, M. Mauche a constaté, dans le 16e bataillon de chasseurs à pied, en garnison à Toulouse, et revenant de Syrie, vingt cas de *tænia solium*. Tous ces hommes n'ont été envoyés à l'hôpital que lorsqu'ils présentaient, à la visite, des fragments nouvellement rendus.

La plupart des malades ont expulsé une partie très effilée, sans tête ou avec tête, armée de trois crochets, caractère distinctif du *tænia solium*. Un seul malade en a rendu deux entiers. On n'a rencontré aucun botriocéphale. Les médecins traitants de l'hôpital ont remarqué que la médication par le kousso réussissait presque toujours en prenant les trois précautions suivantes. Il faut : 1° que les fragments du ver aient été nouvellement rendus avant de commencer la médication; 2° que le kousso ait été préparé le jour même où il doit être pris; 3° que le malade ait gardé une diète sévère de douze à vingt-quatre heures. Plus la diète a été scrupuleusement observée, plus les résultats ont été complets. Les semences fraîches de citrouilles décortiquées et pilées avec du sucre, (60 grammes) n'ont été employées que par manque de kousso et comme essai. C'est un remède populaire très répandu dans le département et les environs. Cette médication est plus longue à produire son effet, et les résultats ont été moins complets. Généralement le ténia n'est expulsé que vingt-cinq à trente heures après l'administration du remède. L'opiat anthelminthique, composé de 125 grammes de mellite simple et de 20 grammes de térébenthine, a aussi donné des résultats, mais moins certains que ceux qu'on a obtenus par le kousso.

« Il est certain, dit l'auteur, que de nouveaux cas se présenteront encore, et que ceux qui n'ont pas expulsé la tête le verront reparaître dans un temps plus ou moins long. Avant de quitter le 16e bataillon pour le 1er dragons, j'ai tenu à réunir ce qui s'était passé sous mes yeux et à rendre compte des faits observés. »

La Rédaction du journal auquel nous empruntons ces faits ajoute : « La note de M. Mauche est d'un haut intérêt au point de vue de l'étiologie et de la géographie médicale, car elle démontre en peu de mots l'endémicité du *tænia solium* en Syrie. Le conseil de santé invite MM. les médecins des corps qui

Digitized by Google

ont séjourné en Syrie à lui adresser le plus promptement possible tous les documents qu'ils ont pu recueillir sur le même sujet. Il serait désirable que l'on signalât, pour chaque cas de ténia, la durée du séjour en Syrie et le temps écoulé entre le départ de ce pays et la première manifestation de l'entozoaire. » (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. VII (3e série), 1er fascicule.)

Procédés pour franchir les rétrécissements traumatiques, par le docteur Aug. Mercier.

Deux rétrécissements traumatiques sont tombés récemment sous l'observation de M. Mercier.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un marchand de chevaux, lequel, consécutivement à un choc sur le périnée, fut pris de rétention d'urine. Le rétrécissement produit resta infranchissable et la miction continua de se faire goutte à goutte. C'est alors que le malade s'adressa à M. Mercier.

Les bougies de tout calibre et de toute forme ayant été vainement essayées, M. Mercier eut recours au procédé suivant : Il se munit d'une tige métallique cylindrique, ayant un peu moins de 2 millimètres de diamètre, qu'il introduisit dans l'urèthre jusqu'au rétrécissement. Puis, maintenant entre le médius et l'annulaire la verge relevée de façon à placer sa portion spongieuse dans la direction exacte qu'elle occupe pendant l'érection (c'est-à-dire interceptant entre son axe et l'axe du corps un angle aigu), il fut, avec la tige métallique introduite dans le tube, à la recherche de l'orifice rétréci. Cette bougie inflexible consiste en une tige engainée dans un tube aussi large que le canal le peut admettre. On finit ainsi par reconnaître un point dans lequel elle s'accroche et se trouve en quelque sorte étreinte sans douleur bien vive. C'est là qu'est l'orifice ; une fausse route n'étreindrait pas ainsi la bougie et serait bien plus douloureuse. C'est là, par conséquent, et dans cette direction, qu'il faut insister par une pression douce et continue. Avec de la patience, c'est-à-dire en prolongeant la séance, ou en répétant les séances autant qu'il est nécessaire, on franchit sûrement, dit l'auteur, le rétrécissement qui d'ailleurs a rarement plus d'un centimètre de longueur. Dans le double but de dilater la portion du rétrécissement déjà parcourue, et d'être averti à temps du moment où il serait franchi dans la totalité, M. Mercier remplace de temps en temps l'extrémité purement cylindrique de la tige par l'autre extrémité qui porte un petit renflement olivaire.

Chez le sujet en question, le cathétérisme ayant été commencé le 21 mai, ce n'est que le 4 juin qu'une sonde des plus fines put être conduite jusque dans la vessie ; et presque chaque jour il y avait eu une séance. Quelques-unes se sont prologées au delà d'une heure. Le 19 juin, le rétrécissement admettait une bougie de 7 millimètres de diamètre ; le 29, le malade partit. Depuis lors, il n'a plus donné de ses nouvelles.

Le second exemple est relatif à un carrier, domicilié à Fontenay-aux-Roses, qui, en manœuvrant un bloc, avait été violemment atteint au périnée par une barre de fer. Le rétrécissement était des plus étroits. On n'avait pu trouver son orifice, et il existait sur un des côtés une petite fausse route. Après avoir une fois de plus constaté l'insuffisance des bougies, on eut recours au procédé qui avait si bien réussi chez le premier malade.

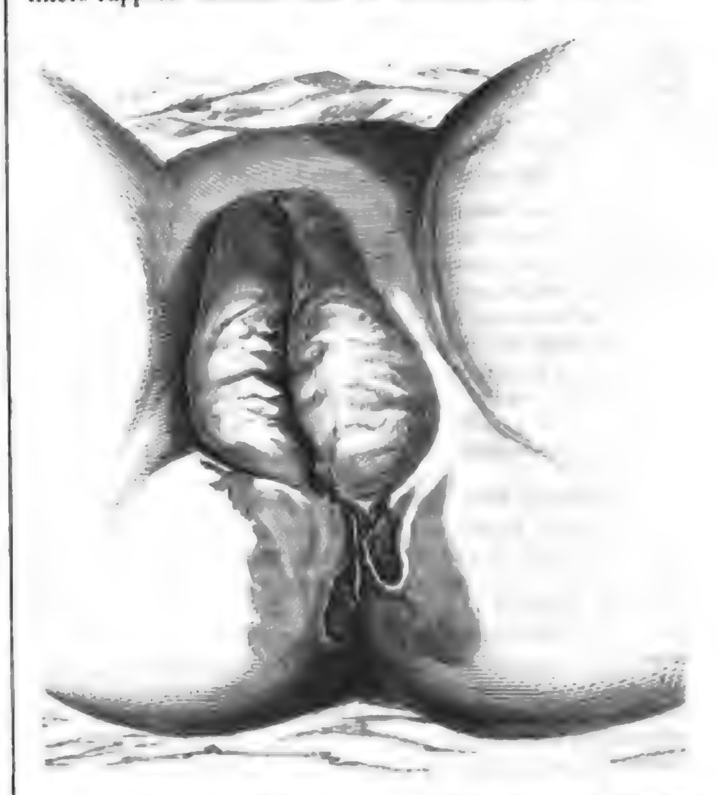
Dès la première séance, qui dura une heure entière, M. Mercier put franchir le rétrécissement. Cette fois encore, il essaya de le dilater à l'aide de bougies, mais elles furent complétement impuissantes, et il fallut y renoncer après plusieurs séances. Un uréthrotome terminé par une tige droite et un autre terminé par une tige un peu courbe n'ayant pas mieux réussi, M. Mercier se décida à franchir le rétrécissement avec le bout olivaire de sa longue tige métallique, et à glisser sur celle-ci un tube de même diamètre, qu'il poussa de vive force à travers l'obstacle. Une bougie de 9 millimètres de diamètre put passer immédiatement. Il n'y eut pas le moindre accident, et il a suffi de passer la même bougie de temps en temps pour assurer la guérison. (*Compte rendu de la Société médico-pratique* et *L'Union médicale*, 1862, n° 32.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Éléphantiasis des grandes lèvres, accompagné d'induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la région interne des fesses ; d'ulcérations profondes de cette région et d'hypertrophie des plis radiés de l'anus ; par M. le docteur A. Boulongne. Paris, V. Rozier, 1861.

Une mulâtresse, âgée de quatorze ans, entre au dispensaire français de Beyrouth (Syrie), le 11 mai 1861. Il y a deux ans à peu près que la maladie pour laquelle elle réclame des soins a débuté, un an ou dix-huit mois environ après les premiers rapports sexuels. Dans les antécédents, on ne trouve



aucun indice de scrofule cutanée ou ganglionnaire ; il ne paraît pas y avoir eu non plus d'accidents syphilitiques bien caractérisés ; enfin, il n'y a rien qui mérite d'être signalé en ce qui concerne l'hérédité. La santé générale de la malade n'offre aucune altération ; l'affection est, en apparence, toute locale.

Les deux grandes lèvres présentent un relief tout à fait anormal, et constituent deux tumeurs volumineuses. La grande lèvre gauche, mesurée de son extrémité pubienne à son extrémité anale, a 14 à 15 centimètres de longueur ; elle a une largeur de 7 centimètres dans le point le plus épais ; son extrémité anale se termine au niveau d'une profonde ulcération de la peau de la région fessière interne. Dans l'endroit où cette tumeur est le plus saillante, le relief qu'elle forme a environ 7 à 8 centimètres. La surface est hérissée de petits mamelons tuberculeux, peu saillants ; il y a en outre des dépressions et des éminences plus larges. La couleur de la peau est brune et plus foncée que celle des téguments des autres parties. Cette tumeur est moins épaisse à sa base que dans le reste de son étendue, de telle sorte qu'elle jouit d'une certaine mobilité ; en la saisissant entre les doigts, on recon-

Digitized by Google

nait que le tissu qui la constitue est élastique. La grande lèvre du côté droit est un peu moins volumineuse que celle du côté gauche ; elle n'a que 12 à 13 centimètres de longueur, et sa saillie, dans le point le plus épais, n'a que 5 centimètres au plus. Du reste, les caractères extérieurs sont les mêmes que ceux de l'autre tumeur, à l'exception toutefois de la sensation qu'on éprouve en palpant cette grande lèvre ; car, au lieu de la dureté élastique que l'on percevait en pressant la lèvre gauche, on ressent ici la même impression qu'en palpant un kyste incomplétement rempli de liquide. Les deux tumeurs sont accolées par leur surface interne ; en les écartant on aperçoit les petites lèvres, l'orifice vaginal, la fourchette ; toutes ces parties sont saines. Le capuchon du clitoris est tuméfié, mais sans induration notable. Les plis radiés de l'anus sont hypertrophiés ; mais il n'y a aucune ulcération ni sur ces plis, ni sur la membrane muqueuse du rectum, examinée à l'aide du spéculum. Il y a une induration profonde de la région interne des deux fesses (indiquée par la surface ombrée de la figure 1). La peau est là plus brune que sur les parties environnantes. Sus ces tissus indurés existent deux ulcérations : l'une,

sur la fesse gauche, a un diamètre d'environ 2 centimètres et demi ; l'autre, sur la fesse droite, plus irrégulière, allongée, a 5 centimètres de longueur et 1 centimètre et demi de largeur. Les bords non décollés sont taillés à pic ; le fond est blanchâtre. Ces ulcérations ont environ 5 millimètres de profondeur ; elles fournissent une sérosité sanieuse et peu abondante.

M. Boulongne, considérant cette affection comme un éléphantiasis des grandes lèvres, prit le parti de faire l'ablation de ces organes hypertrophiés, après avoir, pendant quelques jours, appliqué sur les ulcérations des plumasseaux de charpie trempés dans un mélange, à parties égales, d'eau et de liqueur de Labarraque, et saupoudrés de poudre de calomel. Au bout de cinq jours, la cicatrisation était déjà très avancée, et, bien qu'elle ne fût pas complète, comme le temps pressait (le dispensaire devant être fermé le 5 juin), M. Boulongne fit l'opération. Deux incisions courbes cernèrent les tumeurs, qui furent enlevées avec la plus grande facilité. Il y eut pendant l'opération un écoulement assez considérable de sang mêlé à un peu de sérosité infiltrée dans le tissu cellulo-adipeux de la région ; on fut obligé de faire quatre ligatures artérielles dans la plaie de la grande lèvre gauche, et deux seulement dans celle de droite. On fit une suture entrecoupée. Il y eut un peu de suppuration, et cependant, quatorze jours après l'opération, la cicatrisation était complète.

Les grandes lèvres offraient une cicatrice presque linéaire ; le capuchon du clitoris était encore engorgé. Quant aux ulcérations, c'est à peine si l'on distinguait la place qu'elles avaient occupée.

L'examen des tumeurs ne put être fait qu'à l'œil nu. La tumeur de la lèvre gauche était compacte dans les trois quarts environ de son épaisseur ; sa partie profonde était formée par le tissu cellulo-adipeux normal de la région. Le tissu cellulo-adipeux formait une plus grande partie de l'épaisseur de la tumeur de la lèvre droite, et c'est à cette disposition qu'était due la sensation de fausse fluctuation, d'excavation kystique, qu'avait fournie la palpation. Quant à la partie compacte de l'une et de l'autre tumeur, elle avait une grande densité et une coloration d'un blanc grisâtre qui passait au brunâtre à mesure qu'on se rapprochait de la surface extérieure.

M. Boulongne, avant de se décider à faire l'opération, avait cherché à bien établir la nature de cette affection, en comparant les caractères qu'elle offrait avec ceux des diverses lésions dont les grandes lèvres peuvent être atteintes. Il avait été ainsi conduit à éliminer l'hypothèse d'une affection syphilitique, primitive ou secondaire ; il ne lui avait pas non plus semblé possible d'admettre là un de ces cas d'esthiomène de la région vulvo-anale, que M. Huguier a décrits dans un travail spécial. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XV.)

Le fait que rapporte M. Boulongne dans le travail dont nous venons de donner une courte analyse, offre de l'intérêt surtout à cause du succès remarquable de l'opération, bien qu'elle fût faite sur des tissus indurés et légèrement affectés eux-mêmes d'hypertrophie. Dans des cas de ce genre, il est donc convenable de ne pas insister longtemps sur les médications internes, et d'en venir promptement à l'ablation des parties affectées, surtout lorsque, comme chez la malade dont il s'agit, la santé générale n'a pas été atteinte. Quant au diagnostic porté par M. Boulongne, il nous semble très fondé. L'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux sous-dermique, et du derme lui-même, la condensation de ces parties, nous semblent bien appartenir à l'éléphantiasis des Arabes. Il est probable que l'examen microscopique de la sérosité qui infiltrait le tissu cellulaire de ces tumeurs aurait montré une quantité plus ou moins considérable de noyaux et de cellules, ainsi que cela a été vu dans des cas d'éléphantiasis d'autres régions du corps. (Voy. *Gaz. hebdom.*, 1859, p. 222.)

VI

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Auguste Voisin vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. le docteur Dumont, dont les fonctions viennent d'expirer.

— Dans sa séance du 28 février dernier, la Société botanique de France a décidé qu'elle tiendrait cette année sa session extraordinaire à Narbonne et à Béziers ; la session s'ouvrira le 2 juin. On doit, nous assure-t-on, explorer les environs d'Adge, de Béziers, de Narbonne, l'île Sainte-Lucie, la montagne de Carou et la vallée de Lamalou.

— Par décrets en date du 12 mars 1862, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : au grade d'officier, MM. Ovide Lallemand, Hamel, Folie-Desjardins, Creutzer, médecins-majors de 2e classe ; Monsel, pharmacien-major de 2e classe ; Hutinet, infirmier-major sergent ; Imbert et Huré, vétérinaires en 1er. La médaille militaire a été accordée, par décret du même jour, à douze infirmiers militaires.

— Par suite de la non-acceptation de M. Malgaine aux fonctions de

Digitized by Google

juge du concours, M. Morel-Lavallée passe juge titulaire, et M. Maisonneuve est nommé juge suppléant.

Les candidats sont : MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Blondel, Bonfils, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Canuel, Cavasse, De Beauvais, Desnos, Dumont-Pallier, Epron, Fournier (Alfred), Fremineau, Genouville, Gory, Gombault, Guyot, Isambert, Jaccoud, Labat-Duroucheaux, Labbé, Luys, Magnac, Maingault, Marey, Molland, Moynier, Parrot, Peter, Second Fereol, Simon (Jules), Siredey, Tomarelle Mauriac, Tillot, Topinard, Wieland, Worms, Zambaco.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duchemin, interne à Lariboisière.

— Par décret du 16 mars, ont été nommés : médecin principal de 1^{re} classe, M. le médecin principal de 2^e classe Bonneau ; — médecins principaux de 2^e classe, MM. les médecins-majors de 1^{re} classe Gueury et Legouest ; — médecins-majors de 1^{re} classe, MM. les médecins-majors de 2^e classe Dieuzaide, Durand, Cintrat, Ovide Lallemand, Bossard, Daga, Bories, Vedrènes, Vauthier, Douchez et Coindet ; — médecins-majors de 2^e classe, MM. les médecins aide-majors de 1^{re} classe de Aldovrandi, Reboud, Jacquemart, Castex, Dandreau, Rogues, Constantin, Servier, Bercegol, Ferran, Villemin, Normaud-Duflé, Baudouin, Dauvé et Hamel ; — pharmaciens-majors de 1^{re} classe, MM. les pharmaciens de 2^e classe Lomel et Dupuis ; — pharmaciens-majors de 2^e classe, MM. les pharmaciens aide-majors de 1^{re} classe Fontaine et Cauvet.

— Par décret du 16 mars, M. Romain, chirurgien de 1^{re} classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés du 14 mars, M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2^e semestre de la présente année scolaire, par M. Empis, agrégé près ladite Faculté.

M. Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le 2^e semestre de la présente année scolaire, des cours d'accouchements à ladite Faculté, en remplacement de M. Moreau, décédé.

Un congé d'inactivité, du 1^{er} avril prochain jusqu'à la fin de la présente année classique, est accordé à M. Sédillot, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. le docteur Boeckel, agrégé, est chargé de la suppléance de cette chaire pendant la durée du congé accordé à M. Sédillot.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Journaux.

Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten Medicin. — 1860. — Tome I. Sciences physiologiques. — Tome II. Pathologie générale. — Tome VI. Médecine vétérinaire. — Tome VII. Médecine légale.

Journal fuer Kinderkrankheiten. — Livraisons 11 et 12. Sur l'irritation des parties génitales et l'onanisme des très jeunes enfants, par *Behrend*. — 1861. — Livraisons 1 et 2. Nature et traitement de la diphthérie, par *Ranking*. — Livraisons 3 et 4. Sur la diphthérie, par *Jacobi*. — Sur le rachitisme, par *Jenner*. — Livraisons 5 et 6. Sur le traitement ancien du croup, par *Clemens*. — Nécrose phosphorée chez un enfant âgé de six semaines, par *Grandidier*. — Sur la paralysie essentielle des petits enfants, par *Brünniche*. — Livraisons 7 et 8. Leçons sur les affections cérébrales des enfants, par *West*. — Diagnostic d'une affection organique du cerveau, par *Brünniche*. — Sur l'hygroma congénital du cou, par *Storch*. — Sur la tuberculisation chez les enfants, par *Jenner*.

Monatsschrift fuer Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — 3^e livraison. Rétrécissement congénital du gros intestin, par *Lücke*. — Sur la salpingite comme cause de péritonite puerpérale, par *Martin*. — Application d'un dynamomètre au forceps, par *Kristeller*. — Cancer utéro-rectal, par *Mayer*. — Sur une épidémie d'érysipèle phlegmoneux puerpéral, par *Retzius*. — Perforation et céphalotripsie, par *Spöndli*. — 4^e livraison. Développement du cancroïde des organes génitaux de la femme, par *Mayer*. — Genèse de la spondylolisthesis, par *Olshausen*. — Transfusion faite avec succès, par *Martin*. — Sur la délivrance, par *Credé*. — 5^e livraison. Cas de cancer isolé du vagin, par *Martin*. — Sur l'invagination intestinale, par *Riedel*. — Céphalématome suivi de mort, par *le même*. — Sur la fièvre puerpérale, par *Siebold*. — Vice de conformation de la vessie, etc., par *Léopold*. — Étranglement du fœtus par le cordon ombilical, par *Bartscher*. — 6^e livraison. Considérations sur la fièvre puerpérale, par *Von Siebold*. — Cas d'hématocèle péri-utérine, par *Hegar*. — Tome XVIII. — 2^e livraison. Imperforation congénitale, par *Olshausen*. — Cancer du ligament de Douglas, par *Recklinghausen*. — Épilepsie liée à une affection utérine ; guérison, par *Mayer*. — 3^e livraison. Remarques sur les grossesses extra-utérines, par *Walter*. — Embryotomie ; insuccès, par *Vogler*. — Sur le traitement de la fièvre puerpérale, par *Kehrer*. — Môle hydatique ; coexistence d'un œuf bien développé, par *Hildebrandt*. — Éclampsie puerpérale chez une femme atteinte de fongus de la dure-mère, par *Kehrer*. — Sur l'appareil de succion des nouveau-nés, par *Siebold*. — Sur quelques recherches relatives au sexe des nouveau-nés, par *Ploss*.

Livres.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1861. 2^e série, t. II. In-8 de 740 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

De l'adénite syphilitique : du diagnostic et du traitement, par le docteur *Jollicière*. In-18, avec une planche coloriée. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

De la thrombose et de l'embolie cérébrales, considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau, par le docteur *Lancereaux*. Mémoire de 136 pages et tableaux. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Traité pratique des dermatoses, ou maladies de la peau classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un Formulaire spécial, par le docteur *L.-V. Duchesne-Duparc*. 2^e édition, augmentée. In-12 de 536 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1862, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1861, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de deux conférences faites aux ouvriers sur l'usage et l'abus des liqueurs fortes et des boissons fermentées, par le professeur *A. Bouchardat*. 22^e année. In-32. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Prix de la collection complète, 25 vol. in-32. 31 fr.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1862, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1861, par les docteurs *A. Jamain* et *A. Wahu*. 17^e année. In-32. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Prix de la collection complète, 17 vol. in-32. 21 fr.

Thèses.

Thèses subies du 15 janvier au 5 février 1862.

11. Mercier, T.-S.-D., né à Griselles (Côte-d'Or). [*Considérations générales sur quelques complications de la scarlatine.*]

12. Robert, H.-M.-Victor, né à Crury-le-Châtel (Yonne). [*De la paraplégie consécutive à la fièvre typhoïde.*]

13. De Courval, Arthur-Collas, né à Verdun (Meuse). [*Notes médicales recueillies devant une station dans les parages de Madagascar.*]

14. Durante, Ph., né à Genève. [*De quelques altérations de l'urine dans les maladies aiguës, et de leur valeur séméiologique.*]

15. Guyot, P.-Jules, né à Somsois (Marne). [*De la diarrhée des enfants.*]

16. Sauvage, Frédéric, né à Montmoreau (Charente). [*De la nature et du traitement de la fièvre typhoïde.*]

17. Baillé, Albert, né à Lons-le-Saulnier (Jura). [*De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé de M. le professeur Gerdy.*]

18. Le Fur, Frédéric-M., né à Guémené-sur-Scorff (Morbihan). [*De la rétention d'urine pendant la grossesse et après l'accouchement.*]

19. Girard, E.-Jérémie, né à Saint-Maure (Indre-et-Loire). [*Essai sur le rhumatisme cérébral.*]

20. Tillaux, Paul-Jules, né à Aunay-sur-Odon (Calvados). [*Des conduits excréteurs des glandes sublinguale et lacrymale. — Du rôle des sinus de la face.*]

21. Demay de Goustine, Théodore-Luc, né à Marie-Galante. [*De la diphthérite considérée comme accident secondaire de la syphilis.*]

22. Pierreson, Henri, né à Paris. [*De la variole hémorrhagique.*]

23. Liautaud, M.-Just., né à Cassis (Bouches-du-Rhône). [*De l'anesthésie dans les accouchements.*]

24. Mazaré, Pierre-Félix, né à Montaigut-de-Quercy (Tarn-et-Garonne). [*De la fièvre typhoïde et de l'alimentation dans le traitement de cette maladie.*]

25. Delhomme, Lucain, né à Coulommiers (Seine-et-Marne). [*Du chancre phagédénique et de son traitement.*]

26. Matthieu, Paul-Anatole, né à Saint-Rémy-en-Bouzemont (Marne). [*Considérations sur l'ictère hémorrhagique essentiel. Observation d'un cas compliqué de gangrène pulmonaire.*]

27. Clavé, Théophile, né à Poulhac (Gers). [*De l'hydropisie ovarienne au point de vue du diagnostic et du traitement.*]

28. Tartarin, Émile-C.-F., né à Strasbourg (Bas-Rhin). [*Essai sur les maladies paludéennes.*]

29. Chatard, E., né à Galgon (Gironde). [*De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux.*]

30. Muguet, Félix, né à la Chapelle-de-Mardore (Rhône). [*De la dysenterie à Thizy (Rhône) pendant les mois d'août, septembre et octobre 1861. Nouveaux faits à l'appui de la médication purgative.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. | PARIS, 28 MARS 1862. | N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Fucus vesiculosus contre l'obésité. — Sophistication de quelques plantes. — Penghawar-djambi comme hémostatique. — Empoisonnement par des grains de raisin attaqués par l'oidium. — Académie de médecine : Hygiène des hôpitaux. Lettre de M. Steele. — II. **Travaux originaux**. Discours sur l'hygiène hospitalière. — III. **Correspondance**. A propos de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. Société obstétricale de Londres. — V. **Bibliographie**. Études médico-psychologiques sur la folie.

I

Paris, 27 mars 1862.

Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : FUCUS VESICULOSUS CONTRE L'OBÉSITÉ. — SOPHISTICATION DE QUELQUES PLANTES. — PENGHAWAR-DJAMBI COMME HÉMOSTATIQUE. — EMPOISONNEMENT PAR DES GRAINS DE RAISIN ATTAQUÉS PAR L'OÏDIUM. — *Académie de médecine* : HYGIÈNE DES HÔPITAUX. — LETTRE DE M. STEELE.

— Parmi les plantes marines abondantes sur nos côtes, il en est une qui se fait remarquer par les renflements de ses ramifications, et l'odeur désagréable qu'elle répand en se desséchant ; c'est le *Fucus vesiculosus*, auquel on a voulu attribuer diverses propriétés que l'expérience n'est pas encore venue confirmer. Jusqu'à ce jour le meilleur médicament qu'on en avait tiré était l'*Ethiops végétal*, c'est-à-dire le charbon que produit sa combustion, et que l'on employait dans les affections scrofuleuses et contre le goître ; comme cette action était due à l'iode qu'il renferme, on l'a abandonné aujourd'hui pour se servir directement des préparations iodées. Dans ces dernières années, on avait annoncé que le *Fucus vesiculosus* avait une action très efficace dans les affections psoriasiques ; mais les expériences de M. Duchesne-Duparc ne lui ont pas permis de croire à l'efficacité de ce médicament contre ces maladies; il pensa alors à mettre à profit certains phénomènes qu'il avait observés chez les malades soumis à la médication par le *Fucus vesiculosus* : amaigrissement plus ou moins prononcé, plus ou moins rapide, mais constant, toujours exempt de malaise, sans trouble des fonctions digestives, et seulement accompagné d'urines plus abondantes, et à la surface desquelles se forme une couche noirâtre. M. Duchesne-Duparc a pu constater chez un assez grand nombre de sujets les heureux résultats de l'emploi du *Fucus vesiculosus* contre la pléthore graisseuse, et lui a reconnu l'avantage d'agir sans aucun inconvénient concomitant, et sans obliger à aucun changement dans les habitudes ordinaires. Bien que les diverses espèces de *Fucus* semblent, au premier abord, posséder la plus grande similitude dans leur action, à raison même de la presque identité de leur structure et de leurs caractères, il résulte cependant des observations de M. Duchesne-Duparc que les autres espèces sont ou très peu actives ou complétement inactives, et que c'est le *Fucus vesiculosus* seul qui doit être administré.

Les diverses formes sous lesquelles le *Fucus* peut être ingéré par les malades sont : 1° une décoction prise entre et pendant les repas; mais sa saveur piquante et marécageuse est rebutante pour le plus grand nombre des malades; 2° un extrait hydro-alcoolique qui donne des résultats plus rapides et plus réguliers que la poudre, et dont on peut donner graduellement 3 à 4 grammes par jour sans le moindre inconvénient. L'action du médicament n'est bien manifeste qu'après deux ou trois septénaires, et se caractérise alors par une plus grande abondance des urines, qui se couvrent d'une pellicule noire caractéristique; l'appétit est plus vif, et l'amaigrissement s'opère plus ou moins promptement, mais ne manque jamais. (*Gazette des hôpitaux*, 13 et 15 février 1862.)

— Les sophistications auxquelles sont soumises les diverses substances médicamenteuses semble augmenter de nombre journellement, et nous trouvons fréquemment dans les divers journaux scientifiques l'indication de quelque nouvelle substitution. Si, dans quelques cas, l'ignorance a la plus grande part dans ces faits, le plus souvent c'est dans une intention frauduleuse que le vendeur agit; mais, dans l'un comme dans l'autre cas, il peut arriver et il arrive fréquemment que la santé publique en est gravement compromise. Comme exemple de sophistication par erreur, nous pourrons citer le fait de ce pharmacien espagnol qui pendant plus de trente ans n'a jamais donné à ses clients, au lieu de digitale, que le *Campanula rapunculoides*, ou la substitution opérée l'an dernier par un herboriste de Bagnères-de-Luchon du *Senecio Doronicum* à l'*Arnica montana*, qu'il devait fournir aux pharmaciens de Toulouse. M. Timbal-Lagrave, qui a appelé l'attention sur ce fait, fait observer que la différence des

Digitized by Google

feuilles radicales, tomenteuses dans le *Senecio*, glabres dans l'*Arnica*, ne permet pas de confondre facilement ces deux plantes, et qu'il suffit d'être prévenu pour ne pas s'y laisser prendre. Il est quelquefois beaucoup plus difficile de distinguer les adultérations opérées : c'est ainsi que les semences de moutarde noire (*Sinapis nigra*) sont souvent mêlées avec celles de l'œillette (*Papaver somniferum*) ou du colza (*Brassica oleracea*), ou plus rarement du navet (*Brassica Napus*). Ces mélanges sont d'autant plus difficiles à distinguer de prime abord que les graines des diverses Crucifères se ressemblent davantage, et que celles d'une même espèce (même provenant d'un même individu) offrent des variations très grandes de coloration. Le meilleur procédé serait certainement l'anatomie de la graine, mais il est inapplicable pour toutes les personnes étrangères à la botanique. Celui que M. Timbal-Lagrave recommande comme beaucoup plus facile consiste à faire germer les grains suspects dans un vase avec de bon terreau, et d'examiner les feuilles primaires qui sortent de terre. Au bout de cinq à six jours, si la terre a été convenablement humectée, on voit poindre des feuilles arrondies, échancrées au sommet, vert sombre pour la moutarde, lancéolées, entières, blanc jaunâtre pour le pavot; pour les semences de chou, de navet et de colza, on voit que les feuilles primordiales, qui ont la même forme que celles de moutarde, sont beaucoup plus grandes et jaunâtres. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, octobre 1861.)

— Quand on ouvre certains vieux traités d'histoire naturelle, on trouve l'histoire surnaturelle d'une plante remarquable entre toutes, car elle participe en même temps des caractères de l'animal et du végétal; aussi ne serons-nous pas étonnés de la voir chantée par le poëte Du Bartas, qui fait extasier Adam et Ève à son aspect :

O merveilleux effect de la dextre divine !
La plante a chair et sang, l'animal a racine ;
La plante comme en rond de soy-mesmes se meust,
L'animal a des pieds, et si marcher ne peust, etc.

Aujourd'hui cette plante est bien déchue de ses splendeurs passées; de plante merveilleuse, à nulle autre pareille, elle est tombée dans le domaine de la matière médicale, elle est devenue un simple hémostatique. Déjà, il y a quelques années, MM. Van Bemmelen, Handbury, Archer, etc., avaient appelé l'attention des médecins sur le *Penghawar-Djambi*, *Cibotium Barometz* (Fougères), dont les écailles paléales, qui garnissent le stipe, sont douées, dit-on, de la faculté remarquable d'arrêter les hémorrhagies. Ce sont des filaments jaune brunâtre, très légers et très flexibles, qui, au contact de l'humidité, s'imbibent très rapidement, ce qui semble être une des causes de leur action efficace contre les hémorrhagies; en même temps qu'il y aurait une action spéciale due à un acide tannique particulier indiqué dans l'analyse de Franchie. D'après un article publié en décembre dernier dans le *New-York medical Times*, les grands avantages qu'offrirait le *Penghawar-Djambi* seraient la promptitude de son effet, la possibilité de produire le coagulum là où d'autres agents échouent, comme dans les ulcères carcinomateux et scorbutiques, et enfin de ne pas retarder les progrès de la guérison. On triture les paléoles, on en applique quelques grains (poids) sur la blessure, et on couvre avec une compresse. Presque immédiatement le sang qui suinte des petits vaisseaux est coagulé, et on dit le moyen infaillible dans les cas où l'ouverture des artères n'excède pas 2 à 3 millimètres. (*Gazette médicale*, 15 mars 1862.)

— Les grains de raisin attaqués par l'*Oïdium Tuckeri* n'avaient jusqu'à présent jamais occasionné d'accidents chez les personnes qui en avaient mangé. Cependant une observation de M. Petiteau (des Sables-d'Olonne) est venue démontrer que cette ingestion n'est pas toujours inoffensive, et, pour notre part, nous serions disposé à attribuer aux spores du champignon les phénomènes observés chez la malade, d'autant plus que, dans un grand nombre de cas, les corps reproducteurs des êtres organisés déterminent des troubles assez graves de l'économie. Une nourrice de vingt-deux ans ayant mangé des raisins attaqués de l'*Oïdium*, et dont elle ne laissa que les grains les plus malades, fut prise trois heures après d'un malaise général qui ne diminuait un peu que par des inspirations profondes au grand air. Deux heures plus tard, gastralgie intense, puis vertiges, perte de mémoire et délire, grande prostration et tendance à chanceler; il n'y avait ni fièvre, ni nausées, ni déjections alvines. Après avoir pris un lavement laxatif, et, de demi-heure en demi-heure, des cuillerées d'une potion avec 16 gouttes de liqueur anodine d'Hoffmann et 30 grammes de sirop de pavot, la malade eut une selle abondante en même temps qu'un vomissement bilieux. Le retour de la mémoire et de la connaissance s'ensuivit. On continua l'usage de la potion et les applications de cataplasmes laudanisés, sous l'influence desquels la malade se trouva mieux; elle resta cependant faible pendant plusieurs jours. Il est à remarquer que le lendemain de l'accident le nourrisson fut pris de diarrhée intense et opiniâtre. On eût probablement guéri plus vite la malade par l'usage de l'éther et des opiacés à dose un peu forte? (*Écho médical suisse*; *Répertoire de pharmacie*, 1861.)

Léon Soubeiran.

Un document nouveau, et des plus intéressants, a été apporté à la discussion pendante sur l'hygiène des hôpitaux, par M. le docteur Ulysse Trélat. C'est une note *sur les résultats statistiques des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris*, qui vient, pour ainsi dire, continuer la célèbre statistique de M. Malgaigne, et qui, en désaccord avec cette dernière sur certains points, accuse néanmoins comme elle une mortalité considérable chez les amputés.

— Avec le remarquable discours de M. Michel Lévy, la question de l'hygiène hospitalière a achevé de se montrer sous tous ses aspects principaux. Elle avait d'abord porté sur la chirurgie, la médecine et l'obstétrique civiles, puis sur la médecine vétérinaire, enfin sur la chirurgie des armées. La médecine militaire vient d'avoir son tour, et le discours de M. Lévy est le complément de celui de M. Larrey. Sa grande importance nous engage à le publier en entier. A. D.

Sous la protection du pronom impersonnel *On*, qui devrait être banni de toute discussion, M. Briquet a cru pouvoir attaquer, non-seulement la valeur des statistiques de Guy's Hospital, mais encore la bonne foi de ceux qui les ont recueillies et publiées, attaquant ainsi un des médecins les plus justement honorés d'Angleterre, M. le docteur Steele, auteur de remarquables travaux sur l'hygiène hospitalière, et directeur de l'hôpital de Guy, qui est aussi, comme on le sait, une école de médecine. M. Steele n'a pas cru, et il a eu raison, que ces attaques inconsidérées pussent l'atteindre ; mais il nous pardonnera de publier, à titre de renseignements, un passage d'une lettre qu'il a bien voulu nous adresser il y a quelques jours; car

Digitized by Google

nous sommes certain qu'elle sera lue avec un grand intérêt par tous ceux qui s'intéressent à la discussion actuelle.

L. L. F.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR STEELE, DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE GUY A LONDRES.

.... L'analyse numérique des maladies traitées à l'hôpital de Guy, est faite chaque année par moi-même, et publiée à part sous la sanction de l'administration. Ces tableaux sont dressés d'après les registres officiels de l'hôpital, lesquels sont placés sous ma surveillance et sont toujours à la libre disposition des médecins et de tous ceux qui désirent les consulter. Ces registres sont des documents judiciaires et sont de temps en temps produits devant les tribunaux pour témoigner de la mort ou des causes de la mort des malades décédés dans les années précédentes.

Les registres consacrés à la section d'accouchement, ceux dont la véracité a été surtout incriminée, sont, sous certains rapports, plus complets que les autres. Ces statistiques d'accouchement sont recueillies par deux élèves internes, et un résumé des observations est dressé chaque mois en double. L'un des exemplaires m'est destiné, l'autre est donné au médecin en chef du service d'accouchement. Si quelque erreur se glissait dans ce relevé mensuel, elle serait immédiatement découverte et redressée. Ces registres, comme les précédents, sont à la disposition de tous ceux qui visitent l'hôpital.

Le grand avantage qu'il y a à traiter les femmes enceintes chez elles et non à l'hôpital, est démontré par les statistiques semblables aux miennes, lesquelles m'ont été remises des hôpitaux de Saint-Thomas et de Saint-Barthélemy.

Je vous envoie le compte rendu du plus grand établissement d'accouchement de Londres (the Royal Maternity Charity), vous y verrez que la mortalité parmi les femmes est au moins la même que celle que vous avez donnée dans votre travail, 1 sur 340, et vous ne devez pas oublier que ces 3748 cas furent confiés à des sages-femmes, tandis que nos accouchées sont soignées par nos élèves sous la direction de leurs anciens.

En dressant ma série de tables statistiques, je n'avais pas à justifier des conclusions : mon seul désir a été de résumer sans prévention les résultats obtenus pendant mes sept années de direction de l'hôpital de Guy.

Loin de tracer un parallèle irritant entre cet établissement et les autres hôpitaux anglais et étrangers, mes impressions personnelles furent que les résultats donnés par les statistiques ne nous étaient pas favorables et qu'ils auraient pu servir à montrer la grande supériorité des hôpitaux des provinces d'Angleterre et du continent, sur les anciens établissements de Guy et de Barthélemy. J'ai fait allusion à cela, dans mes remarques sur les opérations, et même je me suis excusé dans une certaine mesure des résultats peu satisfaisants obtenus sur quelques points.

Je suis heureux maintenant de m'être trompé, car l'exactitude et la vérité des faits que j'ai établis n'ont jamais été et ne pourraient jamais être mises en doute en Angleterre, quoiqu'il paraisse en être autrement en France, où il m'est impossible de me défendre devant de semblables attaques.

Signé Dr Steele.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Discours sur l'hygiène hospitalière prononcé à l'Académie de médecine dans la séance du 25 mars, par M. Michel Lévy.

Messieurs, je me suis demandé, dans le cours de cette discussion, ce que je pouvais y apporter d'appréciations nouvelles, après avoir émis et fait valoir depuis plus de quinze ans dans les éditions successives d'un ouvrage d'hygiène la plupart des propositions et des conclusions qui viennent d'être formulées à cette tribune. L'Académie me pardonnera quelques laconiques citations prises dans cet ouvrage, qui était lui-même, lors de sa première publication, le résumé d'un enseignement public de huit ans :

« Les hôpitaux doivent s'élever hors du centre des villes, dans le quartier le plus sain, sur un emplacement libre et vaste.

» L'utilité des grands hôpitaux est difficile à justifier, si ce n'est au point de vue de l'économie. Sans doute, la mortalité qui y règne dépend en partie de la qualité des malades qu'ils admettent; mais ils forment de vastes foyers d'élaboration morbifique, toujours menaçants pour ceux qui y séjournent; ils engendrent certaines affections, en enveniment d'autres. L'assainissement complet de ces grands établissements et la régularité soutenue de tous leurs services sont à peu près impossibles. Le système des petits hôpitaux ou des grands hôpitaux à pavillons isolés, sans réduire les avantages que la science trouve dans les rassemblements de malades, assurerait à ceux-ci tous les éléments de bien-être et toutes les chances de salut que leur doit la société.

» Il est incontestable que la mortalité est plus forte dans les grands que dans les petits hôpitaux. Les salles vastes, bien percées, longues, hautes d'étage, plaisent à l'œil; mais le grand nombre des malades qu'elles reçoivent les rendra toujours plus dangereuses que de petites salles offrant les mêmes conditions d'aération et de lumière... Le risque de la contagion et de l'infection est en raison directe de la population des salles; il en est de même des chances d'agitation nocturne et d'aggravation des maladies par l'effet moral qui résulte de la présence des délirants, des agonisants, etc.

» Il importe que les salles soient parfaitement isolées les unes des autres et laissent entre elles des vestibules communs.

» Le point capital est le rapport du cube atmosphérique des salles avec les objets mobiliers et le nombre des malades, etc. »

Et, après avoir énuméré toutes les causes de viciation de l'atmosphère nosocomiale : « Remarquons, en outre, que des organismes malades, affaiblis par les souffrances, par la diète, et privés le plus souvent d'excitation morale, réagissent moins contre l'atteinte des miasmes délétères et subissent presque sans résistance les effets de ce genre d'intoxication (nosocomiale).

» Les rideaux servent de barrière aux exhalaisons de chaque malade et les accumulent sur lui; s'ils dérobent la vue de la douleur et de l'agonie, ils n'en interceptent pas les gémissements et les râles.

» Des salles de rechange sont nécessaires pour recevoir les malades provenant de celles qui, après une épidémie ou une occupation suffisamment prolongée, exigent des soins de désinfection. On ne peut qu'approuver les règlements des hôpitaux militaires qui prescrivent de blanchir à la chaux tous les six mois les murs et les plafonds des salles, de laver les bois de lits, les couvertures et les toiles des paillasses, de changer la paille, etc.

» Des hôpitaux de convalescence dans les grandes cités, des salles spéciales de convalescence dans les hôpitaux des petites villes, hâteraient l'entier rétablissement des malades, les mettraient à l'abri des rechutes et des accidents qui les font périclìter après leur guérison, les affranchiraient des chances d'infection et de contagion qui sont inhérentes à toute réunion de malades, etc. »

Voilà ce que j'écrivais en 1844, en 1850 (1); appliquée depuis cette dernière époque aux fonctions d'inspection médicale dans l'armée, une nouvelle expérience de onze années n'a fait que fortifier en moi la conviction que, malgré beaucoup d'améliorations effectuées dans le système des hôpitaux, la plus essentielle de toutes, la condition fondamentale de leur salubrité est encore à réaliser, savoir, la dispensation de l'air sous le double rapport de la quantité et de la qualité. Pour que l'Académie puisse apprécier la valeur de cette observation dans la bouche d'un médecin de l'armée, il est nécessaire de lui rappeler qu'outre les hôpitaux militaires établis dans les garnisons les plus considérables et dans les places fortes de nos frontières, 320 hôpitaux civils reçoivent en traitement nos soldats malades, en vertu d'un abonnement entre les administrations locales et le ministère de la guerre. Le fait paraîtra peut-être singulier, mais il est exact et digne d'être noté, qu'à l'intérieur de la France, les inspecteurs médicaux de

(1) Quesnoy, *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 2e série, t. XX, 1857.

Digitized by Google

l'armée sont appelés annuellement à visiter plus d'hôpitaux civils que d'hôpitaux militaires : de là leur compétence à double titre dans la question si grave qui a été portée à cette tribune.

Après l'exposé que vous a fait notre savant collègue M. Larrey, je ne reviendrai point sur l'organisation, l'économie intérieure et le fonctionnement des établissements hospitaliers de l'armée. Envisagés collectivement, leur supériorité sur ceux de l'assistance publique est évidente, ce qui s'explique par une différence essentielle d'institution : l'hôpital civil est une forme de la charité sociale ; l'hôpital militaire acquitte la dette de l'État envers le citoyen qui, désigné par le sort du recrutement, lui sacrifie son temps, parfois sa santé et, quand il le faut, sa vie. Le conseil de santé des armées partage avec l'administration de la guerre l'honneur de la situation actuelle de nos hôpitaux militaires ; ses propositions, ses initiatives, leur ont largement profité ; la création des inspections médicales a surtout ouvert pour eux une ère de réforme et a réagi utilement sur toutes les parties de leurs services. Propreté des locaux, aération et chauffage, composition du mobilier, literie et couchage, habillement des malades, alimentation, choix et préparation des médicaments, pansements exécutés avec des matériaux soumis à la réception des médecins comme les denrées alimentaires, soins aussi affectueux que vigilants, tout y conspire au bien des malades ; mais beaucoup de ces hôpitaux d'ancienne construction présentent le rectangle de Vauban, c'est-à-dire plusieurs étages de salles qui se suivent sur quatre côtés et des cours intérieures qui circonscrivent une atmosphère d'un renouvellement plus ou moins facile ; pour tous, les fixations réglementaires de cubage atmosphérique et d'espacement des lits, fixations surannées et tout à fait insuffisantes, sont encore en vigueur : 16 à 20 mètres cubes d'air par malade, 65 à 75 centimètres d'intervalle entre deux lits, 2 mètres entre deux rangées de lits, etc. Un seul hôpital militaire est aujourd'hui pourvu d'un appareil de ventilation régulière, celui de Vincennes ; mais, quoique cette première application n'ait pas entièrement réussi, la voie est ouverte au progrès capital de l'hygiène dans les hôpitaux militaires, et l'on peut compter qu'ils n'attendront plus longtemps le bienfait d'une aération efficace dans l'ample mesure des besoins constatés par l'expérience ; déjà ils ont les parquets cirés et plusieurs sont pourvus de cabinets d'aisance à l'anglaise avec siége en chêne, cuvette et réservoir d'eau : deux améliorations que j'ai le premier poursuivies et qui profitent tout à la fois à l'hygiène et à la décence portée jusqu'au respect de soi-même.

En recueillant mes longs souvenirs d'inspection et de résidence sur les hôpitaux des grandes et des petites villes, je ne saurais hésiter dans l'appréciation de leur degré de salubrité relative, et tous mes collègues de l'armée proclameront l'avantage des petits hôpitaux, non qu'ils ne puissent s'infecter comme les grands, ni qu'ils soient à l'abri des mortalités insolites. Si des convenances que tout le monde comprend, ne m'imposaient une juste réserve, je pourrais signaler dans le midi comme dans le nord de la France, dans l'ouest comme dans l'est, et jusque dans les départements circonvoisins de Paris, de petits hôpitaux où nos soldats ont payé un fort tribut aux maladies saisonnières et autres. Les petites localités ont, hélas ! leurs petites épidémies qui s'y cantonnent avec une sorte de ténacité, s'étendent aux alentours et prélèvent finalement un impôt mortuaire considérable. Il y a de petits hôpitaux à grandes salles parfois encombrées aux époques où nous les inspectons ; il y a même de petits hôpitaux à petites salles encombrées, parce qu'elles contiennent trop de lits. L'agglomération est donc relative, et ce point est fondamental, il ne faut pas l'oublier. Autre différence entre les petits hôpitaux, qui s'observe également parmi les grands hôpitaux : ceux qui sont situés aux abords des villes, hors de leur enceinte, en plein champ comme on dit, m'ont toujours paru plus salubres, plus heureux par le résultat des traitements, que les établissements enclavés dans les quartiers populeux, ou seulement compris dans l'atmosphère propre des agglomérations urbaines.

Pour ne point revenir sur des sujets qui ont été traités, je passe sous silence un grand nombre de conditions, qui, malgré leur évidente utilité, ne balancent pas toutes ensemble une seule influence prépondérante, celle de l'air dispensé aux malades ; je n'ai pris la parole que pour en faire ressortir l'importance souveraine : elle est à mes yeux, le régulateur de la salubrité des hôpitaux.

1° *Quantité* ou ration d'air. — Énorme est la quantité d'air indispensable aux malades pour compenser les produits de leur respiration, de leurs transpirations pulmonaire et cutanée, de toutes les évaporations plus ou moins délétères qui affectent le milieu où ils sont placés. Inutile de rappeler ici les résultats des expérimentations qui se continuent encore, à l'aide de divers modes de ventilation, et dont les effets se traduisent trop faiblement, si même ils sont appréciables, dans les statistiques mortuaires des hôpitaux de Paris. Si ces documents officiels continuent de nous montrer les chiffres des décès à peu près compensés entre les hôpitaux dotés d'un système de ventilation régulière et ceux qui n'en ont point, on sera autorisé à en conclure, ou que cette ventilation ne renouvelle pas efficacement la masse totale de l'atmosphère des salles et se borne à y déterminer des courants partiels, ou qu'elle ne satisfait pas encore, malgré son apparente libéralité, à toutes les exigences de l'assainissement des locaux, ou que l'air qu'elle y introduit n'a point la pureté de composition voulue.

2° *Qualité de l'air.* — En effet, tant vaut l'air d'une localité, d'une ville, d'un quartier, d'une rue, tant vaut l'aération des salles, fût-elle assurée dans la plus généreuse mesure et au moyen des appareils les plus perfectionnés. C'est là peut-être l'explication la plus probable des données statistiques de la mortalité nosocomiale de Paris.

Ainsi dispenser largement l'air aux malades ne suffit point. Si cet air n'a point les qualités vivifiantes de sa constitution normale, ou s'il est mélangé de principes septiques, et c'est ce qui arrive, quand il est brûlé au contact des surfaces surchauffées qu'il parcourt avant de se déverser dans les salles, lorsqu'il est emprunté aux corridors, aux paliers des escaliers où s'ouvrent des latrines, etc., ou qu'il provient de rues infectes, d'un quartier encombré, d'un milieu où une population entassée, des industries diverses et de multiples foyers de méphitisme répandent leurs produits vaporeux et leurs déjections.

L'idéal de l'institution nosocomiale, d'après les principes et les faits susindiqués, serait donc le petit hôpital avec de petites salles sans communication directe entre elles, bien ventilé, avec des lits grandement espacés, éloigné des centres de population, entouré de promenades ou d'espaces libres. Serait-il impossible de multiplier ces établissements autour et à une distance convenable des grandes villes, ne laissant dans celles-ci que des dépôts de premiers secours, des services restreints et isolés de médecine et de chirurgie pour les cas urgents ou non transportables, développant d'ailleurs et faisant prédominer le système salutaire et moral de l'assistance à domicile par une judicieuse combinaison de dons et de prêts en nature, de soins et de médicaments gratuits ? Je ne crains pas de le dire, cet idéal hospitalier aura encore ses mécomptes et ses infortunes. Nous avons eu en Orient quelques petits hôpitaux : le palais de l'ambassade russe à Constantinople et le drogmanat russe, dont j'ai provoqué l'affectation au service de nos malades, n'étaient que de petits hôpitaux, puisque ensemble ils ne contenaient que 400 lits ; l'un et l'autre d'une installation confortable, dominant les hauteurs de Péra vis-à-vis de la Corne-d'Or, entourés de jardins en terrasse ; le premier n'a même reçu d'abord que des officiers blessés en très petit nombre, exempts de complications internes : eh bien ! la pourriture d'hôpital s'y est développée ; pour la faire naître, il a suffi d'y réunir un certain nombre de blessés, sans encombrement. Le chirurgien aussi consciencieux que distingué qui

Digitized by Google

ce soignait. M. Maupin, aujourd'hui chef à l'hôpital militaire de Bayonne, a bien établi ces faits, et je me borne à renvoyer à son travail, imprimé dans le *Recueil des mémoires de la médecine militaire*. Un autre petit hôpital qui avait moins de 200 lits, une splendide villa jetée sur la rive du Bosphore, à plusieurs lieues de Constantinople, au milieu des jardins et des palais d'été des pachas, espèce d'avant-garde de notre ligne d'hôpitaux de Constantinople, plus rapprochée de la mer Noire et disposée pour recueillir les blessés et les opérés qu'il était le plus urgent de débarquer, Canlidjé a été visité par le même fléau. A quelques heures de Paris, je sais de petits hôpitaux civils où nos petites garnisons ont compté bien des victimes de la fièvre typhoïde, de la dysenterie. Tout en accordant la préférence aux petits hôpitaux sur les grands, il ne faut donc pas s'en promettre plus qu'ils ne donneront. Même remarque au sujet des grands hôpitaux disposés en séries parallèles de pavillons indépendants les uns des autres : ce sont, à vrai dire, autant de petits hôpitaux, et quand ils sont bien situés, bien distribués, bien tenus comme ceux du Val-de-Grâce, il y a lieu de les assimiler aux petits hôpitaux. L'ancien couvent du Val-de-Grâce, rectangle à quatre étages, présentait autrefois sur ses quatre côtés quatre rangées de malades superposées ; lors de mes débuts dans cet établissement (1836-37), chargé presque toujours de grands services dans les deux étages supérieurs, j'ai pu vérifier l'exactitude de cette observation déjà ancienne, que dans les hôpitaux l'insalubrité croît en raison directe de la hauteur ; en outre, et sur chaque étage les salles communiquaient directement entre elles, de manière à échanger leur atmosphère : c'était la promiscuité du méphitisme, avec ses expressions pathologiques bien connues : des formes typhoïdes graves, des complications gangréneuses, des érysipèles, des exsudations diphthéritiques, etc. ; et, comme résultat final, une mortalité considérable. Plus tard, et particulièrement sur mes demandes réitérées, les longues salles du couvent furent raccourcies et séparées par des paliers, avec des cabinets pour l'isolement de certains malades. En 1841, on construisit les pavillons sur les anciens jardins, vrais modèles d'installation hospitalière et que notre collègue si compétent, M. Guérard, a loués dans un recueil consacré à l'hygiène publique (1) : grâce à ces améliorations, la mortalité a subi au Val-de-Grâce une notable diminution. Et pourtant, même dans ces pavillons si commodes qui, séparés par des squares luxuriants de végétation, ne reçoivent chacun que 200 malades dans quatre salles, deux au rez-de-chaussée et deux au premier étage, avec quelques cabinets adjacents, dès que sont occupés tous leurs lits, l'infection nosocomiale se prononce sous des nuances amoindries, et les maladies révèlent alors une gravité particulière. M. le professeur Laveran a fait ressortir récemment, dans un mémoire imprimé dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1861) la part de cette influence dans les mortalités variables des épidémies de rougeole, et il a cherché à préciser scientifiquement ce qu'une sorte de mysticisme médical attribue encore à la cause banale dite épidémicité.

Ainsi, petits hôpitaux, grands ou moyens hôpitaux en pavillons, ne seront peut-être pas le dernier mot de la solution cherchée ; peut-être s'avisera-t-on un jour de revenir sur la formule du problème, et si, pour tous les esprits qui connaissent les maléfices de l'agglomération et de l'infection nosocomiale, cette solution consiste à les atténuer, à les réduire au minimum d'activité, la logique sanctionnée par l'expérience ne conduira-t-elle pas à réduire au minimum la source de ces fléaux, c'est-à-dire l'institution hospitalière elle-même ? A ceux qui trouvent quelque hardiesse à poser la question en ces termes, je rappellerai que les économistes, depuis Montesquieu, l'ont fait à un point de vue beaucoup moins respectable que celui de l'hygiène publique. S'il n'est pas démontré, malgré leurs efforts, que l'hôpital favorise le paupérisme, il est évident que l'hôpital entraîne l'agglomération des malades, des blessés, des opérés, et qui dit agglomération, dit infection ; il y a toute une pathologie nosocomiale qui s'ajoute à celle de la misère et des excès : l'atténuer sera beaucoup, la supprimer vaudra mieux ; c'est le plus grave sujet qui se puisse proposer à la méditation des administrateurs et des médecins. Au milieu des sociétés demi-barbares du passé, quand l'hygiène publique et privée n'existait point, un immense progrès s'est réalisé par la concentration des secours et des soins nécessaires aux malades dans l'enceinte hospitalière et sous les auspices de la religion ; aujourd'hui, et en présence des résultats statistiques qui se succèdent, n'est-on pas autorisé à se demander si le progrès ne consistera pas, dans l'avenir, à disséminer l'action secourable et combinée de l'administration et de la science, à individualiser l'assistance, à prendre la famille pour point d'appui de ces interventions ?

Mais j'ai hâte de quitter ces généralités pour un sujet où l'on m'a convié d'apporter des éléments d'observation personnelle. Un de nos collègues, qui a l'heureuse habitude d'aborder de front les questions, M. Renaud, après avoir montré par des statistiques de mortalité la puissante influence des divers régimes d'aération sur les chevaux sains et sur les chevaux malades, a demandé si ces faits, d'une signification si évidente, ne trouveraient pas leur confirmation dans les résultats comparatifs des traitements, qui, en Italie et en Orient, ont dû se faire sous les tentes, sous des abris improvisés, presque en plein air, et de ceux qui ont eu lieu dans les salles des hôpitaux ou d'autres bâtiments clos, provisoirement affectés au logement des malades. Déjà M. Larrey a répondu à cet appel ; permettez-moi de le faire à mon tour, mais seulement dans la mesure de ce qu'une mission de dix à onze mois m'a donné de voir en Orient.

Si je ne le fais pas avec la précision du statisticien ni avec un grand détail pathologique, c'est, d'une part, que je ne me propose pas de faire ici l'histoire médicale de la campagne d'Orient dans sa première phase ; et, d'autre part, bien que j'aie correspondu activement avec les chefs médicaux de tous les corps de troupes, des ambulances et des hôpitaux depuis le Pirée jusqu'à Varna, et plus tard en Crimée, en passant par Gallipoli, Nagara, Constantinople, bien que j'aie inspecté tous les établissements créés sur ces divers points, la centralisation des documents médicaux et statistiques a eu ses intermittences, partant ses lacunes ; mais, pour la solution de la question posée par M. Renaud, les matériaux abondent sous ma main, et vers quelque rivage que se reportent mes souvenirs, des Dardanelles au Bosphore, de la Bulgarie à la Crimée, partout les mêmes causes, partout les mêmes effets, partout la même conclusion, qui se résume ainsi : la salubrité nosocomiale dépend presque tout entière des conditions du milieu où sont placés les malades. Je l'ai dit et je le répète, loin de moi de nier l'importance du régime, des méthodes curatives, du mode de pansement, des soins, de la composition du mobilier, etc. ; mais tous ces éléments du service hospitalier sont dominés par la nécessité d'un air pur ; réunissez-les au degré de la perfection idéale, si l'air est vicié d'une manière permanente ou s'il est insuffisant, ce qui revient au même, ils ne changeront point les chances du traitement, ils ne diminueront point la mortalité.

Ce qu'il y a de puissance toxique dans les agglomérations de malades, l'histoire des épidémies, celle des armées de tous les temps, l'atteste sous l'autorité des plus grands noms et sous la terreur des plus lugubres commémorations. Que nous a laissé à dire en pareille matière Pringle, dont le nom n'a pas été prononcé dans cette discussion ?

Jusque dans les hôpitaux les mieux réglés de l'intérieur, le médecin militaire assiste à une succession non interrompue de formes épidémiques : en temps de paix, les petites épidémies, fièvres palustres, fièvres typhoïdes, méningites cérébro-spinales, affections catarrhales, oreillons, stomatites ulcéro-membraneuses, diphthérites ; en temps de guerre, dysenterie, scorbut, typhus ; en tout temps, le choléra.

(1) *Gazette médicale* de 1839 et 1843.

Digitized by Google

Je suis frappé depuis si longtemps des influences nosocomiales, qu'en 1846, décrivant une épidémie de rougeole à l'hôpital de Metz, j'ai consacré un paragraphe aux maladies coïncidentes dans les salles, et qu'en 1857, juge au concours d'agrégation de la Faculté de Paris, j'ai insisté pour faire entrer cette question dans les sujets de thèses; ce qui nous a valu la judicieuse dissertation de M. Axenfeld et la première thèse soutenue à Paris sur les influences nosocomiales. En 1849, pendant toute la durée de l'épidémie cholérique, j'ai établi dans mon service une aération permanente de jour et de nuit, et je rappellerai plus loin les résultats que m'a valus cette simple mesure.

Il était donc naturel que, dès ma désignation pour l'armée d'Orient, ma première sollicitude fût de conjurer les catastrophes en déconseillant les grandes réunions de malades; d'obvier aux encombrements, en proposant aux autorités militaires et administratives une large organisation d'hôpitaux échelonnés et un service régulier d'évacuations, afin de maintenir toujours disponibles, pour les vives éventualités des luttes sanglantes, les ambulances de première ligne; de désemplir de proche en proche les établissements de seconde ligne et d'acheminer progressivement sur la France les non-valeurs définitives ou temporaires à longue échéance de guérison. L'armée une fois concentrée à Varna, et plus tard s'élançant sur la Crimée, où rien de stable et de complet ne pouvait s'organiser pour le service des malades, Constantinople en devenait nécessairement le centre; à 120 kilomètres de navigation de Varna et de Kamiesh, presque à pareille distance de Gallipoli et de Nagara, c'est là seulement qu'il était possible de trouver, de réunir toutes les ressources nécessaires à de si grands besoins; de procéder au triage des infirmes et des valétudinaires, soit pour les renvoyer en Crimée après leur rétablissement, soit pour les comprendre dans les évacuations successives, sur les stations des Dardanelles, et finalement sur la France. C'est une satisfaction pour moi de penser aujourd'hui que les prévisions que j'ai exprimées à Paris avant mon départ ou dans mes premières dépêches d'Orient ont reçu de l'expérience une confirmation entière en ce qui concernait la répartition et l'organisation du personnel, des moyens de traitement, des approvisionnements du service de santé, des évacuations, etc. A mon arrivée à Constantinople, nous n'avions encore qu'un hôpital et demi, celui de Péra et la moitié de l'hôpital militaire turc de Maltépé. Pénétré de la nécessité d'appuyer sur cette capitale tout le système de nos opérations sanitaires, j'eus hâte, avant de partir pour Varna, d'y provoquer l'organisation de l'hôpital de Rami-Tchifflick et la cession de la totalité de l'hôpital de Maltépé; après l'épidémie de Varna, l'occupation hospitalière de la caserne de la garde impériale turque (Dolma-Bagtché), l'affectation au même usage de l'École militaire, de la caserne de Daoud-Pacha, du petit palais d'été de Canlidjé, et plus tard, à mon retour de Crimée, la création d'un hôpital en baraques de 1750 lits dans l'enceinte sacrée du vieux sérail, à la pointe de la Corne-d'Or, sur la magnifique terrasse de Gulhané de baraques pour 500 lits, annexées à l'École militaire, elle-même transformée en hôpital comme l'École préparatoire; d'un hôpital de 400 lits dans la caserne dite des Tunisiens, à Stamboul; d'un hôpital militaire en baraques pour 1200 lits sur un vaste terrain dit champ de manœuvres, situé vers le Bosphore, au delà du grand champ des morts; d'un hôpital de 1400 lits dans les bâtiments inachevés dits de l'Université, près de la mosquée de Sainte-Sophie; l'occupation du palais et du drogmanat de l'ambassade russe; un dépôt de convalescents dans l'immense caserne de Daoud-Pacha, plus tard convertie en hôpital. A Varna, nous n'avions à mon arrivée qu'un hôpital dans la ville, l'ancienne caserne turque, l'hôpital proprement dit étant resté aux Turcs et abritant leurs blessés et leurs typhiques évacués de Choumla et de Silistrie. Soit dit en passant, et pour les nombreux historiens qu'a déjà trouvés le typhus de notre armée d'Orient, j'ai vu là dans cet hôpital turc, et dès juillet 1854, les formes les plus caractérisées du typhus mêlées aux cas de choléra et de pourriture d'hôpital. En outre, sur le plateau de Franka, à 6 kilomètres de Varna où campaient nos divisions, il y avait des ambulances et un hôpital sous tentes pour les malades ordinaires. Un deuxième hôpital intérieur fut organisé, sur ma proposition, dans des locaux à demi clos, appelés hangars de l'artillerie. Le développement de l'épidémie nécessita la création de trois hôpitaux sous tentes pour les cholériques hors de Varna, et d'un hôpital sous tentes dans l'intérieur de la ville pour le traitement des malades et des blessés ordinaires. Enfin, nous avions des dépôts nombreux de valétudinaires et de malingres, rattachés aux corps de troupes campés en dehors de la ville.

J'avais laissé derrière moi, à Gallipoli, deux hôpitaux mal établis dans des maisons turques délabrées, enserrées dans le labyrinthe des constructions irrégulières de la ville; à Nagara, sur la rive asiatique des Dardanelles, comme au Pirée, on avait converti en hôpital le bâtiment du Lazaret.

En Crimée, chaque division avait son ambulance; quelques-unes ont pu utiliser des bâtiments plus ou moins endommagés et les annexer à leurs tentes; l'ambulance centrale du quartier-général se composait d'une grande baraque entourée de tentes; à Kamiesh, station d'embarquement et point convergent de toutes les évacuations sur le Bosphore ou sur Varna, on avait établi à mi-côte un hôpital sous tentes, qui fut plus tard remplacé par des baraques.

On le voit, partout ailleurs qu'à Constantinople, les situations étaient précaires. Les établissements créés dans ce centre se partageaient eux-mêmes en hôpitaux de première ligne, c'est-à-dire sur le Bosphore, sur la Corne-d'Or, et pouvant, à raison du voisinage des escales de débarquement, recevoir de première main et sur des brancards les blessés venant de Crimée; aussi les services chirurgicaux ont-ils dominé sur cette ligne, tandis que les hôpitaux organisés sur le plateau de Daoud-Pacha, à 6 ou 8 kilomètres de là, étaient plus particulièrement dévolus au traitement des fiévreux.

Ainsi, trois ordres d'établissements hospitaliers, répondant exactement aux trois régimes d'aération de M. Renaud : bâtiments clos, baraques, tentes. Un mot sur chacun d'eux.

Le plus détestable des hôpitaux, c'est un vieux bâtiment turc quelconque, mais surtout une caserne turque affectée à cette destination : presque toujours il a la figure d'un quadrilatère; à chaque angle, des latrines à la turque, répandaient au loin une horrible puanteur et enveloppaient tout l'édifice dans la sphère de leurs émanations; à l'intérieur, point d'étages plafonnés; ceux-ci sont remplacés par des galeries étroites ou travées où sont placées les couchettes, les malades à tous les étages respirent le même air. Les constructions nouvelles, comme l'hôpital de Péra, ont des étages; mais, au lieu de salles séparées et indépendantes, on y trouve des dortoirs parallèles communiquant entre eux par de larges arcades et des baies sans fenêtres, d'où résulte encore la communauté atmosphérique de tous les locaux à chaque étage ou au moins sur chacune de ses façades. Joignez-y, comme à Gallipoli, à Rami-Tchifflick, à Daoud-Pacha, à la caserne des Tunisiens, à la caserne-hôpital de Varna, etc., l'état de vétusté ou de délabrement des boiseries, des parquets ou des carrelages, une sorte d'imprégnation miasmatique des habitations collectives et dont notre savant collègue M. Devergie a éclairé le mécanisme par les expériences de M. Reveil à l'hôpital Lariboisière et de M. Chalvet à l'hôpital Saint-Louis, et vous comprendrez que l'infection nosocomiale avait fait ses préparatifs dans la plupart de nos établissements clos et n'attendait, pour éclater, qu'un commencement d'agglomération.

La confection des baraques est une des rares industries indigènes de l'Orient; la plupart des maisons de Gallipoli, de Varna, de Constantinople même, ne sont que des baraques, sans excepter les palais et les habitations de plaisance qui se succèdent sur les deux rives du Bosphore. Un hôpital en baraques pouvait s'élever rapidement; il nous offrait le multiple

Digitized by Google

avantage de laisser à notre choix l'emplacement, la fixation de la contenance de chaque baraque, qui, limitée à un rez-de-chaussée, représente une salle unique à deux rangées de lits, d'une aération facile, en sens longitudinal par les portes à l'opposite aux deux extrémités, et en sens transversal par les fenêtres percées sur les deux façades : orientation de ces petits pavillons, espacement des baraques entre elles, groupement des malades, tout cela restait à la volonté de qui de droit. J'ai donc sollicité et obtenu la création de plusieurs hôpitaux de ce genre. Sur quatorze hôpitaux que j'ai laissés à Constantinople (1), trois ne se composaient que de baraques (Gulhané, Terrain des manœuvres, Maslak), et deux comprenaient des baraques dans leur périmètre (École militaire, École préparatoire).

L'hôpital sous tentes, à titre permanent pendant la saison d'été, est une nouveauté de la campagne d'Orient. De tout temps, nos médecins militaires ont soigné des malades, ont opéré des blessés sous le frêle abri d'une tente ; mais c'est à Varna, pour la première fois, qu'on a constitué régulièrement ce que l'on peut appeler désormais l'hôpital sous toile, avec les seules ressources du service du campement, en attendant l'arrivée d'un complément du matériel réglementaire des hôpitaux en campagne. On était parti de Gallipoli avec une armée florissante de santé ; Varna ne devait être qu'une station passagère. L'accroissement numérique des malades ordinaires nécessita dès le mois de juin le traitement d'une partie d'entre eux sous la tente, et cette mesure donna de bons résultats. Peu de jours après l'apparition du choléra (28 juillet 1854), et les premiers cholériques ayant été placés dans l'hôpital-caserne, je signalai à M. l'intendant en chef de l'armée le danger de la propagation nosocomiale, c'est-à-dire le développement des cas dits intérieurs, et, sur ma demande, il donna des ordres pour que blessés, vénériens et fiévreux ordinaires sortissent de l'hôpital pour être traités sous des tentes sur l'esplanade qui s'étend de ce bâtiment jusqu'aux remparts de la ville.

Le 5 août, on notifia deux évacuations considérables de cholériques, par mer, de la Dobrudsa sur Varna : point de locaux disponibles, plus de lits ni d'ustensiles. Je proposai à M. l'intendant en chef de convertir en hôpitaux flottants dans la rade deux des trois frégates attendues, et qui, pendant leur traversée si courte des ports de Mangalia et de Cavarna, à Varna, devaient compter bien des décès ; je développai, dans une conférence, puis dans une lettre, les raisons qui militaient pour cette mesure, que les Anglais mirent en pratique peu de jours après cette conférence ; mais, dans une armée, il y a de hautes responsabilités qui ne sauraient s'absorber dans un seul ordre de besoins ; les deux frégates étaient indispensables aux opérations du commandement, et il ne resta plus qu'à improviser des hôpitaux sous tentes, sur le bord méridional de la rade, à 5 ou 6 kilomètres de la ville, sur un terrain en pente, au voisinage de bonnes sources d'eau et d'un petit monastère grec qui donna son nom à nos deux établissements, bénis, j'ose le dire, par les malades, et glorifiés par le dévouement de nos médecins et de leurs auxiliaires, sous le nom d'hôpitaux du Monastère, n[os] 1 et 2.

Deux jours après, les progrès de l'épidémie nous obligèrent à en ouvrir un troisième plus considérable, dans les mêmes conditions, sur le plateau de Franka. Voici quelles étaient leurs dispositions communes : sur un sol sec et préalablement nettoyé et battu, on établissait, à la distance de 3 à 4 mètres et plus, quand on le pouvait, des tentes quadrilatères dites marquises, du modèle réglementaire, et, à défaut de celles-ci, des tentes turques de forme conique que l'expérience a fait prévaloir, car elles offrent moins de prise aux vents et se laissent moins imbiber par les eaux pluviales ; elles reçoivent aussi moins de malades, trois à quatre, tandis que les premières, établies pour seize hommes, admettaient en moyenne huit malades ; les unes et les autres étaient doubles, c'est-à-dire que l'on superposait deux tentes l'une sur l'autre, de manière à doubler l'épaisseur de la toile et à la rendre tout à la fois moins perméable à l'humidité et aux radiations solaires. Une double tente est un excellent abri et parfaitement approprié à la saison estivale, aux climats chauds ; des ouvertures en sens opposé permettent de la ventiler rapidement ; en relevant la toile en forme de portière du côté opposé au soleil, on y entretient l'aération et une certaine fraîcheur ; mais, et c'est un point important que je crois avoir le premier signalé avec insistance, la tente turque ou française, hermétiquement fermée, s'infecte rapidement comme toute enceinte close, comme une chambre sans ouverture. Cette remarque, consignée dans mes rapports officiels de cette époque, n'a acquis la force d'un axiome pour tout le monde que depuis les cruelles épreuves du typhus terminal de la campagne d'Orient. Quant au matériel de couchage et de service, rien de plus simple : des nattes étendues sur le sol, et dont les joncs s'imprimaient en vergetures parallèles sur les régions postérieures des cholériques cyanosés ; de bonnes couvertures, des bidons de campement pour la tisane, et portés à la ronde de dix en dix minutes par des escouades d'infirmiers ; une pharmacie de campagne sous tentes ; la médecine et l'administration se multipliant en expédients ingénieux, sous l'incitation sympathique de toutes les autorités supérieures de l'armée du chevaleresque maréchal Saint-Arnaud, qui visitait avec une sorte de prédilection ces hôpitaux improvisés, et de l'intendant-général Blanchot, qui donnait l'exemple de l'abnégation et de la plus utile activité, presque sous l'œil de l'Empereur, que sa vigilance et sa sollicitude paternelles pour l'armée rendaient présent au milieu. Voilà, messieurs, un ensemble qui ne s'effacera point du souvenir de ceux qui y ont activement participé. Jamais un grand service d'hôpital, amplement pourvu de tous les moyens d'action, n'a marché avec plus d'ordre et d'entente.

Quels ont été les résultats comparatifs de ces trois ordres d'établissements hospitaliers, bâtiments clos, baraques bien aérées, tentes à ventilation permanente? Disons tout de suite que celles-ci n'ont servi effectivement qu'au traitement des affections internes ; les blessés et les opérés de Crimée n'ont séjourné que très passagèrement sous la toile, puisque leur évacuation, aussi prompte que possible, était la règle et en même temps la condition du fonctionnement utile des ambulances. Les cas de maladies externes et les fiévreux ordinaires, traités en juin, juillet, août et septembre, en 1854, sous les tentes de Franka et de l'esplanade de Varna, s'y sont comportés sans incidents, sans complications de provenance nosocomiale. En un mot, le traitement sous les tentes, avec les précautions voulues et l'opportunité de la saison, supprime les risques et les inconvénients de l'agglomération. C'est aussi sous les tentes que j'ai fait soigner les cinquante ou soixante premiers cas de scorbut provenant de la flotte où cette maladie a débuté (septembre 1854). J'ai remarqué la marche rapide de leur guérison ; tel n'a pas été le sort de tous les marins scorbutiques qu'au mois de novembre suivant nous avons eu à traiter, au nombre de quatre cents environ, dans les bâtiments clos de Daoud-Pacha.

C'est le choléra qui a nécessité l'expérience des hôpitaux sous tentes, et qui l'a justifiée d'une manière frappante par les résultats du traitement. Sans rappeler ses terribles ravages au Pirée, dans un bâtiment clos comme le sont les lazarets en Orient, et à Gallipoli dans les maisons turques enclavées et détériorées que l'on avait affectées au service hospitalier, nous trouvons à Varna les éléments juxtaposés d'une comparaison décisive : les deux hôpitaux intérieurs ont reçu, du 10 juillet au 18 septembre 1854, 2314 cholériques, dont 1389 ont succombé, c'est-à-dire que 166 de ces malades ont donné 100 décès.

(1) Sur le Bosphore, les hôpitaux dits Canlidjé, École militaire, École préparatoire, Terrain des manœuvres, Péra, Dolma-Bagtché ; entre le Bosphore et la vallée des Eaux-Douces, Maslak ; sur la hauteur de Péra, en face la Corne-d'Or, l'ambassade et le drogmanat russes ; à la pointe du vieux sérail, Gulhané ; dans Stamboul, la caserne des Tonneniers et l'Université ; sur le plateau de Daoud-Pacha, la caserne de ce nom, Mahiépé et Rami Tchifflick.

Digitized by Google

Dans les trois hôpitaux sous tentes, ouverts, le premier (monastère n° 1), le 5 août, et fermé le 28 du même mois ; le second (monastère n° 2), ouvert le 7 août, et fermé le 17 ; le troisième (Franka), ouvert le 8 août, et fermé le 19 septembre, il est entré 2635 cholériques, qui ont donné 698 décès, c'est-à-dire 100 morts sur 376 malades. Cette proportion est si extraordinairement favorable, qu'en ajoutant au chiffre mortuaire les décès survenus pendant la traversée en mer et pendant la translation des malades du port de Varna aux emplacements du monastère, on la trouvera encore d'une bénignité sans exemple. Autre bénéfice, l'hôpital clos de Varna conserva longtemps, et malgré tous les efforts d'assainissement, une certaine puissance d'infection ; avec les tentes, point d'infection, point de foyers ; pas un officier de santé n'y a succombé, tandis que 17 ont payé de leur vie leur dévouement aux cholériques dans les bâtiments clos de Gallipoli, d'Andrinople, de Varna. La répartition de ces malades sous les tentes, par groupes de 3 à 8, est une véritable dissémination ; entre deux malades, l'air sans cesse renouvelé ; entre deux tentes, l'air extérieur, les grands courants de l'atmosphère libre ; l'hôpital-bâtiment délimite, condense, accumule les germes morbifiques quels qu'ils soient ; l'hôpital sous tente les sépare, les disperse, les dissipe. Aussi, quand j'apprends, le 21 août, que le choléra s'est déclaré le 11 dans une salle de l'hôpital d'Andrinople, j'écris au médecin en chef, M. Méry : « Concertez-vous avec M. le sous-intendant pour obtenir l'évacuation immédiate des locaux où s'est montré le choléra, le placement de vos malades dans d'autres salles éloignées des premières et dans une exposition différente ; ayez soin de les espacer, de laisser entre eux des lits vacants ; veillez strictement à la désinfection journalière des latrines et des siéges au moyen de la solution de persulfate de fer, entretenez une *aération continue* dans les salles. Si, malgré ces précautions, il survient de nouveaux cas de choléra à l'hôpital même, évacuez l'hôpital, et traitez-les sous des tentes doubles établies sur un terrain salubre, élevé, ventilé. »

Des cas de choléra s'étant manifestés au commencement d'octobre 1854 à Constantinople, surtout à l'hôpital de Péra et de Rami-Tchifflick, je n'hésite pas à faire le contraire de ce que j'ai d'abord conseillé à Varna : laissant dans ces hôpitaux les malades ordinaires, j'en fais sortir les cholériques pour les faire soigner sous des tentes, et deux fois l'épidémie s'arrête promptement.

A la fin de juin 1854, à Gallipoli, avant l'explosion du choléra, mais la prévoyant à court intervalle, je signale aux médecins des deux hôpitaux les mesures propres à atténuer les effets de l'encombrement, le traitement des cholériques hors de ces deux établissements ; je visite et j'indique comme un lieu favorable à ce service spécial le couvent des derviches situé hors de la ville, sur une éminence, isolé et bien ventilé. J'adresse ces recommandations au sous-intendant, au commandant supérieur, le regrettable général Ney, duc d'Elchingen ; il me répond par lettre : « J'ai déjà vu le choléra, et avec nos braves médecins je ne le crains point. » Quelques jours après il en était, comme mon compagnon de voyage et mon vieil ami, le général Carbuccia, l'une des premières et plus nobles victimes. Le 23 juillet, je décide M. l'intendant en chef à envoyer en mission spéciale à Gallipoli le médecin principal, M. Thomas, muni de mes instructions écrites, où l'emploi des tentes n'est pas oublié ; mais les foyers cholériques sont formés à Gallipoli, ils seront lents à s'éteindre. Lorsque, au 1er octobre 1854, le vapeur *la Gorgone*, venant de Crimée, dépose à Gallipoli trois nouveaux cas de choléra, je crains une recrudescence, et, pour la prévenir, je recommande instamment à l'autorité supérieure de cette place d'isoler les cholériques sous des tentes doubles, à l'air libre, loin des hôpitaux ordinaires et de quelques troupes encore campées à Boulaïr.

Vers la fin d'octobre, le mauvais temps nécessite la suppression des tentes où sont placés nos cholériques de Rami-Schifflick, et leur rentrée dans cet hôpital, du 29 octobre au 7 novembre, a pour conséquence le développement de 11 cas intérieurs. Notons que, pendant le séjour des cholériques sous les tentes, il ne s'était pas produit un seul cas de cette catégorie dans les salles de Rami-Tchifflick !

Il est plus difficile de comparer les hôpitaux en baraques avec les bâtiments clos à Constantinople, sous le rapport des résultats thérapeutiques ; ce qui s'explique par la situation des premiers, rapprochés de la mer, et par conséquent d'un plus facile abord aux blessés et aux malades gravement atteints qui ne pouvaient supporter un long transport en cacolets ou même sur brancards. En tenant compte de la gravité relative des cas, du nombre des opérations pratiquées, etc., on trouvera que l'avantage reste aux baraques. Celles de Gulhané ont compté jusqu'à 1800 malades, sans que leur situation et leur mortalité aient plus excité l'attention que celles des hôpitaux-bâtiments de 4 à 600 lits, tels que Dolma-Bagtché, l'École préparatoire, etc. Ce que devenait un hôpital clos avec le même effectif de malades, nous l'avons vu à Péra : coté à 2100 lits au début, porté à 1800, mais le plus souvent n'ayant en moyenne que 13 à 1500 malades, dès que sa population dépassait une limite numérique qu'une observation attentive et suivie n'avait autorisé à fixer de 800 à 1000, l'infection purulente, les gangrènes, les hémorrhagies, les formes typhiques s'y multipliaient au point d'amener des mortalités excessives et de paralyser l'action chirurgicale. Avec ses 15 à 1800 malades disséminés dans les baraques, Gulhané n'a jamais eu la même insalubrité. C'est dans les bâtiments clos que le typhus a sévi avec le plus d'intensité, et dès le 15 février 1855, longtemps avant que cette épidémie ne fût en quelque sorte déclarée officiellement, M. Garreau, médecin en chef de Rami-Tchifflick, me montrait, me signalait des cas nombreux que d'un commun accord, et pour éviter toute alarme, nos bulletins statistiques qualifiaient de fièvre rémittente, de fièvre typhoïde, de fièvre grave ; du 15 au 25 février 1855, j'avais reconnu dans les services de MM. Ganderax et Tholozan de vrais cas de typhus, dont quelques-uns donnèrent lieu à des autopsies où l'absence de la dothiénentérie fut notée.

Voilà donc les effets des traitements dans les trois conditions d'aération difficile, d'aération moins incomplète, d'aération permanente. Le choléra a surtout servi à révéler la salutaire efficacité d'une ventilation continue ; pour la vérifier, je n'avais pas attendu cette épreuve. En 1849, mon service au Val-de-Grâce reçut 1218 cholériques, dont j'ai traité moi-même 1100 ; il y eut 338 décès, c'est-à-dire la proportion la plus favorable de Paris, et seulement 21 cas intérieurs, tandis qu'ils se comptaient par centaines dans les hôpitaux civils. Pourquoi, messieurs ? Ma thérapeutique a été celle de mes confrères ; ceux qui s'imaginent que tous les soldats ont vingt ans, une constitution robuste et des joues roses, imputeront ce résultat à la vigueur de mes malades. La vérité est que, connaissant par l'expérience de 1831 la puissance infectante du choléra, témoin de ses ravages à Bourbonne-les-Bains, de ses traînées et de ses foyers multiples autour de cette ville et dans un rayon de plusieurs lieues, j'ai pris, avec le concours d'une administration très éclairée, les mesures suivantes dès le début de l'épidémie : 1° traitement des cholériques dans un pavillon isolé ; 2° aération de jour et de nuit par l'ouverture permanente des compartiments supérieurs des fenêtres des deux rangées à l'opposite et en sens alterne ; 3° vidange immédiate de tous les excréta ; 4° établissement d'une salle de convalescents, etc. Les deux mesures les plus efficaces ont été évidemment les deux premières, et dans sa dernière instruction officielle sur les mesures à prendre contre le choléra, le conseil de santé, sur ma demande, a inscrit celle de l'aération permanente des locaux.

Une objection est prévue : puisque le maximum de salubrité se trouve sous les tentes, comment sont-elles devenues en Crimée les foyers et les réceptacles du typhus ? C'est qu'alors l'habitation des soldats et des malades n'était plus la tente fixée sur un sol assaini, livrée à une aération fréquente ; elle restait

hermétiquement fermée, elle recouvrait des logements souterrains, des excavations destinées à protéger les hommes contre le froid et les intempéries, des taupinières comme on les appelait; douze à quinze hommes s'y entassaient et s'y enfermaient, avec leurs effets de couchage et d'équipement, pendant tout le temps que leur tour de service ne les appelait point ailleurs; creusées dans un sol perméable à l'eau, les parois de ces abris suintaient et entretenaient sous les tentes une humidité pénétrante; avec la multiplicité des cimetières, avec les milliers de corps humains en décomposition dans cette terre tant remuée, avec les cadavres d'animaux dont elle était parsemée, avec les campements rapprochés de plusieurs armées, formant ensemble un effectif de 180 à 200 000 hommes sur ce plateau de Chersonèse, d'une étendue de quelques lieues, comment le typhus n'aurait-il pas fait explosion? Sous le sol d'une tente du 17e de ligne, dont tous les habitants furent victimes de cette maladie, on trouva un cimetière de soldats anglais enterrés après la bataille d'Inkermann (1) : accusera-t-on la tente de ce désastre? Les tentes ont-elles donné le typhus aux premiers médecins qu'il a frappés : MM. Thomas, Colmant, Vingt, Ancmelle, etc., et au général de division Bouat, atteint presque en même temps, quand une enquête a démontré que leurs tentes avoisinaient des cadavres enterrés superficiellement?

Le confinement et l'agglomération sous la tente y produisaient donc l'infection comme dans les salles d'un hôpital; les logements souterrains, humides et sans aération devaient la renforcer. A côté de nos soldats, l'armée sarde, établie dans les mêmes conditions, a subi le même sort; les Anglais, abrités pendant l'hiver de 1855-56 dans des baraques planchéiées et aérées par de nombreuses fenêtres, ont joui d'une remarquable immunité. Dès novembre 1854, j'ai proposé la construction de baraques pour les ambulances et de baraques-chauffoirs pour les corps de troupes; j'ai prédit le méphitisme des abris souterrains et le péril qui en résulterait, et le 5 mars 1855 j'écrivais à l'autorité supérieure de l'armée : « En présence du *scorbut et des premières manifestations du typhus des camps, il y a urgence :* 1° à supprimer les taupinières, à rétablir les tentes sur le sol sans excavation intérieure; 2° à faire enterrer les cadavres d'animaux, à les recouvrir d'une couche de chaux, ainsi que les cimetières des ambulances et tous les autres foyers de putréfaction organique; 3° à déplacer les campements des régiments ou des troupes qui fournissent le plus de malades. » Le 26 février 1855, j'écrivais déjà à la même autorité : « Sous l'influence d'une température plus douce, un nouveau danger menace l'armée, celui qui résulte des émanations des matières animales en putréfaction. Outre le grand nombre d'animaux morts qui sont épars sur le sol, on doit craindre que les inhumations des cadavres humains n'aient pu être faites à une profondeur suffisante, soit à cause des grands froids qui avaient durci la terre, soit en raison du peu d'épaisseur de la couche de terre qui recouvre le roc du plateau. La chaux remplace l'incinération pour les matières animales en putréfaction, elle prévient ou arrête leur fermentation putride, etc. » Le 17 avril 1855 : « Si le typhus se montre, préférer pour le traiter les hôpitaux sous tentes aux bâtiments, aux habitations plus ou moins closes qui favoriseront son extension contagieuse. » Si je mentionne ici quelques-unes de mes interventions d'hygiéniste en Orient, c'est qu'elles ont été passées sous silence ailleurs, et personne ne trouvera que je me sois pressé de revendiquer la priorité des initiatives et des suggestions médicales que d'autres n'ont eu qu'à répéter.

Les chances d'infection et de contagion ont leur minimum sous les tentes, leur maximum dans les bâtiments hospitaliers; à l'égard de ces derniers établissements, mes prévisions et mes sollicitudes n'ont point failli.

Dès le mois de juillet 1854, je me suis empressé d'appeler verbalement et par écrit l'attention du maréchal commandant en chef et de l'intendant général de l'armée sur le danger des grandes agglomérations de malades et sur l'étroite liaison qui existe entre leur salubrité et les oscillations de leur effectif de malades. En novembre de la même année, l'hôpital de Péra fournissait déjà un triste enseignement, et, tandis que la crainte de la pourriture nosocomiale faisait reculer devant les opérations nécessaires, un capitaine du génie amputé, un colonel d'artillerie aujourd'hui général, qui avait subi sur le champ de bataille d'Inkermann la résection d'une portion du péroné, tous deux atteints d'un commencement de pourriture, ont dû leur salut à leur embarquement, effectué dans les conditions les plus inquiétantes. Avant qu'ils n'eussent touché aux rivages de France, leurs plaies avaient changé d'aspect, et tous deux jouissent aujourd'hui d'une bonne santé. Le 10 mars 1855, je rappelais par une circulaire à tous les médecins en chef des hôpitaux la nécessité d'une aération continue par l'ouverture permanente des fenêtres opposées : « Le bienfait d'un air pur, ajoutais-je en terminant, est le principe de tous les traitements, de tous les succès en médecine comme en chirurgie; je vous recommande de le procurer à vos malades, de constater par vous-mêmes, et de faire constater par les médecins de garde l'exécution de vos prescriptions à cet égard. » S'il est vrai que l'infection a été l'origine, le mode de propagation et la cause la plus générale d'aggravation des maladies qui ont lourdement pesé sur l'armée d'Orient, il demeure prouvé par tous les documents relatifs au service de santé de cette armée, et pour la plupart inédits, mais authentiques, que ce fléau, sans cesse renaissant, a été, depuis le commencement jusqu'à la fin de ma mission, l'objet permanent de mes préoccupations, de mes avertissements, de mes conseils raisonnés et réitérés. Je me suis ingénié, de concert avec l'administration et mes dévoués collaborateurs du corps médical, à le prévenir, à le restreindre, à le combattre.

La pratique des temps de paix, le fonctionnement hospitalier des villes et des garnisons de l'intérieur, la médecine civile, comme la médecine militaire, sont appelés à profiter des redoutables enseignements de la guerre. Les situations presque inévitables qui se produisent dans les campagnes de longue durée, les catastrophes pathologiques qui jalonnent l'itinéraire des grandes armées jetées au loin et soumises à une longue série d'épreuves, ne sont, pour la plupart, que le grossissement, sur une très grande échelle, des causes et des effets qui agissent petitement, obscurément dans les hôpitaux plus ou moins encombrés des grandes villes; c'est toujours l'infection, souvent la contagion, qui est le principal artisan de leurs mortalités, ici elle tue en détail, comme ailleurs elle tue en gros; elle paralyse ou détruit l'œuvre du chirurgien; elle frustre le médecin de ses plus légitimes succès; elle frappe de stérilité le zèle et l'activité de l'administrateur. Que tous, administrateur, médecin, chirurgien s'entendent donc pour neutraliser cette influence la plus générale, la plus active, la plus persistante parmi toutes celles qui contrarient le but secourable de leurs communs efforts.

Je ne voudrais ajouter, en terminant, aucune proposition à toutes celles qui ont déjà été articulées à cette tribune; je les tiens toutes pour excellentes; mais l'Académie entrera-t-elle, sans y être invitée officiellement, dans l'examen et dans la controverse de toutes ces propositions? Nommera-t-elle une commission pour les peser, les grouper, les enchaîner logiquement? et, pour les compléter, l'élément militaire y trouvera sa place, car les hôpitaux civils ont beaucoup à emprunter à ceux de l'armée, beaucoup à les imiter en ce qui concerne les prescriptions réglementaires de l'aération, de l'espacement des lits, de l'habillement et du régime alimentaire des malades, le choix et le fonctionnement des infirmiers, etc., etc.

Il me semble que le rôle de l'Académie se borne, jusqu'à présent, à réunir les communications qui ont été portées à cette tribune pour les adresser aux autorités compétentes; se tenant à leur disposition pour l'examen décisif des questions soulevées, et aussi pour les nouvelles recherches que leur solu-

(1) *Traité d'hygiène publique et privée*, 1re et 2e édition. La quatrième est sous presse.

Digitized by Google

tion pourra nécessiter. Il est impossible que cette discussion, sagement prolongée, sur les conditions actuelles et les conséquences de l'organisation nosocomiale, n'ait pas un salutaire retentissement et ne conduise pas à des réformes.

Parmi ces réformes, il en est qui seront des restitutions. Que sont devenues les assemblées annuelles des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens des hôpitaux et des hospices civils de Paris, pour nommer une commission chargée de faire un rapport à l'administration supérieure sur tout ce qui intéresse l'hygiène des malades et l'exécution du service? L'article 18 du règlement de 1830 qui avait institué cette sorte d'enquête annuelle, est-il aboli ou tombé en désuétude? J'ai rendu compte autrefois dans un recueil périodique (1) des rapports émanés de la commission médicale des hôpitaux et hospices de Paris, rapports aussi remarquables par le détail des faits que par l'ensemble et la portée des vues; l'administration centrale les discutait et y répondait même par la voie de la publicité : ils ont dû suggérer maintes améliorations, car tels qu'ils sont aujourd'hui, les hôpitaux et hospices de Paris en ont réalisé beaucoup et ne s'arrêteront plus dans la voie d'un progrès relatif. Voilà bien des années qu'aucun rapport médical n'a paru, et il semble que la discussion actuelle ait eu pour objet de combler cette lacune. L'intérêt des malades se lie étroitement à ces consultations périodiques et collectives que l'administration de l'assistance publique peut demander à notre profession; elles gagneront encore en précision et en indications pratiques, si elles résument l'expérience chirurgicale et médicale de chaque hôpital en particulier. A cet effet, il conviendrait de faire cesser l'isolement des services qui y existent, de réunir dans chaque hôpital ou hospice les médecins et les chirurgiens en une commission permanente d'hygiène qui, suivant les cas définis par un règlement, s'adresserait sur place au directeur de l'établissement ou au directeur général de l'assistance; les commissions médicales et permanentes des hôpitaux et hospices seraient reliées entre elles par un médecin inspecteur général correspondant avec elles directement, comme les officiers de santé en chef des hôpitaux militaires et des corps de troupes communiquent sans intermédiaire avec le conseil de santé des armées. Ce haut fonctionnaire de la profession aurait une mission de centralisation médicale et de contrôle hygiénique dans tous les établissements de l'assistance publique : sa place n'est-elle pas indiquée à côté des inspecteurs administratifs, les seuls qui existent jusqu'à présent au centre de cette vaste organisation? Mais c'est une pente glissante que celle des propositions et des projets d'innovations. Je m'arrête et je termine par cette réflexion, qui traduit ma confiance en l'avenir : il faudrait désespérer du progrès nosocomial, s'il ne pouvait s'accomplir largement par le concours d'une administration aussi bien inspirée, aussi sympathique que celle de l'assistance publique et d'une réunion d'esprits aussi éminents, aussi compétents, aussi éprouvés et dévoués au bien des malades que le corps médical des hôpitaux et hospices civils de Paris.

III

CORRESPONDANCE.

A propos de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Bien que le journal que vous dirigez ait peu mentionné mon nom à l'occasion des débats de l'Académie, sur l'hygiène nosocomiale, je crois pouvoir compter sur votre équité pour espérer que vous voudrez bien écouter quelques réclamations que me suggèrent les articles de M. Léon Le Fort, et leur donner la publicité de votre important recueil.

J'ai vu avec surprise et regret M. Le Fort s'efforcer avec habileté dans « une note sur l'hygiène hospitalière » et dans le compte rendu de l'Académie du 11 mars, de communiquer à vos lecteurs la croyance qu'il aurait posé ce qui constitue réellement la base de la discussion, à savoir : 1° que la mortalité dans certaines opérations chirurgicales, les amputations en particulier, est plus élevée dans les hôpitaux de Paris que dans ceux de Londres; 2° que cette différence est principalement due à l'hygiène des opérés, à l'alimentation et à la simplicité des pansements chez nos voisins d'outre-Manche; 3° que de nombreuses réformes sont absolument nécessaires chez nous. Or, je déclare formellement que ces propositions à la démonstration et aux développements desquelles j'ai consacré ma thèse inaugurale, publiée le 23 février 1860, et renfermant 132 pages in-4° et 36 tableaux statistiques, sont de moi, et que M. Le Fort n'a fait que les reproduire dans le compte rendu qu'en donna la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 13 avril 1860, et les confirmer dans sa note d'il y a trois mois, premier travail qu'il ait publié sur ces questions.

Dans un mémoire sur les résections, présenté en 1859 à l'Académie de médecine, votre honorable rédacteur donne une statistique d'amputations de cuisse recueillies çà et là dans les publications anglaises, et en compare la mortalité avec celle des résections du genou, opérations susceptibles de les remplacer en quelques circonstances. Ce n'est pas, je suppose, sur ce parallèle, que M. Le Fort compte asseoir ses prétentions à posteriori!

Je me permettrai de rappeler ensuite à mon confrère et ami, nos conversations particulières en février et mars 1860, l'une dans mon cabinet, où je lui donnai des éclaircissements verbaux et lui confiai divers documents et notes personnelles pour lui faciliter le compte rendu de ma thèse. Son attention alors n'avait pas été attirée sur ces points, mais bien sur les résections. Il est vrai qu'il ne fit aucune opposition aux convictions que je rapportais de Londres et qu'il les adopta immédiatement.

Peut-être vous semble-t-il comme à moi, monsieur le rédacteur, qu'en présence de ces dates et de ces faits et sans excès de générosité, votre distingué rédacteur eût dû se rappeler mon travail lorsqu'il écrivait dans votre numéro du 11 : « Avant la discussion actuelle qui a mis en lumière bien des imperfections de notre hygiène nosocomiale, ni les directeurs de l'Assistance publique, ni les médecins ne paraissaient avoir été frappés de leur existence, assez du moins pour élever sur ce point quelques réclamations; » et eût pu faire savoir si, dans l'intéressant historique de ses propres travaux, le pronom *nous* si fréquemment employé : « *Nous fûmes frappé; nous acquîmes la certitude; nous vîmes; nous avons montré*, etc., veut dire *je* purement et simplement, ou bien si, par chance, il signifie l'auteur de la thèse où il a puisé ses principales idées sur l'hygiène et les résultats des amputations et des pansements en Angleterre.

M. Le Fort est assez riche de son mérite personnel sans prétendre à la part d'autrui et la note que lui ont suggérée les débats de l'Académie n'en demeure pas moins une œuvre intéressante, dont mieux que beaucoup je puis apprécier la valeur et qui renferme d'utiles éléments de discussion.

Je regrette toutefois qu'il ait pris ses renseignements presque exclusivement auprès des gouverneurs des hôpitaux anglais, dont l'impartialité pourrait être suspectée, et qu'il nous ait décrit, par une singulière fatalité, des salles ouvertes depuis peu et dont les dispositions hygiéniques n'ont pas été sanctionnées par l'expérience, tandis qu'il lui était facile de prendre les salles des hôpitaux Saint-Barthélemy, de Londres, Saint-George, etc. Celles-ci non moins saines, très anciennes, avaient du moins l'avantage de rentrer dans les statistiques que l'Académie admet et que j'ai relevées personnellement avec la plus grande sévérité. Pourquoi encore reproduire la réponse entière de M. Mac-Ghie, directeur de l'infirmerie de Glascow, et revenir sans cesse sur cet hôpital réputé en Angleterre pour ses insuccès en chirurgie, lorsque nous voulons démontrer que pour diminuer la mortalité dans nos opérations, il faut pratiquer des réformes hygiéniques sur le modèle de nos voisins!

Je regrette vivement, monsieur le rédacteur, que les circonstances m'aient forcé de vous entretenir d'une priorité que M. le professeur Gosselin a récemment indiquée à l'Académie, et que reconnaissent M. Malgaigne qui présida à ma thèse et M. Husson directeur de l'Assistance publique, auquel j'adressai, il y a deux ans, non-seulement mon travail, mais encore une lettre où je résumais les principales réformes auxquelles je concluais; l'une d'elles, l'établissement des bulletins statistiques dans nos hôpitaux sur le modèle de ce qui se fait à Londres, a été presque immédiatement opérée.

Agréez, etc.

Paul TOPINARD.

Si M. Topinard a vu avec surprise et regret que nous ne parlions pas plus souvent de lui, c'est aussi avec surprise, mais sans regret, que nous avons vu cette réclamation de priorité sur un sujet qui n'en comporte guère, à moins qu'il ne s'agisse de la découverte de l'Angleterre, que nous n'avons pas la prétention d'avoir faite. Quant à M. Topinard, il a visité ces pays inconnus en 1859.

Après avoir, en 1858, passé cinq mois dans les hôpitaux de

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*

Londres, nous avions cru avoir présenté à la *Société de chirurgie*, le 15 juin 1859, un mémoire sur la résection du genou, y avoir parlé d'une différence de mortalité pour *les amputations de cuisse* entre Londres et Paris, et y avoir donné des statistiques prises par nous aux sources suivantes :

Saint-George (1851-1856), Holmes, *Med. Times and Gaz.*, 1857, p. 217.

Northern Hospital (Liverpool) (1834-1841), Parher, *London Med. Gaz.*, 1841, p. 268.

Glascow Infirmary (1842-1853), Mac-Ghie, *Glascow Med. Journ.*, 1854, p. 158.

Hôpital de Devon (1816-1849), James (d'Exeter), *Trans. of the Prov. Assoc.*, 1852.

New-York (1839-1848), Buel, *Amer. Journ.*, 1848, p. 268.

Pensylvania (1834-1838), Norris, *Amer. Journ.*, 1838, p. 360.

Massachussets (jusqu'à 1850), Hayward, *Amer. Journ.*, 1851, p. 182.

Paris, 1836-1841, Malgaigne, *Archives gén. de méd.* 3e série, t. XIII, p. 389.

Nous nous étions trompé ; M. Topinard veut bien nous apprendre que c'est à l'*Académie de médecine* et non à la Société de chirurgie que notre mémoire a été lu, qu'il n'y est parlé ni de cette différence de mortalité, ni de l'alimentation et du régime des opérés, et que ces statistiques ont été empruntées à sa thèse de 1860.

Il réclame également la priorité de celles que nous avons données dans notre note de 1861 sur l'hygiène hospitalière ; cette fois sa priorité serait incontestable, car M. Topinard aurait deviné le 2 février 1860 les statistiques de Guy, Saint-Thomas et Glascow, qui vont jusqu'au 1er janvier 1861.

Quant à ce qui concerne les salles de Glascow et de King's College, inaugurées les unes le 21 mai 1861, les autres à la fin de la même année, par une singulière *fatalité*, ce sont les seules que nous ayons trouvé à imiter au point de vue architectural, et, *par une fatalité* plus grande encore, nous en avons *remis à l'Académie* les plans détaillés pour ce qui concerne la construction, le chauffage et la ventilation. La même *fatalité* nous a fait donner aussi les plans, dessinés également et annotés *par nous*, de London Hospital, King's College, Barthélemy, Guy, Westminster, University, Saint-Thomas, Wolwich, Margate, etc.

Quant au reproche d'avoir choisi précisément les statistiques les plus défavorables pour les comparer à celles déjà trop élevées de nos hôpitaux, nous l'accepterions comme un éloge, si une bonne foi rigoureuse pouvait être autre chose qu'un devoir.

Nous apprenons trop tard que nous eussions été agréable à M. Topinard en lui empruntant les renseignements que renferme sa thèse, et en le citant le plus souvent possible ; mais il nous pardonnera d'avoir préféré nous en rapporter à nos seules impressions, qu'a encore confirmées notre dernier voyage de l'année dernière.

Quoi qu'il en soit, nous sommes tout le premier à regretter que le travail de M. Topinard n'ait pas attiré plus tôt toute l'attention qu'il mérite ; c'est ce qui paraît former, à bon droit, le véritable sujet de sa réclamation ; mais ce n'est pas notre faute si une simple phrase de M. Gosselin a fait ce que n'avait pu faire encore un mémoire très sérieux, renfermant un grand nombre de matériaux précieux, réunis et classés avec soin, donnant sur l'hygiène des opérés et les résultats des opérations en Angleterre des renseignements d'une haute utilité.

Notre dernière note ne traite guère que de l'hygiène hospitalière ; mais ce n'était et ce ne pouvait être qu'incidemment que, dans notre mémoire de 1859, nous appelions l'attention sur des points que M. Topinard a fait ressortir plus tard, avec une importance bien autrement grande, dans sa thèse spécialement destinée à ce sujet ; travail qui, nous le répétons, sera consulté avec un grand intérêt et un véritable profit par tous ceux qui ne connaissent pas l'Angleterre.

Léon Le Fort.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *De la régénération des tendons*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — Dans cette troisième partie de son mémoire, l'auteur étudie d'abord le mode de cicatrisation des tendons chez des chevaux sacrifiés quatre, six, dix, douze, vingt-quatre heures ; trois, quatre et treize jours, après la section du tendon, pratiquée, comme dans les expériences précédentes, par la méthode sous-cutanée.

Puis M. Jobert expose le résultat de ses recherches anatomiques sur la régénération des tendons chez l'homme.

« *Première observation*. — Séquestre du tibia. Trépanation. Pied bot. Réparation du tendon d'Achille. Section datant de cinquante jours. Sujet âgé de trente et un ans. Mort par albuminurie. — La dissection a permis de constater que la réunion du tendon d'Achille était établie par un tissu tendineux qui réunit les deux bouts du tendon. Cette régénération a 3 centimètres de long et à peu près les deux tiers de l'épaisseur du tendon normal. La gaine lui adhère fortement et est, pour ainsi dire, identifiée avec lui.

» *Deuxième observation*. — Pied bot congénital. Section des tendons d'Achille. Fièvre typhoïde. Phlegmon diffus. Mort du sujet, âgé de vingt-sept ans. Dissection des membres soixante-sept jours après la section des tendons d'Achille, des jambiers antérieurs et des extenseurs propres du gros orteil.

» La gaine du tendon d'Achille est confondue avec le tendon dans l'espace d'un demi-centimètre, et il existe en ce même point une substance d'un gris rosé qui lie les deux bouts du tendon.

» Les deux bouts du tendon du jambier antérieur présentent un écartement de quatre travers de doigt, et cependant ils sont réunis par un tendon grêle de nouvelle formation.

» Entre les deux bouts du tendon de l'extenseur propre du gros orteil on trouve un écartement de 4 centimètres. Dans sa gaine existent quelques ecchymoses ; au-dessus et au-dessous de la section, le tendon est blanc nacré. Les deux extrémités du tendon sont continuées par une espèce d'appendice d'un centimètre de long, qui va se perdre en pointe dans le tissu cellulaire. Le bout inférieur présente des parcelles de caillots sanguins.

» *Troisième observation*. — L'examen de la pièce a fait constater : 1° la réparation du tendon d'Achille par un produit nouveau ; 2° une adhérence de la gaine à la substance de nouvelle formation ; 3° une dépression vers l'extrémité supérieure de la division du tendon et un peu au-dessous d'elle, ce qui fait croire à tort à un ganglion formé par ce même bout du tendon ; 4° l'extrémité calcanéenne se continue régulièrement avec ce nouveau produit ; il existe donc une continuité parfaite entre les deux bouts du tendon ; 5° ce produit est formé par des fibres qui s'étendent dans la longueur du tendon nouveau, d'une extrémité à l'autre de l'ancien tendon, des fibres obliques qui semblent se diriger d'un point de la gaine à l'autre, et des fibres serrées transversales.

» Le prétendu nœud dont on parle tant n'existe pas, et il paraît dû seulement alors à un défaut de niveau entre le produit nouveau et l'extrémité tendineuse du tendon d'Achille normal. »

— A la suite de cette communication, M. *Velpeau*, rappelant les opinions de quelques physiologistes, qui attribuent au sang épanché la faculté de s'organiser, faculté que d'autres refusent d'admettre, prie M. Jobert (de Lamballe) de se prononcer entre ces deux opinions.

Digitized by Google

— M. *Jobert* répond qu'il résulte de toutes ses expériences que la reproduction d'un tendon commence par un caillot, ajoutant qu'il distingue, d'ailleurs, la reproduction de la réparation.

— M. *Élie de Beaumont* présente, au nom de M. *Chas. T. Jackson*, un *Manuel d'éthérisation*, contenant des instructions pour l'emploi de l'éther, du chloroforme et autres agents anesthésiques, et de plus un historique de la découverte de l'anesthésie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

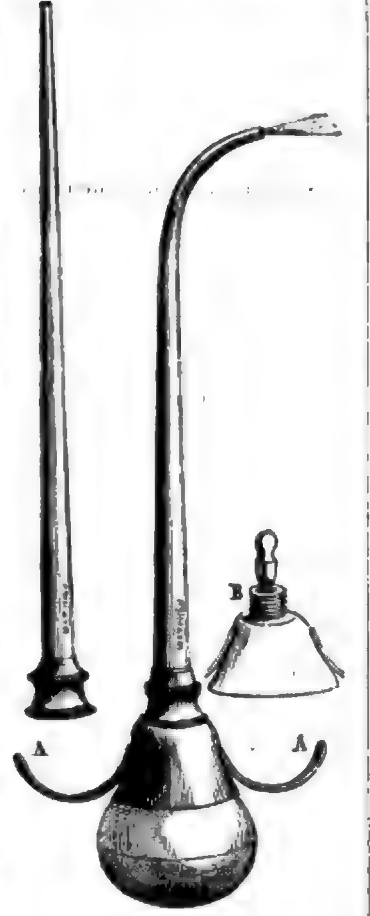
Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Haute-Savoie, de la Sarthe, de la Dordogne et de la Haute-Garonne. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de la Chaldette (Lozère) et d'Amélie-les-Bains. (*Commission des eaux minérales*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Béhier*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie médicale. — *b*. Une série de pièces imprimées et manuscrites sur la statistique mortuaire de la ville de Bordeaux, envoyées par M. le docteur *Marmisse*. (*Comm* : M. Vernois.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Lipkau*, relative à l'instrument nommé *réculseur*. (*Comm.*: M. Gibert.)

3° M. *Mathieu* présente un insufflateur qu'il a fabriqué d'après les indications de M. *Morand*, docteur en médecine à Pithiviers (Loiret).



L'instrument destiné à projeter une substance pulvérisée sur différents organes se compose d'une petite poire de caoutchouc et de trois canules de différents modèles qui s'y adaptent à vis.

La petite poire qui sert de réservoir à la poudre et forme soufflet est adaptée à une pièce métallique terminée par un tube par où l'on introduit la poudre, et auquel se fixent les canules. Deux demi-anneaux soudés à la pièce métallique permettent de maintenir l'instrument avec l'index et le médius, pendant qu'avec le pouce de la même main on exerce sur le fond de la poire de caoutchouc de petites pressions saccadées.

Les canules sont effilées à leur extrémité libre pour empêcher la sortie en masse de la poudre, et munies, à quelques centimètres de leur grande ouverture, de deux fils métalliques croisés à angles droits pour empêcher l'obstruction. Elles ont été faites sur des modèles différents pour répondre à plusieurs usages.

La canule 1, droite et la plus courte, est destinée aux insufflations dans l'arrière-gorge et dans les yeux quand on veut employer des collyres secs.

La canule 2, courbe, sert à insuffler la substance médicamenteuse dans le larynx.

La canule 3, droite et plus longue que les autres, peut être utile pour projeter sur le col de l'utérus, de l'alun ou toute autre substance pulvérisée.

Un petit bouchon métallique qui s'adapte au tube empêche la sortie de la poudre quand on démonte l'instrument.

Cet insufflateur, simple et d'un petit modèle, a l'avantage de fonctionner facilement et d'une seule main. Il permet de porter des substances astringentes ou caustiques sur des surfaces circonscrites en laissant une main libre pour abaisser la langue ou maintenir le spéculum. Il met à l'abri d'un contact direct, dans l'angine couenneuse par exemple. Enfin on peut agir sur la surface malade seulement et sans la perdre de vue, comme cela arrive avec les insufflateurs que l'on fait fonctionner avec la bouche.

M. *le Président* annonce à l'Académie la mort de M. le docteur *Bernard* (de Moulins), membre correspondant.

M. *le Président* dépose sur le bureau, au nom du conseil général de l'Association générale des médecins de France, l'*Annuaire* de cette institution, et propose d'adresser une lettre de remercîments à son président, M. *Rayer*.

Lectures.

STATISTIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur *Ulysse Trélat*, chirurgien des hôpitaux, lit une *Note sur les résultats statistiques des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris.*

Les relevés faits par M. Trélat portent sur les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, de 1850 à 1861 inclusivement, 11 ans; Pitié, de 1851 à 1861, 10 ans; Charité, de 1850 à 1861, 11 ans; Saint-Antoine, de 1853 à 1861, 9 ans; Necker, de 1848 à 1861, 14 ans; Beaujon, de 1850 à 1861, 11 ans; Lariboisière, de 1854 à 1861, 8 ans; l'hôpital des Cliniques, de 1855 à 1861, 7 ans; l'hôpital des Enfants malades, de 1851 à 1861, 10 ans; Sainte-Eugénie, de 1854 à 1861, 10 ans; en tout, 99 ans, presque un siècle de pratique hospitalière.

En dehors de quelques faits exceptionnels, qu'il signale et qu'il néglige, il reste à M. Trélat un total de 1144 amputations, ainsi réparties : désarticulations coxo-fémorales, 3; amputations de la cuisse, 360; désarticulations du genou, 4; amputations de la jambe, 118; amputations du pied, 116; désarticulations de l'épaule, 27; amputations du bras, 141; désarticulations du coude, 4; amputations de l'avant-bras, 14; amputations de la main, 27. Total, 1144.

Ces 1144 amputations donnent 522 morts, ou 45,6 pour 100;

568 amputations pathologiques : 223 morts, ou 41 pour 100;

470 amputations traumatiques : 261 morts, ou 55,5 pour 100;

106 amputations de cause indéterminée : 28 morts, ou 26 pour 100.

La faiblesse de ce dernier chiffre de mortalité tient à ce que cette catégorie renferme proportionnellement un grand nombre d'enfants.

La mortalité des hommes est de 438 sur 908 opérés, ou 48,2 pour 100; celle des femmes, de 84 sur 236 amputées, ou 35,5 pour 100. M. Trélat explique cette différence : 1° par la plus grande vitalité du sexe féminin; 2° par la rareté relative des opérations et des grandes blessures dans les salles de chirurgie consacrées aux femmes.

D'une façon générale, c'est-à-dire en réunissant les chiffres fournis par les deux sexes, c'est l'âge de 5 à 15 ans qui donne la plus faible mortalité : 18,9 pour 100, soit 15,2 pour les amputations pathologiques et 16,6 pour 100 pour les traumatiques. De la naissance à 5 ans, elle est à peu près la même que de 15 à 30 ans; après 15 ans, elle augmente régulièrement et sans aucune interruption, quelle que soit la nature de l'amputation et quel que soit le sexe. Passé 70 ans, elle atteint de telles proportions, 95 pour 100, c'est-à-dire 1 guéri sur 20 opérés, que M. Trélat pense qu'il ne faut plus faire d'amputation au delà de cet âge.

Après avoir indiqué ces résultats généraux, M. Trélat rapproche les résultats partiels de chacune des amputations comparées chez les deux sexes aux différents âges et selon la nature et le siége des opérations, et il termine par les réflexions suivantes :

« En comparant la statistique de M. Malgaigne, portant sur les années 1836 à 1841, vieille, par conséquent, de vingt ans maintenant, avec celle que j'ai donnée, on remarque que, pour les trois grandes amputations, celles de la cuisse, de la jambe et du bras, les chiffres de mortalité se sont notablement abaissés. Ainsi, en 1841, ces trois opérations donnaient 62,6 pour 100, 55,2 pour 100, 45 pour 100. Aujourd'hui les chiffres correspondants sont : 52,7 pour 100, 44 pour 100, 42,5 pour 100.

» Nous avons donc progressé d'une façon notable; nous

Digitized by Google

avons presque gagné 1 malade sur 3, résultat bien important qui doit nous donner confiance dans l'avenir. Nous pouvons donc, que dis-je? nous devons donc progresser encore. La barrière n'est pas infranchissable; c'est une limite qui doit reculer sans cesse. » (*Comm.*: M. Gosselin.)

Remèdes nouveaux. — M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont adoptées.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Michel Lévy* prononce un discours que nous publions *in extenso*. Voy. p. 195.)

Lecture.

Pathologie interne. — M. *Bouillaud*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Blache* et *Barth*, lit un rapport sur un travail de M. le docteur *Nonat*, ayant pour titre : *Études sur la chlorose envisagée particulièrement chez les enfants*.

« Bien que la maladie connue sous le nom de chlorose, et l'anémie si souvent sa compagne, aient déjà comparu bien des fois à cette tribune, tout n'a pas encore été dit et épuisé à leur sujet. D'ailleurs, ces deux états ou éléments pathologiques jouent un si grand rôle sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique; ils sont encore si souvent méconnus, mal appréciés, confondus avec des maladies organiques proprement dites, des congestions sanguines ou des phlegmasies, que l'Académie accueillera certainement avec sa bienveillance accoutumée un nouveau travail consacré à la chlorose.

» M. Nonat s'est proposé, dans ses études, de résoudre les onze questions suivantes : 1° Qu'est-ce que la chlorose? 2° La chlorose diffère-t-elle de l'anémie? 3° Quels sont les principaux caractères distinctifs de ces deux états morbides? 4° Y a-t-il réellement deux variétés de chlorose : l'une idiopathique l'autre symptomatique? 5° La chlorose est-elle exclusivement propre à la femme? 6° La chlorose peut-elle être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des menstrues? 7° Est-il vrai que la chlorose soit une affection de l'âge de la puberté? 8° De la chlorose chez les enfants. 9° Influence de la chlorose sur le développement organique et sur la constitution. 10° Influence du développement organique sur l'état chlorotique. 11° Existe-t-il un traitement spécifique de la chlorose?

» M. Nonat définit la chlorose : une maladie caractérisée *fonctionnellement* par un abaissement de la force d'hématose, et *anatomiquement* par une diminution dans la proportion des globules du sang. » M. Bouillaud discute longuement cette définition; il en adopte volontiers le premier terme, qu'il trouve conforme aux principes et aux saines données de la science; mais il regrette que le second terme soit obscurci par cette expression vague et malencontreuse de *force* d'hématose, qui présente, en outre, l'inconvénient de multiplier les causes et les forces sans nécessité.

« Cette remarque faite, ajoute M. Bouillaud, sur l'un des éléments de la définition de M. Nonat, nous nous empressons de reconnaître qu'il a présenté des considérations très instructives et intéressantes sur les divers degrés de *globulisation* du sang, selon les espèces animales et, dans l'espèce humaine, selon le sexe et l'âge (l'enfance exceptée, pour laquelle nous manquons d'analyses qui permettent de fixer la proportion normale des globules du sang). »

» M. le rapporteur expose ensuite la manière dont M. Nonat a résolu chacune des autres questions posées au commencement de son mémoire, et il le loue d'avoir formellement séparé la chlorose de l'anémie, d'avoir soutenu, contrairement à une opinion professée à la tribune académique, que la chlorose n'est pas exclusivement propre à la femme, et qu'elle n'est jamais et ne peut jamais être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention du flux cataménial.

» A la sixième question : est-il vrai que la chlorose soit une affection de l'âge pubère? M. Nonat répond très catégoriquement, et certes il ne sera pas démenti par la bonne observation, que la chlorose est une maladie de tous les âges. Il ajoute même que, contrairement à l'opinion généralement accréditée, cette maladie est plus commune dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. » Rappelant, à ce propos, un travail récent de MM. Marchand et Chauveau, qui prétendent que le bruit du souffle continu, musical ou non, des artères du cou, avec renforcement pendant la diastole et la systole artérielles, serait un phénomène normal chez les enfants, M. Bouillaud fait observer que, même en adoptant cette opinion, il ne faudrait pas en conclure que ce phénomène si remarquable ne constitue pas un signe pathognomonique de ces états du sang définis par les noms de chlorose, d'anémie, de chloro-anémie, mais plutôt que le sang des enfants, en vertu des particularités de sa composition, se trouve dans quelqu'une de ces conditions physiques et organiques, auxquelles a été donné pour signe caractéristique le bruit du souffle de certaines artères (les carotides primitives et les sous-clavières spécialement).

« Quoi qu'il en soit, ajoute M. Bouillaud, la chlorose et la chloro-anémie des enfants, à un degré léger, constituent moins une maladie proprement dite, qu'une sorte d'état intermédiaire entre l'état sain et l'état morbide. Sous ce rapport elles se rapprochent de ce qu'on appelle les *tempéraments*.

» M. Nonat vient confirmer cette manière de voir en déclarant, à plusieurs reprises, que la chlorose est une disposition organique particulière, que certains individus apportent en naissant; que l'on naît chlorotique; que la chlorose est un état congénital; que l'hérédité en est la cause par excellence.

» M. Nonat rapporte cinq observations détaillées de chlorose chez les enfants. Le chiffre total de celles qu'il a recueillies depuis 1852 est de 68 cas. De ces observations, M. Nonat tire les conclusions suivantes :

» 1° La chlorose s'observe dans l'enfance, et on la rencontre dès les premiers mois de la vie (il rapporte 4 cas dont les sujets n'avaient pas encore un an);

» 2° Elle est commune aux enfants de l'un et de l'autre sexe;

» 3° Elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (41 filles pour 27 garçons chez les sujets observés par M. Nonat). »

Après avoir analysé et critiqué les paragraphes dans lesquels M. Nonat étudie l'influence réciproque de la chlorose sur le développement organique et du développement organique sur l'état chlorotique, M. le rapporteur approuve les considérations thérapeutiques par lesquelles l'auteur a terminé son mémoire, et il ajoute :

« Toute la doctrine de M. Nonat, réduite à sa plus simple expression, peut être formulée ainsi qu'il suit :

» 1° La chlorose consiste *anatomiquement* en une diminution de la proportion normale des globules du sang, et *physiologiquement* en une diminution de l'hématose, considérée sous le rapport de la formation de cet important élément ci-dessus désigné (les globules). 2° La chlorose est formellement distincte de l'anémie. 3° La chlorose constitue une unité morbide, un état anormal clairement défini, souvent *originel*, *natif*. 4° La chlorose appartient à l'un et à l'autre sexe, plus fréquente toutefois chez la femme que chez l'homme. 5° Loin d'être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des règles, elle en est le plus souvent la cause. 6° Elle n'est pas propre à l'âge de puberté; on la rencontre à toutes les périodes de la vie. 7° Elle est très fréquente chez les enfants, âge auquel elle n'a pas été suffisamment observée jusqu'à ce jour. 8° Le fer n'est pas le *spécifique* de la chlorose, au même titre que le mercure pour la syphilis, et le quinquina pour les fièvres intermittentes. Néanmoins, il est nécessaire d'administrer les préparations ferrugineuses contre la chlorose; car elles constituent jusqu'à présent la médication auxiliaire la plus efficace de cette maladie.

Digitized by Google

» Nous avons pu, nous avons dû ne pas nous abstenir de toute critique sous le rapport de la *lettre* et de la *forme* du travail de M. Nonat. Mais notre critique ne saurait porter sur l'*esprit* ou le *fonds* même de ce remarquable travail, tel que nous venons de le résumer. Sous ce rapport capital, nous reconnaissons bien volontiers que les études de M. Nonat ne pèchent contre aucun des principes de l'orthodoxie médicale au sujet de la chlorose. Or, en aucun temps, sans en excepter le nôtre, ce n'est pas un mérite médiocre que de marcher ainsi au milieu de cette espèce de corps d'élite, qui, toujours militant, défend pied à pied le domaine de la saine observation et de la saine raison contre toute invasion des mauvais observateurs et des sophistes.

» Ce n'est pas toutefois par ce seul genre de mérite que se distingue et brille, pour ainsi dire, le travail de M. Nonat. En effet, il est, relativement à l'âge, une espèce de chlorose que l'un des premiers, ainsi qu'il en a justement revendiqué l'honneur, il a étudié d'une manière spéciale, *ex professo* : nous parlons de la chlorose des enfants. Avant lui, la fréquence extrême de la chlorose et de l'anémie, isolées ou réunies, avait été ponctuellement signalée ; mais, en insistant sur cette fréquence, on avait fait abstraction de l'âge. Or, nul, avant M. Nonat, n'avait, comme il l'a fait, signalé cette fréquence dans l'enfance.

» Les études de M. Nonat, sous le point de vue qui nous occupe, réunissent donc au mérite que nous leur avons déjà reconnu celui de la nouveauté.

» A ce double titre, M. Nonat s'est acquis de nouveaux droits à l'estime et à la reconnaissance de la médecine. Aussi, nous plaisons-nous à espérer que l'Académie voudra bien approuver la proposition que nous lui faisons, celle de déposer très honorablement le mémoire de notre confrère dans ses archives, et d'adresser une lettre de remerciments à son savant auteur. »

(*Adopté.*)

Élections.

L'Académie procède, par la voie de scrutin, à la nomination des commissions de prix ci-dessous désignées :

Prix de l'Académie : MM. Bouillaud, Grisolle, Trousseau, Louis et Renault.

Prix Portal : MM. Cruveilhier, Rayer, Denonvilliers, Roche et Reynal.

Prix Civrieux : MM. de Kergaradec, Rostan, Jolly, Baillarger et Beau.

Prix Capuron (*pemphigus*) : MM. Blache, Bouvier, Depaul, Jacquemier et Gibert.

Prix Barbier : MM. Michel Lévy, Larrey, Briquet, Tardieu et Guérard.

Prix Orfila : MM. Moquin-Tandon, Poggiale, Chatin, Gobley et Devergie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Société obstétricale de Londres.

SÉANCE DU 8 MARS.

DISCUSSION SUR L'OVARIOTOMIE.

Un intérêt tout particulier s'attache à cette séance ; elle a été presque exclusivement consacrée à une discussion sur l'ovariotomie : intéressante par la nature des questions pratiques qui ont été examinées ; importante par la compétence incontestable des chirurgiens qui y ont pris part et des révélations statistiques qui y ont été faites. MM. Backer-Brown et Spencer Wells, les deux chirurgiens de Londres qui ont pratiqué le plus grand nombre d'ovariotomies depuis quelques années, y ont pris la plus grande part.

C'est une lecture de M. Backer-Brown qui a été le point de départ de la discussion. Ce chirurgien, après avoir exposé les raisons, généralement admises aujourd'hui, qui rendent l'opération justifiable, dit que les adhérences du kyste ne sont que très rarement un obstacle à l'achèvement de l'opération ; il les détache soit avec les doigts, soit avec le couteau ou l'écraseur. S'il est nécessaire d'arrêter une hémorrhagie, il n'hésite pas à lier la portion saignante avec un fil d'argent et à abandonner cette ligature dans l'abdomen.

Pour fixer le pédicule, M. Brown se sert d'un compas à vis que l'on enlève dans les trois premiers jours. Si le pédicule est très court et que sa traction cause des douleurs vives, il ne laisse la pince que quelques heures.

M. Backer-Brown attache une grande importance à l'état de l'atmosphère dans le choix du moment où il opère. Il s'évite de le faire quand le temps est lourd, l'atmosphère basse et l'air peu ozonisé.

Depuis qu'il est à la tête de London Surgical Home, M. Backer-Brown a fait l'ovariotomie 19 fois. Il a eu 13 guérisons et 6 morts.

Parmi les femmes guéries, 8 avaient moins de trente ans et 5 avaient de trente à cinquante-six ans. Dans les 6 cas malheureux, il y avait une femme âgée de vingt et un ans, les autres avaient dépassé la trentaine. 6 parmi les malades guéries étaient affectées de kystes depuis moins d'un an, 4 depuis deux ans, les 3 autres depuis un temps plus long ; 5 d'entre elles avaient été ponctionnées de deux à trois fois ; dans les cas malheureux, la ponction avait été pratiquée d'une à six fois ; les opérées qui ont succombé étaient malades depuis deux ans jusqu'à dix.

La santé générale dans les cas heureux était très bonne cinq fois ; médiocre, six fois ; assez endommagée, une fois ; dans un cas elle était mauvaise.

Dans 4 cas malheureux la santé générale *était* mauvaise, bonne dans un cas ; dans un autre elle était restée *parfaite* jusqu'à la sixième semaine qui a précédé l'opération. La longueur de l'incision a varié de 3 à 7 pouces.

Dans les cas heureux il s'est présenté onze kystes multiloculaires et deux kystes à une poche.

Quatre fois le kyste était multiloculaire dans les cas suivis de mort, une fois uniloculaire, une autre fois la tumeur étant demi-solide et embryonnaire renfermant des cheveux, des dents, des os, etc.

Quatre fois seulement dans les cas suivis de guérison, et une fois dans les cas malheureux, il n'existait pas d'adhérences.

Le pédicule a été maintenu hors de la plaie, au moyen de la pince, 17 fois sur les 19 cas. La plaie a toujours été fermée par des fils métalliques.

Toutes ces opérations ont été vues et les malades suivis de jour en jour par des médecins de Londres et beaucoup de médecins étrangers.

M. *Spencer Wells* a renoncé à l'emploi du serre-pédicule ; il se contente d'entourer le pédicule par le fil métallique dans un serre-nœud et de le maintenir ainsi dans la plaie ; il emploie de préférence aux sutures métalliques pour clore la plaie abdominale la suture entortillée faite sur des épingles à bec-de-lièvre. Il insiste sur la nécessité de bien nettoyer la cavité abdominale. Il vaut mieux employer des éponges fines et douces que de la flanelle, qui abandonne aisément quelques-unes de ses parcelles.

M. Wells a fait à Samaritan Hospital le même nombre d'ovariotomies que M. Brown à London Surgical Home.

Tandis que son confrère a eu 13 succès et 6 décès, M. Wells a compté 11 guérisons et 8 décès. Dans sa pratique privée, il a opéré 15 fois : 8 malades ont guéri, 7 sont mortes.

Il a donc un total de 34 opérations, dont 19 heureuses et 15 mortelles.

Il a confiance que M. Brown fera connaître le résultat de *toute* sa pratique en fait d'ovariotomie.

M. Wells n'a pu comparer que les 20 premiers cas de

Digitized by Google

M. Brown avec ses 20 premières opérations : il a trouvé les mêmes résultats en nombre, mais appliqués en sens inverse.

M. Brown avait 13 décès et 7 guérisons, tandis que lui M. Wells avait 7 décès et 13 guérisons.

MM. *Tanner*, *Hall Davis*, *Routh*, prennent part à la discussion : ils sont tous trois partisans de l'opération. Un membre prie M. Brown de faire savoir à quelle cause, dans sa pensée, il faut attribuer les changements heureux survenus dans le résultat de celles de ses opérations qui ont été faites depuis la publication de la statistique de M. Clay, dans laquelle la proportion des guérisons obtenues par M. B. Brown n'est que de 32 pour 100.

M. *Tayler Smith* opère comme M. Spencer Wells. Sur 10 opérations qu'il a pratiquées, il a obtenu 7 guérisons complètes.

M. *Backer-Brown* dit qu'il n'a aucune raison pour ne pas rendre compte des résultats de toutes ses opérations.

A l'hôpital St Mary et dans sa pratique privée il a fait 19 ovariotomies : il a guéri 6 malades et en a perdu 13.

Depuis, il a fait 19 autres opérations à London Surgical Home : 13 ont été suivies de guérison, 6 de mort.

Le total est donc de 38 opérations, dont 19 succès et 19 insuccès.

Il attribue à une hygiène mieux entendue, à des soins plus assidus donnés après l'opération, à l'observation de beaucoup de petits détails, à la bonne installation de son nouvel établissement, les résultats favorables obtenus à London Surgical Home.

— Rien ne peut être plus utile pour l'appréciation exacte de la valeur de l'ovariotomie que des discussions comme celles qui précèdent, dans lesquelles le contact utile de certaines rivalités amène la connaissance de la vérité entière.

Ce qui ressort d'une façon saillante de celle qui précède, *c'est que le point important admis par les différents opérateurs de Londres est la fixation du pédicule dans la plaie (n'importe par quel moyen)*.

Est-ce là une proportion suffisante pour oser opérer des kystes peu volumineux, et qui n'intéressent pas la santé générale? Nous ne le pensons pas. Il n'en est plus de même quand les progrès de la tumeur ont commencé à mettre la vie positivement en danger.

JULES WORMS.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Études médico-psychologiques sur la folie, par le docteur SAUZE, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Marseille; 1 vol. in-8. Paris, Victor Masson et fils, 1862.

Ce livre n'est point un traité didactique sur la folie ; c'est un recueil de mémoires sur différents sujets d'aliénation mentale. On y trouve une description de la stupidité, des considérations sur les paralysies générales progressives, un tableau des symptômes physiques de la folie, des recherches sur la folie pénitentiaire, un chapitre sur les rémissions dans le cours de la paralysie générale, un autre sur la kleptomanie des déments, dans ses rapports avec la justice, un exposé du diagnostic différentiel du cancer cérébral et de la méningo-encéphalite chronique, enfin des rapports judiciaires et des dissertations sur certains faits du ressort de la médecine légale.

La stupidité est une des formes les moins claires, les plus indéterminées de l'aliénation mentale. Il faut bien que ses caractères soient entourés d'une certaine obscurité pour avoir échappé au génie pénétrant, à la merveilleuse sagacité de Pinel, et pour n'avoir été qu'entrevus par un observateur aussi clairvoyant qu'Esquirol. Sans doute on trouverait aisément les symptômes de la stupidité épars çà et là dans les descriptions que cet illustre monographe a données de la monomanie et de la lypémanie ; mais depuis les beaux travaux de Georget, d'Étoc-Demazy et de Ferrus, il est généralement admis, parmi les aliénistes, que la stupidité constitue une affection spéciale, et qu'elle doit occuper une place distincte dans le cadre des maladies mentales. Et pourtant, il faut en convenir, la matière est encore sujette à controverse; car si M. Calmeil, M. Delasiauve et d'autres savants se rangent à l'opinion de Georget et de Ferrus, il est d'autres aliénistes également éminents, et M. Baillarger à leur tête, qui professent que la stupidité n'est qu'une variété de la lypémanie. Suivant l'honorable médecin de la Salpêtrière, « la suspension de l'intelligence n'est qu'apparente chez les aliénés stupides; il existe chez ces malades un délire intérieur, de nature triste, qui les absorbe et les soustrait au monde extérieur. » Pendant mon internat à Charenton, j'ai eu l'occasion d'observer quelques cas analogues à ceux que M. Baillarger a cités dans son remarquable mémoire, un entre autres, que je vais rapporter sommairement — : M. Is..., ancien chef d'institution, homme d'une haute intelligence et d'une vaste érudition, demeure plongé pendant plusieurs mois, dans un état de stupidité profonde. Sous l'influence d'un traitement approprié, amélioration lente et progressive, au physique et au moral. Nous constatons alors que le malade a été et est encore le jouet des hallucinations les plus étranges. Il se figure qu'il est resté mort pendant plusieurs jours, et qu'il est ressuscité avec un autre corps, sous un autre nom et sous des attributs nouveaux, plus parfaits que ceux qui le distinguaient autrefois. Pendant le cours de sa première vie, il a parcouru Jérusalem, Athènes et Rome; il a connu les patriarches de l'Ancien Testament, il a entendu Démosthènes et Cicéron, et il s'est entretenu avec Homère, Sophocle, Socrate, Platon, Aristote et Virgile. Depuis sa résurrection, il est en communication assidue avec trois génies, qui l'instruisent sur les lettres, les sciences et les arts, qui inspirent sa pensée, gouvernent son cœur et dirigent sa conduite. Il a gardé le silence le plus absolu pendant près de deux mois, parce qu'un de ces divins précepteurs lui avait interdit de parler. Peu à peu le délire s'est dissipé, les hallucinations se sont évanouies, et le malade est sorti avant sa guérison définitive, mais dans un état très satisfaisant.

Assurément les faits de ce genre viendraient à l'appui de la thèse soutenue par M. Baillarger, s'ils n'étaient pas susceptibles de recevoir une interprétation différente de celle qu'il a cru devoir leur donner. En effet, on peut dire d'une part, avec M. Delasiauve, que les hallucinations, chez les aliénés stupides, ne constituent pas un délire lypémaniaque, qu'elles ne sont autre chose que le résultat du trouble et de l'embarras de l'intelligence; et, d'autre part, il est permis d'admettre que le délire partiel peut fort bien précéder ou suivre la stupidité, la compliquer même dans sa période de déclin ou alterner avec elle, comme il advient de la monomanie et de la manie dans la folie dite circulaire.

Il est donc avéré pour nous, comme pour M. Sauze, que l'observation rigoureuse et l'analyse sévère des faits s'accordent à justifier la spécialité nosologique de la stupidité, et à la séparer de la lypémanie. Que la distinction soit difficile dans certains cas, nous n'hésitons pas à en convenir. Mais ces cas obscurs, compliqués, où l'hallucination intervient comme épiphénomène, et où différentes formes de folie se confondent, ne sauraient infirmer la valeur des faits plus clairs et plus précis, où la stupidité se montre dégagée de toute complication. Tout cela prouve, une fois de plus, que le diagnostic de la stupidité est un des problèmes les plus embarrassants de l'aliénation mentale, et nous félicitons M. Sauze d'en avoir si nettement poursuivi la solution avec le triple concours de l'observation clinique, de l'analyse psychologique et du raisonnement.

Dans sa deuxième étude, M. Sauze cherche à établir « que la paralysie générale des aliénés et la paralysie générale progressive, sans aliénation, des auteurs, ne constituent qu'une seule et même maladie ; — que la démence à divers degrés, l'affai-

Digitized by Google

blissement de la motilité, les accès convulsifs (épileptiformes) et la conservation de la contractilité électrique sont les symptômes fondamentaux de la paralysie générale ; — que le délire n'est, dans cette affection, qu'un épiphénomène de peu d'importance, et que, variable dans sa forme, dans sa durée, inconstant dans ses manifestations, il ne peut évidemment servir de base à la création d'une entité pathologique distincte. »

Nous nous applaudissons de voir M. Sauze prêter son appui à des idées que nous avons nous-même soutenues et longuement développées dans notre dissertation inaugurale (*Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale*, Paris, 1857). Il est à regretter que notre honorable confrère n'ait pas mis à profit les beaux travaux de M. Calmeil sur les altérations microscopiques de l'encéphale chez les aliénés paralytiques; il aurait trouvé là, comme nous, un argument de plus en faveur de la thèse qu'il soutient. Quoi qu'il en soit, M. Sauze est de l'avis de ceux qui pensent que la maladie décrite pour la première fois, de 1821 à 1824, par MM. Delaye, Calmeil et Bayle, et connue sous les noms de *paralysie générale des aliénés, paralysie générale progressive, démence paralytique, méningo-encéphalite diffuse*, constitue une forme morbide déterminée, une entité pathologique bien définie, présentant, pendant la vie, comme signes nosologiques constants, comme symptômes essentiels, pathognomoniques : un désordre de la motilité, un affaiblissement progressif de la force musculaire, et un degré variable mais fatal de compromission intellectuelle (toujours de la démence, très souvent de la démence compliquée de délire), et offrant après la mort, comme caractère anatomique infaillible, une altération diffuse des méninges et de la substance corticale du cerveau : épaississement et infiltration fibrineuse des membranes, adhérences de la pie-mère à la pulpe cérébrale, désorganisation de la substance grise, visible surtout au microscope et consistant en des arborescences vasculaires et en des infiltrations de granules inflammatoires, de corpuscules pyoïdes (Calmeil) et de globules graisseux (Robin).

Avec des caractères cliniques et anatomo-pathologiques aussi nettement tranchés, il n'est plus permis de confondre, ainsi qu'on le fait encore trop souvent, la paralysie générale proprement dite avec les autres formes de paralysie, dépendant soit d'une lésion de la moelle ou des racines nerveuses, soit d'un désordre chronique de l'innervation (ataxie locomotrice, paralysie agitante, paralysie atrophique, paralysie hystérique ou cataleptique, etc.). Ces espèces de paralysies ont une analogie apparente avec la paralysie générale, en ce qu'elles affectent une marche progressive et envahissante ; mais elles en diffèrent profondément en ce que l'intelligence reste sauve et la substance cérébrale intacte. Une seule affection pourrait, à cet égard, être confondue avec la paralysie générale, c'est le cancer cérébral. M. Sauze cite un exemple remarquable de cette méprise (neuvième étude) ; mais en signalant l'erreur, il indique les moyens de l'éviter, et il trace, d'après les résultats de sa propre observation, le diagnostic différentiel du cancer de l'encéphale et de la méningo-encéphalite diffuse.

L'auteur consacre un chapitre plein d'intérêt à l'étude des rémissions dans le cours de la paralysie générale, au point de vue médico-légal. S'appuyant sur des faits mûrement discutés, il soutient que « dans toutes les rémissions se rencontre un symptôme commun, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales ; » et il conclut que « les aliénés paralytiques, étant tous en démence, doivent être considérés comme irresponsables, demeurer interdits et même séquestrés dans un asile, dans l'intérêt de leur santé. »

Les prescriptions de M. Sauze nous paraissent un peu draconiennes. Qu'on ne se laisse pas aller à un excès de confiance et qu'on se tienne sur la réserve à l'égard de tout dément paralytique traversant une période de rémission, fort bien ! mais qu'un homme ayant présenté des signes de paralysie générale et ne conservant plus de cette atteinte qu'un certain degré d'affaiblissement intellectuel, soit mis hors la loi sous la simple présomption d'un retour possible, probable même, de sa maladie..., ah ! pour le coup, Montesquieu ne serait pas de cet avis. Et que diraient donc les aliénistes qui croient à la curabilité de la paralysie générale ?

Dans sa troisième étude, consacrée aux symptômes physiques de la folie, M. Sauze signale l'importance des phénomènes précurseurs et des troubles organiques concomitants du délire, sur lesquels M. Moreau (de Tours) avait appelé déjà l'attention dans un intéressant mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1852. Mais, après avoir marché prudemment à côté de ce maître distingué, et d'un pas égal, M. Sauze abandonne Mentor, tire ses grègues, gagne au haut et définit la folie : « une affection cérébrale, caractérisée par de la céphalalgie, de l'insomnie, avec désordres dans la sensibilité générale et les fonctions digestives, et par des troubles de l'intelligence. » Il nous serait aisé de démontrer que cette définition ne s'applique pas *uni et toti definito*, qu'elle conviendrait aussi bien à la méningite, à l'encéphalite, à la congestion, à l'hémorrhagie cérébrale et au ramollissement, qu'à la folie proprement dite. Mais nous nous contenterons de dire qu'elle fait trop bon marché de l'élément psychique, des désordres intellectuels et moraux, et qu'elle accorde une trop belle part à certains phénomènes organiques qui, malgré leur importance, ne constituent point, après tout, les caractères essentiels et pathognomoniques de l'aliénation mentale.

Comme M. Sauze, nous faisons le plus grand cas du traitement physique de la folie, surtout au début. Notre honorable confrère ajoute : « A cette époque la folie est presque toujours curable. » Que le ciel l'entende ! Mais nous craignons bien que ce ne soit là une généreuse illusion, dont M. Sauze sera forcé de se défaire, quand il aura vu trop souvent revenir dans son asile des malades précédemment guéris. La folie est un peu comme la goutte ; elle a des guérisons trompeuses, des rémissions et des temps d'arrêt qui en imposent par leur longueur ; mais elle est fatalement sujette à récidive (je parle, bien entendu, de la folie la plus commune, de la folie *héréditaire, diathésique*, et non de la folie accidentelle, qui est de sa nature passagère et facilement, sinon *spontanément, curable*). Donc, passe encore si M. Sauze avait dit *quelquefois* curable ; mais *presque toujours* nous paraît d'un optimisme un peu hasardé.

Nous regrettons sincèrement que l'espace nous manque pour analyser, comme il le mérite, le chapitre sur la folie pénitentiaire. Il y a là des faits remplis d'intérêt, des considérations élevées, que nous ne saurions trop recommander à la méditation des médecins, des économistes et des philanthropes qui se livrent à l'étude philosophique de l'emprisonnement. M. Sauze a formulé dans des conclusions très nettes et très explicites, une doctrine semblable à celle qui a été soutenue autrefois par Ferrus, Marc, Esquirol et Pariset, et plus récemment par MM. Baillarger, Lélut et Tardieu, à savoir que « les causes les plus nombreuses de la folie pénitentiaire sont inhérentes au prisonnier et non à la prison. »

Enfin, le livre de M. Sauze renferme, comme nous l'avons dit plus haut, une série de rapports judiciaires et de dissertations médico-légales sur l'état mental d'un certain nombre de prévenus soumis à son examen. Ces documents seront lus avec fruit par ceux qui ont plus spécialement pour mission d'éclairer la justice dans les cas de ce genre.

Cet ouvrage a le double mérite d'être bien écrit et de présenter, sous une forme excellente, un recueil d'études pratiques sur quelques-unes des questions les plus délicates, les plus ardues et les plus controversées de l'aliénation mentale.

A. Linas.

MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours public à l'école pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour le semestre d'été, aura lieu le lundi 31 mars dans la salle du conseil de la Faculté, à midi précis.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an.

TOME IX. — **PARIS, 4 AVRIL 1862.** — **N° 14.**

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Sur les eaux de Paris, étudiées spécialement au point de vue de l'hygiène publique. — Académie de médecine : Hygiène hospitalière : M. Malgaigne. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : Du laryngoscope au point de vue pratique. — III. **Correspondance.** Réflexions sur l'hygiène des hôpitaux. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Traitement des fistules dentaires. — Abcès à la base du cœur. — Sur la fièvre des fondeurs de laiton. — Statistique obstétricale. — VI. **Bibliographie.** Hygiène de l'Algérie ; exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement en Algérie. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 3 avril 1862.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Académie de médecine* : HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ; M. MALGAIGNE.

On n'a pas oublié les débats passionnés, les discussions orageuses, qu'a soulevés, dans le public et dans la presse, la question des *Eaux de Paris*. Tout récemment encore, M. Robinet, le savant rapporteur du projet de dérivation des sources de la Dhuis, adressait, sous le couvert anodin d'une *Lettre à un conseiller d'État*, une vigoureuse réplique à ses contradicteurs, ou, pour parler plus exactement, aux adversaires des projets de la ville de Paris. Peu de jours après, le MONITEUR UNIVERSEL mettait un terme à la querelle, annonçait la victoire de M. Robinet et donnait satisfaction à l'administration municipale, en promulguant un décret, en date du 4 mars dernier, qui *déclare d'utilité publique les travaux à faire pour la dérivation des sources de la Dhuis, dans l'intérêt de l'alimentation de la ville de Paris*.

Voilà donc la question sortie de la période militante pour entrer dans ce qu'on appelle ailleurs le domaine des faits accomplis.

Dans une question si complexe, où se débattaient les intérêts les plus divers et où s'agitaient, sous le masque de la science ou sous le prétexte du bien public, des passions privées et des oppositions systématiques, la GAZETTE HEBDOMADAIRE, n'étant point d'humeur querelleuse, a jugé digne et prudent de se retrancher derrière le principe de non-intervention et d'attendre, en observant la plus stricte neutralité, les résultats de la lutte.

Mais nous voulons aujourd'hui mettre à profit le bénéfice de cette neutralité; et, maintenant que nous avons en nos mains toutes les pièces du procès, nous croyons qu'il ne sera pas sans utilité de retracer aux yeux de nos lecteurs l'évolution de cette immense entreprise, de passer rapidement en revue les documents les plus importants, de signaler les points d'hygiène qui ont été incidemment touchés et discutés dans le cours de l'enquête, et d'examiner enfin si la manière dont le problème a été résolu est la plus conforme aux prescriptions de la science et la plus propre à atteindre le but hygiénique vers lequel doivent toujours tendre les efforts d'une administration prévoyante et soucieuse de la santé publique.

Ce travail ne sera ni un anachronisme, ni un hors-d'œuvre; car cette question des eaux de Paris, envisagée surtout au point de vue où nous nous plaçons, est toujours pleine d'actualité ; elle est de tous les temps et de tous les lieux ; elle appartient au présent et à l'avenir aussi bien qu'au passé. Ce n'est pas non plus une question d'un intérêt exclusivement local, une question purement parisienne : elle est d'un intérêt général, universel. En effet, elle se rattache à un des chapitres les plus considérables de l'hygiène publique; et sa solution est destinée à régler pour longtemps, peut-être même à arrêter d'une manière indéfinie, sinon définitive, les principes sur lesquels devra reposer désormais l'art de l'approvisionnement et de la distribution des eaux dans les grandes villes. A ce titre, on le comprend, elle mérite de fixer l'attention des médecins de tous les pays; et son étude intéresse les hygiénistes de Londres et de Berlin, de Vienne et de Saint-Pétersbourg, aussi bien que ceux de Paris.

Comme on le sait, Paris reçoit actuellement ses eaux : 1° de la Seine (par les machines de Saint-Ouen, de Clichy, de Neuilly, d'Auteuil, de Chaillot, du quai d'Austerlitz et d'Alfort); 2° du canal de l'Ourcq ; 3° d'Arcueil; 4° du puits artésien de Grenelle ; 5° des sources de Belleville et des Prés-Saint-Gervais. Sur les 153,400 mètres cubes d'eau fournis journellement par ces diverses provenances, 60,000 sont consacrés aux services privés et 93,000 mètres environ aux services publics, ou restent disponibles; d'où il résulte qu'il n'y a guère que 35 litres par tête d'habitant et par jour. En outre, sur 50,481 maisons que compte aujourd'hui Paris, il y en a

Digitized by Google

35,533 au moins qui n'ont que de l'eau de puits, ou même aucune espèce d'eau, ainsi que l'a déjà constaté plusieurs fois la commission des logements insalubres. Enfin, parmi les habitations les mieux pourvues, quelques-unes seulement reçoivent l'eau jusqu'au deuxième ou troisième étage, tandis qu'à Londres elle est mise à la disposition de toutes les maisons particulières et y monte à toutes les hauteurs.

« Paris, écrit M. Robinet (*Rapport sur le projet de dérivation des sources de la Dhuis*), malgré les efforts immenses et persévérants de tous ses administrateurs, ne reçoit encore qu'une quantité d'eau inférieure (eu égard au chiffre de sa population) à celle dont on dispose dans plusieurs capitales, et même dans quelques villes de France de second et de troisième ordre.

M. le préfet de la Seine a donc pu dire avec raison, dans un de ses remarquables *Mémoires* : « Paris, qui a la prétention d'être à la tête de la civilisation moderne, le siége principal des sciences et des arts, le chef-d'œuvre des architectes et des ingénieurs, le modèle de la bonne administration populaire, la véritable Rome du siècle présent, Paris en est encore aux expédients pour fournir à toutes les branches du service de ses eaux les quantités rigoureusement nécessaires. »

Hélas! au point de vue de l'hydraulique, non-seulement Paris n'est pas au niveau de Rome, qui distribuait journellement plus de 1,000 litres d'eau à chaque citoyen ; mais il est même (*proh pudor!*) cent piques au-dessous de Carcassonne et de Castelnaudary, qui donnent libéralement à leurs habitants l'une 400, l'autre 156 litres d'eau par jour!

Et ce n'est pas uniquement eu égard à la quantité que les eaux de Paris sont inférieures à celles de la plupart des autres grandes villes de France et d'Europe ; elles sont aussi des plus mal classées sous le rapport de la qualité. Je ne veux pas m'arrêter maintenant sur ce sujet, qui a soulevé de vives contestations, et qui sera traité plus loin avec tous les détails que réclame son importance. Qu'il me suffise de dire ici ce qui est devenu banal, ce que tous les Parisiens ne savent que trop, c'est qu'on boit à Paris de l'eau *chaude* en été, de l'eau *froide* en hiver, de l'eau *trouble* pendant cent soixante jours de l'année et, dans toutes les saisons, une eau *souillée* par les déjections les plus infectes, par les impuretés les plus immondes, en dépit de la décevante limpidité que lui communique le filtrage.

Une administration qui se distingue entre toutes par une prodigieuse activité, par une rare sollicitude du bien public, par la grandeur de ses œuvres, j'ai presque dit par la magnifique hardiesse de ses entreprises ; une administration qui a pris à cœur de transfigurer Paris et d'en faire la ville la plus belle et la plus salubre du monde, ne pouvait pas rester longtemps indifférente en présence d'un service hydraulique aussi défectueux, aussi imparfait, et qui plaçait, à cet égard, la capitale de la France dans un rang subalterne parmi les cités.

Comme tous les abus de l'ancien régime, le régime actuel des eaux de Paris devait donc avoir aussi son 4 août. C'est, en effet, le 4 août 1854 que M. le préfet de la Seine porta la question des eaux de Paris à l'ordre du jour du conseil municipal, vint dénoncer à sa barre les imperfections de cette importante branche du service public, et proposer les bases d'un système complétement différent.

Amener une véritable rivière à Paris; fournir, en abondance et à bas prix, à tous les habitants une eau salubre, toujours limpide, fraîche en été, douce en hiver ; faire circuler cette eau jusque sur les points les plus culminants, la distribuer avec régularité aux étages les plus élevés de chaque maison; lui procurer un facile écoulement sous le pavé de toutes les rues, et effectuer une révolution salutaire dans toutes les parties de l'assainissement public, tel est le grand et difficile problème que le chef de l'édilité parisienne ne craignit pas d'aborder de front. Voyons, d'après l'analyse sommaire des documents officiels, de quelle manière ce problème fut résolu par l'administration, avec le concours des savants les plus compétents et les plus autorisés, membres de l'Institut, membres de l'Académie des sciences, membres du Conseil général d'hygiène et de salubrité publique, ingénieurs, géologues, hydrauliciens, chimistes et médecins.

Dans un premier mémoire, M. Haussmann trace l'historique du régime actuel, décrit le mode de distribution des eaux dans Paris, signale les défauts du régime présent, expose les systèmes d'amélioration proposés (établissement d'une prise d'eau à l'extrémité du barrage du Pont-Neuf, construction d'une vaste usine, soit au pont d'Austerlitz, soit au pont d'Ivry, en amont du confluent de la Marne); il formule les conditions d'un bon service, et démontre que les moyens précédents ne sauroient y satisfaire; puis il fait connaître le résultat des études nouvelles entreprises par M. l'ingénieur Belgrand, traite assez longuement de l'égout des eaux, des vidanges et de la canalisation complète de Paris; il déclare que, pour assainir et embellir la grande cité, ce n'est pas assez de faire pénétrer l'air et la lumière partout dans ses murs, il faut encore vivifier la ville entière par des eaux abondantes; enfin, il conclut en formulant le projet d'une immense opération comprenant trois ordres de travaux : 1° dérivation sur Paris, par un aqueduc fermé, des sources de la Somme et de la Soude; 2° établissement de distributions complètes et distinctes des eaux affectées aux usages publics et privés; 3° assainissement général de la ville par une canalisation normale.

Par une délibération en date du 12 janvier 1855, le conseil municipal ayant constaté que, dans le régime actuel, les eaux de Paris ne satisfont pas aux besoins de ses habitants, prit en considération l'avant-projet de dérivation d'eaux de sources présenté par M. le préfet, et l'autorisa à poursuivre d'une manière complète et détaillée l'étude encore ébauchée de cette question.

En conséquence, M. le préfet de la Seine chargea un service spécial d'ingénieurs, composé de MM. Belgrand, Collignon, Lesguillier et Rozat de Maudru de présenter le plan d'un projet définitif, tendant à dériver sur Paris, à la hauteur de 80 mètres au moins au-dessus du niveau de la mer, 100,000 mètres cubes, par vingt-quatre heures, d'eau de source de bonne qualité.

M. Belgrand examina soigneusement les projets de dérivation proposés à différentes époques : celui de l'Eure, sous Louis XIV ; celui de l'Yvette, par de Parcieux, en 1762 ; celui de la Bièvre, par M. Fer de Lanouerre, en 1782 ; et celui de la Beuvronne, par M. Brullée, en 1785.

Ayant reconnu qu'aucun de ces projets ne pouvait satisfaire aux conditions essentielles du programme municipal, et que la dérivation de l'Essonne et de la Juine était impraticable à cause des nombreuses et importantes usines que ces rivières mettent en mouvement, il alla chercher loin de Paris des sources limpides, fraîches et salubres, que lui refusait le sol parisien. De nouvelles études, entreprises de concert avec les trois ingénieurs qui lui avaient été adjoints, confirmèrent de tous points le jugement favorable qu'il avait déjà porté sur quelques-unes des belles sources qui émergent des terrains crayeux de la Champagne et forment trois

Digitized by Google

rivières principales, tributaires de la Marne, à savoir : la Somme-Soude, le Sourdon et la Dhuis. En joignant à ces eaux celles de la Vanne, petite rivière du bassin de la Seine, qui se jette dans l'Yonne à Sens, on possédait tous les éléments nécessaires pour résoudre le problème, c'est-à-dire pour amener journellement vers Paris 200,000 mètres cubes, ou plus de 100 litres par habitant, d'une eau toujours claire, toujours fraîche et douée des meilleures qualités hygiéniques.

Le travail des ingénieurs, comprenant le plan complet de dérivation, les études chimiques et hydrauliques sur les trois cours d'eau que je viens de nommer, le tracé des aqueducs, le devis des dépenses, fut déposé, le 7 mai 1856, aux bureaux de l'administration municipale.

Le 16 juillet suivant, ces projets définitifs furent communiqués au conseil municipal et lumineusement développés dans un deuxième mémoire de M. le préfet de la Seine, qui renfermait, en outre, des propositions précises et complètes en ce qui concerne la canalisation et l'assainissement de la ville.

Mais, pendant le cours des études municipales, des contre-projets s'étaient produits, « depuis longtemps élaborés par des hommes exercés et habiles. » — M. Girard, « hydraulicien bien connu, sans vouloir entrer en concurrence avec le projet de dérivation, qu'il considère comme la vraie solution du problème pour les eaux domestiques, proposait d'élever l'eau de la Seine, pour les besoins municipaux, en tirant parti de la chute du Pont-Neuf, à l'aide d'un nouveau système de turbines de son invention, turbines-hélices à axe horizontal. » — M. Lechâtelier, « un de nos plus savants ingénieurs, proposait aussi d'élever l'eau de la Seine au moyen de machines à vapeur placées au pont d'Ivry. » — En troisième lieu, un ingénieur civil (qu'on ne nomme pas, *mais qui s'appelle M.* Radiguel), « esprit plus hardi et plus ingénieux que pratique, proposait de substituer à la dérivation des eaux de la Champagne celle des eaux de la Loire. »

Ces projets furent soumis, ainsi que les propositions de M. le préfet de la Seine, à l'examen d'une commission spéciale; et le 18 mars 1859, M. Dumas, au nom de cette commission, donna lecture au conseil municipal d'un rapport de tous points favorable aux vues du chef de l'édilité parisienne. Séance tenante, le conseil, ayant délibéré, décida qu'il y avait lieu d'adopter le projet définitif dressé par les ingénieurs du service de la ville, en vue de dériver sur Paris une partie des eaux souterraines des vallées de la Somme et de la Soude, et subsidiairement les sources du ruisseau des Vertus, du Sourdon, du Surmelin et de la Dhuis.

Sur ces entrefaites, survint un ingénieur des ponts et chaussées, M. Grissot de Passy, qui crut devoir, à son tour, prendre la Loire sous son patronage. De là de nouvelles études prescrites aux ingénieurs de la ville de Paris, dans le but d'examiner à nouveau le projet de dérivation de la Loire; de là un troisième mémoire de M. le préfet de la Seine, destiné à combattre ce quatrième contre-projet, « accommodé tant bien que mal au programme de la ville. » (20 avril 1860.) De là aussi une nouvelle délibération du conseil municipal (18 mai 1860), qui décida qu'il y a lieu de persister dans le système de dérivation d'eaux de sources, adopté déjà dans la séance du 18 mars 1859.

Un arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 25 avril 1861, nomma une commission d'enquête administrative chargée d'examiner le projet de dérivation des sources de la Dhuis, qui doit être le premier mis à exécution. Cette commission, dans laquelle figurent les noms de trois médecins, MM. P. Dubois, Mélier et Michel de Trétaigne, d'un membre de l'Institut, M. Élie de Beaumont, et d'un chimiste éminent, membre de l'Académie de médecine, M. Robinet, rapporteur, émit l'avis qu'il y a lieu : 1° d'augmenter, dans une large proportion, la quantité d'eau destinée aux services publics et privés de la ville de Paris, et notamment en eau propre aux usages domestiques; 2° de préférer, à cet effet, des eaux de sources potables, limpides et d'une température constamment modérée, à des eaux de rivière quelconques (16 août 1861).

Enfin, le dernier document officiel concernant les eaux de Paris date du 29 octobre 1861; c'est le rapport de la commission chargée d'examiner la question de savoir s'il serait possible et convenable de pourvoir exclusivement, au moyen de puits artésiens, à l'alimentation de tous les services publics et privés de distribution d'eau de la ville de Paris. Suivant les considérations développées dans un savant rapport de M. Dumas, la commission décida la question par la négative.

Convaincue par les résultats d'une longue, laborieuse et savante enquête de la supériorité des projets administratifs, la ville de Paris a fait, à gros deniers, l'acquisition des sources privilégiées de la Dhuis, du Sourdon, du Surmelin et de la Vanne; mais elle n'a pu triompher encore des résistances de la commission du département de la Marne, qui jusqu'à présent a formellement repoussé la concession des sources de la Somme-Soude.

Je n'exposerai pas ici les raisons sur lesquelles l'édilité parisienne a basé ses répugnances pour les contre-projets et ses préférences pour la dérivation des sources champenoises; ces raisons, étant surtout empruntées à des considérations de l'ordre hygiénique, trouveront plus naturellement leur place dans un article ultérieur.

A. LINAS.

(*La suite à un prochain numéro.*)

L'événement de la semaine a été le discours de M. Malgaigne en réponse aux attaques inconsidérées ou puériles dont les statistiques anglaises et françaises avaient été l'objet de la part de MM. Trebuchet et Briquet. L'argumentation de M. Malgaigne, serrée, pressante, énergique souvent et toujours solide, ôtera, nous l'espérons du moins, à ces honorables académiciens ou à d'autres l'envie de se jeter à l'avenir dans une discussion sérieuse sans en connaître les éléments, ou en affichant un scepticisme qui n'est ni équitable ni opportun.

C'est contre M. Trebuchet que M. Malgaigne a dirigé la plupart de ses coups, et c'était justice; car M. Trebuchet est un homme justement estimé, et qui, en fait de statistique, jouit d'une grande notoriété. A la vérité, il n'a pas de notions assez étendues en pathologie, et il a surtout le tort grave de ne pas lire ou de lire très imparfaitement les documents qu'il attaque ou qu'il analyse. C'est ce que M. Malgaigne a démontré avec un luxe de preuves qui n'admet pas la réplique. M. Trebuchet a éprouvé sur son terrain même un véritable désastre. Lors de son discours récent, il nous avait paru traiter les avis émanés du corps médical avec une certaine hauteur assez blessante. Il sera sans doute plus circonspect à l'avenir. M. Briquet, de son côté, avait arboré le drapeau de l'incrédulité quand même, et en vérité saint Thomas n'était rien auprès de lui; il avait également fait une digression géographique assez plaisante, et émaillé le plus singulier des dis-

Digitized by Google

cours académiques de plaisanteries et de sarcasmes d'un goût douteux. M. Malgaigne l'a combattu avec des armes du même genre, mais un peu mieux aiguisées, et il a sans peine mis les rieurs de son côté.

Enfin, s'adressant à l'administration en général, sans spécifier personne, et en usant de formes parfaites, il a montré qu'il était mieux informé qu'elle-même d'une foule de détails qui expliquent fort bien certains faits prétendus mystérieux et incompréhensibles. Il a démontré de même que les phrases sonores et élogieuses que toutes les administrations ont l'habitude de se dire à elles-mêmes n'étaient pas toujours l'expression de la vérité.

Il nous est impossible de donner ici une analyse même approximative de ce discours si substantiel, si courageux, si remarquable enfin à tous égards. Quand l'oreille est charmée et l'attention captivée, la main oublie de prendre des notes précises. Tout ce que nous pouvons dire aujourd'hui, c'est que M. Malgaigne s'est, en quelque sorte, surpassé, et qu'on a peine à comprendre comment une allocution d'une heure et demie, hérissée de chiffres et de renseignements arides, a pu atteindre la hauteur d'un long morceau d'éloquence mise au service de l'humanité.

Comme conclusion saisissante, M. Malgaigne, revenant sur les renseignements si remarquables donnés par M. Renault, a demandé à l'administration de faire simplement pour les hommes ce qu'on a fait à Alfort pour les chevaux. Tout se résume en un mot : remédiez à l'encombrement (1), car il est partout, dans les grands hôpitaux comme dans les petits, dans les grandes salles comme dans les petites, dans les hôpitaux scandaleusement somptueux comme dans ceux dont les murailles sont noircies par le temps. Il n'y a qu'une chose à faire après ce discours, c'est d'en consolider les conclusions à l'aide de documents nouveaux. Nous avons nous-même recueilli un de ces documents, que nous publierons prochainement. On verra combien il confirme les opinions de M. Malgaigne, et nous pensons qu'il y aurait utilité à faire pour tous les hôpitaux ce que nous avons fait sur une petite échelle pour le service qui nous est confié à l'hôpital de Lourcine.

Ar. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Du laryngoscope au point de vue pratique, par M. Charles Fauvel, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin. — Voir les numéros 10 et 11.)

§ IV. — *Difficultés relatives à l'emploi des instruments d'éclairage.*

Nous aurions pu exposer ces difficultés immédiatement après la description de chaque instrument ; mais, pour juger de leur valeur, il fallait connaître tous les éléments de la question laryngoscopique, et leur étude eût été inutilement compliquée, si nous avions mêlé notre critique à cette description.

En outre, notre but a été surtout d'envisager le laryngoscope au point de vue pratique, et de rendre son étude aussi simple que possible. Nous croyons y parvenir en renvoyant ici l'examen critique des divers instruments employés dans la pratique.

1° *Réflecteurs concaves.* — Les réflecteurs concaves présentent deux ordres d'inconvénients dans leur emploi. Les uns sont propres à chacun d'eux, et les autres leur sont communs.

On se rappelle que M. Czermak a, le premier, employé le réflecteur concave, et qu'il l'a adapté à un manche de bois qu'on place entre les dents. Cette monture présente plusieurs inconvénients. Les mâchoires se fatiguent vite à vouloir retenir l'appareil immobile, la salive coule le long du manche, et il est difficile de parler au malade. On voit mal la direction que l'on imprime au laryngoscope, et enfin on ne peut guère confier l'instrument aux personnes qui désireraient examiner le malade à leur tour.

Le bandeau frontal de M. Kramer, dont M. Czermak se servait d'abord, nous paraît moins incommode.

La monture à lunettes de MM. Stellwag et Semeleder, modifiée par M. Charrière fils, est préférable aux précédents ; elle remédie en partie aux inconvénients que nous venons de signaler. Ainsi que les appareils précédents, elle prive l'expérimentateur de la liberté de ses mouvements, attendu qu'étant fixée sur sa tête, elle exige de sa part une immobilité fatigante et des plus difficiles à obtenir.

L'appareil de M. Turck, en isolant le réflecteur au moyen d'une tige susceptible de s'allonger et de se fixer sur une table, sur une chaise, etc., a supprimé le sérieux inconvénient que nous venons de signaler. « Le miroir concave, dit le professeur de Vienne, reste fixé dans la position qu'on lui donne, et laisse à la tête de l'expérimentateur l'entière liberté de ses mouvements, tandis que les autres appareils, supportés par la tête, sont moins fixes et moins commodes. » Mais il avoue lui-même que son appareil est plus coûteux et moins portatif. Nous n'avons rien à ajouter à cette appréciation, sinon qu'il eût été préférable, suivant nous, de fixer *directement le réflecteur* sur la lampe.

Lorsqu'on examine un malade avec le réflecteur concave, on est obligé de regarder avec un œil placé très près de l'instrument, derrière son trou central. Il en résulte, pour un grand nombre d'observateurs, de la gêne et du trouble dans la perception de l'image laryngienne ; la vision est en effet moins complète avec un seul œil qu'avec les deux yeux.

Le centre non étamé du réflecteur détermine aussi dans le milieu de l'image de la flamme une tache d'autant plus apparente que ce centre est plus étendu.

M. Moura-Bourouillou remédie à ces inconvénients en faisant usage d'un réflecteur plein, c'est-à-dire sans trou central, et en le plaçant, comme nous l'avons dit, au-devant du front. Cette disposition lui permet de voir l'image avec les deux yeux.

Les réflecteurs ont aussi un autre inconvénient facile à comprendre ; c'est de ne pas permettre l'examen laryngoscopique à plusieurs personnes à la fois. La tête de l'observateur, immédiatement appliquée contre l'instrument, empêche les assistants de voir le fond de la bouche du malade. Cet obstacle est d'autant plus complet, que l'observateur et par conséquent le réflecteur sont plus près du malade.

Enfin l'emploi des réflecteurs concaves exige une surveillance continuelle de la part de l'observateur, à cause de la trop grande facilité avec laquelle ils se déplacent. Aussi est-on obligé d'occuper souvent la main à les remettre en position.

Malgré tous ces inconvénients, il est juste de dire qu'avec une certaine adresse et de l'habitude, on peut obtenir une image laryngoscopique très bien éclairée et très nette.

2° *Éclairage lenticulaire.* — Les réflecteurs concaves avaient toujours laissé l'examen laryngoscopique entre les mains de quelques observateurs, à cause des difficultés de leur emploi. M. le docteur Moura-Bourouillou, frappé des inconvénients

(1) Sans doute, l'encombrement n'est pas la seule cause des mortalités exceptionnelles (voy. p. 215 une Note de M. Laveran), mais c'est une cause à la portée des moyens administratifs.

Digitized by Google

inhérents à l'emploi de ces instruments, et désirant avant tout rendre les études laryngoscopiques accessibles à tous, a cherché à les remplacer par un appareil plus simple, plus commode, et en même temps plus portatif. Se rappelant que les lentilles biconvexes jouissaient des mêmes propriétés optiques que les réflecteurs, c'est-à-dire que leurs foyers étaient les mêmes, savoir : foyer principal, foyers conjugués ou secondaires, foyers virtuels, notre ami et confrère eut l'idée d'éclairer la bouche du malade avec le foyer lenticulaire.

Il n'y avait plus qu'à chercher une lentille de grandeur et de foyer convenables et à la fixer sur la lampe.

Nous avons dit quelle était la lentille dont il faut se servir, et nous avons fait connaître l'ingénieux mécanisme qui, tout en le fixant à la lampe, permet de lui donner toute espèce de positions, et de lui imprimer toute sorte de mouvements.

Le seul désavantage que nous reconnaissions à l'éclairage lenticulaire que nous employons exclusivement aujourd'hui, réside dans la difficulté qu'on éprouve à examiner l'image laryngoscopique suivant la direction des rayons incidents, attendu que le verre de la lampe situé entre les yeux du médecin et la bouche du malade gêne en partie la vue du miroir laryngien. Aussi, lorsqu'on veut remédier à cet inconvénient, doit-on se placer très près du verre de la lampe, regarder la bouche du malade par-dessus la lentille, et alors les axes visuels des deux yeux ne se trouvent pas interceptés par ce léger obstacle.

Cet inconvénient, au reste, devient illusoire, parce que les yeux apprennent vite et sans aucune difficulté à voir l'image laryngienne de chaque côté de la lentille ou de la lampe.

Quelques auteurs reprochent à cet éclairage d'être plus faible que celui des réflecteurs concaves. C'est là une erreur purement gratuite et démontrée par l'observation, si l'on a soin de suivre les préceptes que nous avons indiqués. Les expériences journalières auxquelles nous nous livrons avec notre *ami M. Moura-Bourouillou* à l'hôpital Lariboisière, en présence de MM. Voillemier, Pidoux, Tardieu, Moissenet, Hérard, et de leurs internes, ont suffisamment résolu la question en faveur de l'appareil lenticulaire.

A la Charité, notre illustre maître, M. Velpeau, ainsi que MM. Nonat et Bauchet ; à l'hôpital Saint-Louis, MM. Hardy, Hillairet ; enfin à l'établissement d'Enghien, MM. de Puisaye et Lebreton, ont été témoins des avantages que présente cet instrument, auquel nous donnons sans hésitation la préférence. Ils ont tous été frappés de la simplicité avec laquelle l'éclairage lenticulaire permettait de procéder à l'examen laryngoscopique, surtout en le comparant à celui obtenu avec les appareils qui l'avaient précédé.

La plupart de ces messieurs ont fait eux-mêmes sur leurs malades l'application du laryngoscope éclairé par la lentille, et sont arrivés, dès les premiers essais, sans aucune difficulté, à voir très clairement les lésions dont l'organe vocal était le siége. Pour ne citer qu'un exemple, M. Servoin, interne de M. Hérard, en appliquant le laryngoscope sur un de ses malades, a pu reconnaître dès le premier examen l'existence d'une petite tumeur située entre les cartilages aryténoïdes, ainsi que des traces d'exulcération sur la corde vocale gauche.

Ces témoignages suffisent pour démontrer combien, avec très peu d'exercice, on arrive aujourd'hui à reconnaître des lésions qui échappaient dernièrement encore à tous nos moyens d'investigation.

3° *Éclairage solaire.* — Les inconvénients que présente l'éclairage solaire tiennent à deux causes : la première est due aux rares apparitions du soleil dans nos climats, et la seconde au déplacement continuel de ses rayons. La direction de la lumière de cet astre variant constamment, il faut que celle du miroir disposé hors de la chambre obscure et destiné à la réfléchir change constamment aussi, si l'on veut éclairer le laryngoscope pendant un temps suffisant. Il faut donc avoir un aide qui soit toujours occupé à tourner le miroir pour lui donner une inclinaison convenable.

C'est là un inconvénient très regrettable, car le soleil donnant une lumière d'une blancheur, d'une pureté et d'un éclat dont n'approche aucune lumière artificielle (celle de l'électricité exceptée), l'image laryngoscopique, obtenue avec elle, est d'une netteté parfaite ; la coloration normale des tissus est parfaitement conservée, les cordes vocales sont très blanches, et les moindres taches, la moindre injection sont très visibles. La lumière artificielle donne, au contraire, une légère coloration rougeâtre aux organes.

Notre ami et maître M. Cusco a pu constater chez un grand nombre de ses malades une coloration rose piquetée, rappelant la roséole syphilitique et que l'éclairage artificiel n'aurait peut-être pas dévoilée. Il a, du reste, donné le nom de roséole syphilitique des cordes vocales à cet état pathologique. Son interne, M. Dance, doit bientôt publier à ce sujet de nombreuses et très intéressantes observations.

Considéré au point de vue de l'enseignement, l'éclairage solaire a un avantage incontestable. Cet avantage résulte non-seulement de l'extrême facilité avec laquelle le larynx est éclairé, mais surtout de la possibilité de faire participer à l'observation plusieurs personnes à la fois. Il suffit, pour cela, de se placer de chaque côté du faisceau lumineux, les uns assis, les autres debout et à des distances appropriées à la vue de chacun.

CHAPITRE IV.

AUTOLARYNGOSCOPIE.

§ Ier. — *Autolaryngoscopie solaire.*

Nous avons dit que, pour éviter les tâtonnements toujours inhérents aux premières applications du laryngoscope sur les malades, il fallait commencer par l'essayer sur soi-même, c'est-à-dire s'exercer à l'autolaryngoscopie. On apprendra bien plus vite ainsi à manier le miroir laryngien, et à surmonter les obstacles que présente l'examen des malades.

Mais l'autolaryngoscopie est impossible à l'aide des instruments que nous avons décrits jusqu'à présent. Il fallait donc combler cette lacune regrettable.

M. Garcia, en 1855, avait bien, il est vrai, pratiqué l'autolaryngoscopie au moyen des rayons solaires. En même temps qu'il éclairait sa bouche avec le soleil réfléchi sur une glace, il observait l'image laryngoscopique dans cette même glace. Mais on comprend sans peine les grandes difficultés qu'il était obligé de vaincre pour arriver à un bon résultat.

Le trou dont est munie la glace du pharyngoscope de M. Moura-Bourouillou, et à travers lequel on fait passer les rayons solaires réfléchis, permet très bien de se livrer aux études laryngoscopiques sur soi-même, car cette glace garantit les yeux de l'observateur et reproduit en même temps l'image du larynx, comme on le verra plus loin. Nous n'avons pas besoin de dire que nous retrouvons ici les inconvénients signalés plus haut dans l'examen du malade à l'aide de la lumière solaire. On a donc cherché le moyen d'y remédier avec l'éclairage artificiel.

C'est à M. Czermak, le premier, que la science est redevable de ce progrès, qui a puissamment contribué à vulgariser les études laryngoscopiques.

§ II. — *Autolaryngoscope de Czermak.*

L'appareil inventé à cet effet par le professeur de Pesth se compose d'un réflecteur concave au-devant duquel se trouve disposé sur la même ligne, et à une certaine distance un miroir rectangulaire. Le réflecteur et le miroir rectangulaire sont fixés chacun sur une tige droite reçue dans un tube métallique qui leur sert de support. Ils sont reliés l'un à l'autre par une barre horizontale, et peuvent se mouvoir dans tous les sens et prendre toute espèce de positions.

Toutes les parties de cet appareil sont renfermées dans une boîte. Le médecin qui veut se servir de cet appareil dispose d'abord le réflecteur et le miroir en face de lui, sur une même ligne horizontale et au niveau de sa bouche. Il place la lampe sur sa gauche, un peu en arrière de lui et à la hauteur de son visage. Il incline le réflecteur de telle sorte que la lumière réfléchie vienne éclairer le fond de sa gorge en passant au-dessous du miroir rectangulaire. Celui-ci, placé au-devant et près des yeux, lui permet de voir sa bouche éclairée et par suite l'image du laryngoscope.

Le maniement de cet appareil, dit M. Moura-Bourouillou, nous a démontré que les rayons lumineux peuvent non-seulement passer au-dessous, mais encore au-dessus, à droite et à gauche du miroir rectangulaire, sans pour cela cesser de permettre à l'observateur de voir l'image de son larynx.

Cette remarque a conduit M. Moura-Bourouillou à substituer au miroir rectangulaire de Czermak un miroir percé à son centre d'un trou de 30 à 50 millimètres de diamètre, à travers lequel passent les rayons réfléchis. L'image laryngoscopique se reflète au-dessus, au-dessous ou sur les côtés de ce trou, et apparait toujours à un endroit quelconque du miroir.

Les difficultés que présente l'emploi de cet appareil n'avaient pas échappé à son auteur. « Quoique l'on comprenne facilement la manière dont il fonctionne, il faut cependant, dit-il, une certaine habileté pour en faire usage. » Parmi ses défauts, M. Moura signale en particulier les nombreux tâtonnements que suscite la recherche de l'image laryngoscopique dans le miroir rectangulaire.

En dehors de cette observation, dont nous avons constaté la justesse, nous ferons remarquer que les diverses pièces de cet appareil le rendent non-seulement incommode, difficile à manier, mais encore peu portatif et d'un prix relativement élevé.

M. Moura-Bourouillou l'a fort heureusement remplacé par un instrument très simple, peu coûteux, d'un maniement facile et auquel il a donné le nom de *pharyngoscope*.

§ III. — *Pharyngoscope du docteur Moura-Bourouillou.*

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la description qu'il en a donnée lui-même dans son Cours complet de laryngoscopie.

Description. — Le pharyngoscope se compose de deux parties essentielles et d'une troisième secondaire, savoir :

1° *Un miroir plane ou concave* percé à son centre ou sur tout autre point de sa surface d'une ouverture de 3 à 5 centimètres et même plus de diamètre. La forme du miroir est circulaire, quadrangulaire, etc. Ses dimensions, comprises ordinairement entre 15 et 20 centimètres sont très variables; sa monture en bois, en ivoire, en métal, a la même forme, les mêmes dimensions et la même ouverture que le miroir qu'elle encadre. Une courte tige à charnon échancré est soudée sur un point quelconque de la circonférence de la monture; l'ouverture de cette monture porte le plus souvent un tube de longueur variable de même diamètre.

2° *Une lentille biconvexe* ou loupe en verre, en cristal, etc., à court foyer; elle est maintenue dans un tube qui s'emboîte à frottement avec celui de la monture du miroir; cette lentille est formée d'une pièce ou de deux, pleine ou creuse, c'est-à-dire vide et par conséquent susceptible de contenir un liquide transparent ou réfringent, incolore ou diversement coloré, et de constituer une lentille fluide ou verre-ardent. La lentille est destinée à concentrer les rayons lumineux de la flamme d'une bougie, d'une lampe, etc., à les faire passer par l'ouverture du miroir et à les diriger en faisceau dans la bouche de celui qui se regarde dans le miroir.

3° La troisième partie secondaire est un pied ordinaire à tige mobile ou le porte-pharyngoscope.

On voit, par cette description, que cet instrument n'est autre chose que la réunion du miroir perforé que M. Moura-Bourouillou avait d'abord substitué au miroir rectangulaire de l'autolaryngoscope de Czermak, avec la lentille biconvexe qu'il substitua plus tard au réflecteur concave dans l'éclairage laryngoscopique.

Le pharyngoscope se fixe sur une lampe ordinaire au moyen d'un mécanisme que nous avons décrit plus haut, lorsque nous avons parlé de l'emploi des lentilles.

Cet instrument diffère en tous points de l'autolaryngoscope de Czermak, ce qui, pour nous, ne contribue pas peu au mérite de son invention. Si l'Allemagne a la première trouvé la véritable voie de ce nouveau progrès de la science médicale, les moyens créés par elle ont conservé le caractère propre à la nation qui les a produits.

Quelques mois d'études ont suffi à notre confrère et ami M. le docteur Moura-Bourouillou pour montrer l'imperfection des divers appareils d'éclairage fabriqués à Vienne.

Dans un seul et simple instrument, M. Moura a su réunir tous les éléments propres à l'éclairage artificiel et solaire, ainsi qu'à la vulgarisation d'un moyen d'investigation des plus utiles pour le médecin.

Nous avons vu que le pharyngoscope pouvait servir aux études laryngoscopiques, soit sur les malades, soit sur soi-même, à l'aide de la lumière solaire ou de la lumière artificielle.

Lorsqu'on éclaire la bouche des malades avec cet instrument fixé sur une lampe, il importe de s'assurer s'ils ouvrent suffisamment leur bouche pour permettre, soit l'introduction du laryngoscope, soit son éclairage; on ne s'expose pas ainsi à faire des tentatives inutiles. Aussi faut-il laisser la glace de l'instrument et recommander au malade de chercher à *se voir* lui-même, et il ne tardera pas à s'apercevoir qu'*en respirant* sans crainte et amplement, il verra le fond de sa gorge, c'est-à-dire le pharynx qu'il n'avait peut-être jamais aperçu; cet exercice abrégera considérablement les *difficultés que* nous avons signalées au sujet de l'examen des malades.

Son mode d'emploi. — Pour se servir de cet instrument, M. Moura-Bourouillou recommande les deux règles suivantes :

1° Une lampe étant donnée, placez-la devant vous, de manière que sa flamme soit à la hauteur de votre visage, et plus particulièrement de votre bouche. Entre la flamme et vous, disposez le pharyngoscope comme l'indique la planche ci-après. Le miroir de l'instrument étant dirigé verticalement, mettez la lentille à 8 centimètres de la flamme et au même niveau qu'elle. Tenez votre bouche largement ouverte à 10 ou 15 centimètres du trou du miroir. Renversez ensuite votre tête légèrement en arrière et dirigez vos yeux sur la partie du miroir située au-dessus de son ouverture, car c'est là que doit apparaître votre bouche vivement éclairée.

2° Ouvrez la bouche le plus que cela vous sera possible. Laissez votre langue à sa place naturelle, c'est-à-dire derrière les dents inférieures, et ne la sortez que dans des cas exceptionnels. Respirez librement, sans contrainte. De temps en temps faites une grande inspiration à la façon des personnes qui éprouvent le besoin de bâiller, de pousser un long soupir.

La seconde règle générale, dit M. Moura-Bourouillou, est très importante. Il est rare de trouver des personnes qui sachent ouvrir largement le fond de leur bouche. Ce n'est pourtant qu'une affaire d'habitude. Il n'est pas besoin pour cela d'abaisse-langue, de pince-langue, etc. Ceux qui ont, suivant l'expression vulgaire, la langue épaisse, peuvent l'abaisser avec une cuiller ou tout autre instrument approprié. Mais il vaut mieux en général s'habituer à ouvrir la bouche sans avoir recours à ces expédients.

Ces conseils confirment ce que nous avons dit avec plus de détails au sujet des difficultés que présente chez certains malades l'introduction du miroir laryngien.

Lorsqu'on veut employer le pharyngoscope pour procéder à

Digitized by Google

l'examen laryngoscopique d'un malade au moyen du soleil, le miroir percé peut servir à dévier les rayons et à leur donner, en les réfléchissant, une direction convenable. Le porte-pharyngoscope sur lequel on fixe l'instrument permet de lui imprimer les mouvements nécessaires et de lui donner la position que l'on désire.

Si cet examen doit être fait sur soi-même, il faut avoir soin de ne pas laisser la lentille sur l'instrument, afin que les rayons solaires ne puissent être concentrés sur la bouche. Dès qu'on est parvenu à faire passer ces rayons à travers le trou de la glace pharyngoscopique, on se place au-devant de ce miroir en suivant les règles que M. Moura-Bourouillou a établies, on éclaire le fond de la gorge et l'on applique le laryngoscope suivant les préceptes que nous avons donnés.

Son utilité. — Le premier usage de notre instrument, dit M. Moura-Bourbouillou, consiste dans l'éclairage du fond de la bouche. En concentrant la lumière sur le pharynx, les amygdales, le voile du palais, etc., il permet au médecin et au malade de voir dans quel état se trouvent ces organes et de leur appliquer directement, s'il y a lieu, un traitement opportun.

En éclairant le miroir laryngien placé au-devant du voile du palais, cet instrument, comme l'observe avec raison M. Moura-Bourouillou, permet au médecin de voir directement l'image laryngoscopique sur son malade pendant que celui-ci la voit de son côté dans la glace percée.

Le pharyngoscope est un instrument véritablement utile. Parmi les services qu'il est appelé à rendre, nous croyons, comme son inventeur, qu'il contribuera beaucoup à la vulgarisation de la laryngoscopie, en rendant facile et indépendante du jour et de la nuit et du plus ou moins d'adresse de l'observateur, l'examen du larynx soit sur soi-même, soit sur les malades, et en fixant davantage leur attention sur les maladies graves qui se développent dans la région pharyngo-laryngienne.

III

CORRESPONDANCE.

Réflexions sur l'hygiène des hôpitaux.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

La discussion soulevée par M. Le Fort, sur la mortalité comparée des amputés dans les hôpitaux de Londres et de Paris, sortant des termes où l'avait renfermée son auteur, s'est élevée à des considérations générales relatives à l'hygiène des hôpitaux envisagée d'une manière générale; permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous exposer les réflexions que m'inspire ce point de vue nouveau de la question.

La tendance de l'hygiène moderne comparée à celle de l'hygiène chez les anciens, est incontestablement dans l'appropriation à la médecine des découvertes de sciences physiques et chimiques; tandis que les médecins grecs avaient essayé de formuler certaines règles empruntées à l'observation médicale, comme celle de l'influence, de l'alternance des saisons, des variations de régime, l'hygiène moderne s'absorbant dans les découvertes physiques et chimiques, a donné accès dans la direction et l'installation des hôpitaux aux savants aux dépens du médecin. En effet, si l'hygiène est tout entière dans les annales de physique et de chimie, si l'hygiène de l'homme malade ressortit comme celle de l'homme bien portant à l'ensemble des conditions générales que renferment les expressions de bien-être et de confort, on ne saurait récuser la compétence de M. le directeur de l'assistance publique, de MM. les officiers du génie, et de l'intendance; la médecine n'a rien à revendiquer dans les applications des connaissances qui sont du domaine de tous les hommes éclairés, savants, médecins ou pharmaciens.

Si au contraire comme j'espère le démontrer, l'hygiène des hôpitaux suppose la connaissance d'une direction spéciale à imprimer au service suivant la nature des maladies, la médecine reprend toute son autorité; l'hygiène de l'homme malade devient une médication, et le médecin rentre en possession de son droit. M. Le Fort, en renfermant la question dans le traitement des amputés, s'était placé à ce point de vue. — Les inspecteurs du service de santé, MM. Larrey et Lévy, qui ont si magistralement tracé la question des hôpitaux militaires me pardonneront, j'espère, d'étendre le cercle de leur appréciation en insistant sur l'hygiène hospitalière relative aux malades des pays chauds. — Quelques auteurs allemands Eisenmann en particulier, Krankheit, familier des typhus, ont réuni dans un cadre commun, quelle que fût d'ailleurs leur localisation, toutes les affections aggravées par l'encombrement. En effet, dans l'ophthalmie typhique, le typhus traumatique, le laryngo-typhus, l'abdominal typhus, comme dans le typhus cutané, le point capital est l'aération suffisante; l'influence prépondérante est l'air dispensé au malade. En est-il de même dans les maladies des pays chauds, les fièvres et les dysenteries? On chercherait en vain dans la science des faits qui le confirment, l'aggravation de l'état des malades et la mortalité paraissant être surtout en rapport avec des influences de température, et par conséquent la suffisance de la protection des abris. En Algérie, l'élévation de la température, le règne du siroco présagent d'une manière à peu près certaine l'apparition d'accès pernicieux; de même la décroissance de la température automnale, le froid, qui accompagne les premières pluies, deviennent le signal de la mortalité excessive qui frappe les cachectiques et les dysenteries chroniques au commencement de l'hiver. La mort arrivant par l'abaissement de la température, chez des malheureux qui ne peuvent se nourrir, comme chez les animaux que Chossat soumettait à l'inanition. Une expérience de vingt années a confirmé ce fait. En 1830, on établit, dans les jardins du dey, à Alger, dans la situation la plus désirable au point de vue hygiénique, sur des rochers en pente sur le bord de la mer, un hôpital formé de baraques isolées. Pendant vingt ans, la mortalité par les fièvres et le choléra y a été si élevée dans les meilleures conditions d'aération, que lorsqu'il s'agit, en 1856, de construire sur le même terrain un hôpital définitif, on hésita en face des résultats qui ne peuvent tenir qu'à l'insuffisance d'un abri qui ne protége, ni contre la chaleur du jour, ni contre le froid de la nuit. L'hygiène comprise à un point de vue systématique n'est-elle pas d'ailleurs responsable des pertes éprouvées pendant l'évacuation des dysentériques transportés d'Algérie en France, sur le pont des bâtiments pendant la saison rigoureuse de l'année? On voulait soustraire ces malades au méphitisme du sol, et ils succombaient de froid pendant les traversées. Les résultats si remarquables dus à l'initiative de M. l'inspecteur Lévy, appartiennent à l'histoire du choléra, et démontrent les avantages obtenus en Orient par l'expérience des hôpitaux sous tente; mais s'il la justifie d'une manière frappante, cela tient peut-être plus aux circonstances particulières à l'épidémie d'Orient qu'aux nécessités hygiéniques du traitement du choléra. En effet, il est remarquable que toutes les fois que le choléra a frappé des armées en marche, il a sévi avec une violence dont les désastres de la Dobrutcha donnent un exemple mémorable. Aux Indes, suivant Martins, la mortalité des militaires en garnison a été de 52 sur 10 000, et de 86 en marche.

Une foule de faits confirment le précédent; je citerai en particulier la colonne du colonel Fears, en 1781; l'armée réunie à Allahabad, en 1817, qui perdit 7060 hommes sur 10 000; l'armée persane, en 1821; les pèlerins de la Mecque, en 1831; enfin l'armée russe en Pologne, en 1832; circonstances qui semblent placer le choléra plutôt dans le cadre des maladies qui frappent les armées en campagne, que parmi

Digitized by Google

celles qui frappent les armées en garnison; plutôt dans les maladies d'été que dans les maladies d'hiver; comme aurait dit Pringle, moins dans les affections typhiques que dans les maladies dues à l'ensemble des conditions extérieures.

Il me semble donc ressortir de la situation de la question que, pour entrer en possession de la direction hygiénique, la médecine a surtout à résoudre, au point de vue des grandes classes des maladies, la question des nécessités spéciales de l'hygiène; et, pour prouver la justesse de mon affirmation, je comparerai l'ignorance où nous sommes de la température la plus convenable au traitement de la fièvre typhoïde, aux règles si précises données par Sydenham dans le traitement de la variole.

L'hygiène, pour devenir efficace doit déterminer la convenance de l'opportunité de ses moyens suivant les affections dont elle a à s'occuper, et suivant les circonstances extérieures. Point d'encombrement, dit M. l'inspecteur Larrey; pas de froid, disait Paré au siége de Metz; plus d'hôpitaux, dit M. Guérin à Paris; des hôpitaux distants des localités insalubres, dirai-je, pour l'Algérie; et, en face de ces règles précises fondées sur l'étude des besoins des malades, la médecine reprendra possession d'elle-même. LAVERAN.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Après la lecture du procès-verbal, M. *Velpeau* dépose sur le bureau les remarques suivantes qu'il avait faites de vive voix, dans la séance du 17, sur le mémoire de M. *Jobert* (de Lamballe) concernant la *reproduction des tendons*.

« Avant qu'il ait donné ses conclusions, je demande à soumettre quelques remarques à M. Jobert, eu égard à ce qu'il vient de dire sur la reproduction des tendons.

» Deux doctrines principales règnent à ce sujet dans la science.

» L'une, en faveur de laquelle semblent plaider les expériences de notre collègue, veut que le tendon nouveau résulte de la transformation, de l'organisation du sang épanché entre les deux bouts et dans la gaîne de l'organe divisé; l'autre attribue le phénomène à l'hypertrophie, à l'exsudation d'une lymphe plastique, à la raréfaction, à l'imbibition, puis à la reconstitution de tous les éléments du tendon, sous l'influence de sa propre enveloppe, qui joue alors relativement au tendon le même rôle que le périoste relativement aux os.

» La première rentre dans l'ancienne théorie de Hunter sur la transformation du sang hors de ses voies naturelles. Ses partisans, au point de vue de la ténotomie, sont encore nombreux. Un de ceux qui l'ont le plus vivement défendue, M. d'Ammon (de Dresde) (dont la science déplore la perte récente), se fonde sur des expériences presque en tout semblables à celles de M. Jobert : expériences sur des chevaux, sur des moutons, sur des chiens, etc., et cependant il n'a point entraîné la conviction générale.

» Les observateurs modernes objectent que le fait est absolument *impossible*, que le sang épanché, coagulé hors de ses voies naturelles, a cessé de vivre, est un corps étranger, inerte, tout à fait incapable de se révivifier, de s'organiser, en un mot que la doctrine de Hunter est fausse de tous points sous ce rapport.

» On le voit, il s'agit là d'une grande question d'histologie et de pathogénie. Avec l'idée de Hunter, idée que de mon côté j'ai défendue, propagée depuis 1830, on s'explique l'origine d'une foule de maladies, de tumeurs, de produits morbides.

» Je devrais donc voir avec bonheur l'appui que lui apporte en ce moment M. Jobert. Mais, comme dans les sciences, qu'elle plaise ou non, c'est la vérité qui importe, je dois avouer que les arguments opposés à cette doctrine sont très sérieux et d'une grande force : ainsi, pour le cas actuel, ses antagonistes peuvent soutenir que dans une ténotomie bien faite sous la peau, sans destruction de la gaîne, avec repos complet du membre immédiatement après l'opération, il n'y a point de caillot, que le caillot est un accident, et que la résorption, la disparition s'en effectuent graduellement à mesure que le travail plastique de la gaîne avance et se complète, qu'on s'en est laissé imposer par des apparences, par des observations incomplètes : aussi me suis-je rangé à l'autre théorie de l'année 1839 en ce qui concerne les sections ou les ruptures de tendons.

» Étant persuadé que ces difficultés vont surgir de nouveau à l'encontre des expériences de M. Jobert, je me permets de les lui rappeler, afin qu'il les discute, qu'il les détruise ou qu'il y réponde à l'avance. »

PHYSIOLOGIE. — *Du nerf pneumogastrique considéré comme agent excitateur et comme agent coordinateur des contractions œsophagiennes dans l'acte de la déglutition*, par M. *A. Chauveau*. — Les nerfs moteurs de l'œsophage viennent tous des racines propres du pneumogastrique. Ainsi, en pratiquant sur un animal récemment tué l'excitation localisée des racines du spinal, de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien, du facial, et celle des divers filets sympathiques communiquant avec le pneumogastrique, on ne provoque ni mouvements de l'estomac, ni mouvements de l'œsophage; mais, en agissant sur les racines propres de la dixième paire, on fait naître dans ces deux organes les plus énergiques contractions.

Chez le lapin, et probablement chez l'homme, celles de ces fibres nerveuses motrices qui sont destinées à la portion trachéale de l'œsophage n'abandonnent le tronc du nerf pneumogastrique qu'avec le récurrent. Aussi, quand sur un lapin on électrise légèrement ce dernier nerf à son origine, détermine-t-on la tétanisation énergique de cette région trachéale de l'œsophage.

D'où il résulte que : 1° chez le lapin, après la section des pneumogastriques au milieu du cou, la portion trachéale de l'œsophage est entièrement paralysée, parce qu'elle est privée de l'action et de ses nerfs centrifuges et de ses nerfs centripètes, qui lui viennent tous des récurrents; 2° chez le chien, après la même opération, cette portion trachéale du conduit œsophagien a gardé l'énergie et la régularité de ses mouvements, parce que le conduit a conservé l'intégrité de ses nerfs centrifuges et centripètes, qui sont tous fournis par le pharyngien et le laryngé externe.

Enfin, chez les solipèdes, tous les nerfs moteurs de la même portion de l'œsophage ont bien cette dernière source; mais certaines fibres nerveuses centripètes viennent des récurrents; et comme l'interruption de la continuité de ces fibres, opérée par la section transversale du pneumogastrique au milieu du cou, est toujours suivie de symptômes de paralysie, ou tout au moins d'ataxie, présentés par la tunique charnue de l'œsophage, on est forcé d'admettre que ces fibres jouent, dans la production du mouvement péristaltique, un rôle aussi essentiel que les fibres motrices elles-mêmes : conclusion tout à fait en accord avec celle des expériences de M. Claude Bernard sur les racines spinales. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

M. *Flourens* présente au nom de M. *Minervini* un mémoire en italien sur un œuf contenant dans son intérieur un second œuf complet, et sur un œuf à trois jaunes dans une seule coque; — de M. *Gratiolet* des recherches sur le système vasculaire de la sangsue médicinale et de l'aulastome vorace; — de M. *Rosenthal* un mémoire sur le nerf vague; — et de M. *Wolf* un mémoire également en allemand sur le bégayement et sa guérison par une nouvelle méthode.

THÉRAPEUTIQUE. — *Traitement des plaies rebelles exposées, par l'acide carbonique et l'oxygène*, par MM. *Demarquay* et *Ch. Leconte*.

Digitized by Google

— « Pour arriver au résultat désiré, nous avons fait fabriquer des appareils en caoutchouc dans lesquels on place la partie malade, puis avec un appareil gazogène spécial et très simple on fait arriver l'acide carbonique dans le manchon de caoutchouc; tantôt on se contente d'une application dans les vingt-quatre heures, tantôt le gaz est renouvelé toutes les six ou huit heures, suivant les indications à remplir.

» Nos appareils sont d'une application tellement facile que ce nouveau mode de traitement des plaies par l'acide carbonique peut être confié à toute personne intelligente. Lorsque le manchon qui doit contenir l'acide carbonique est appliqué, une large bandelette de diachylon est placée sur le bord du manchon, afin de prévenir la sortie du gaz. Il importe que la compression ne soit pas assez forte pour gêner la circulation du membre. Il faut donc avoir des appareils proportionnés au volume des parties sur lesquelles on fait les applications. Le membre malade étant placé dans un de nos appareils en caoutchouc rempli d'acide carbonique, voi i les phénomènes physiologiques que l'on observe :

» 1° Le malade accuse une sensation de chaleur et de picotement dans toute l'étendue du membre soumis à l'action du gaz, et surtout à la plaie; de plus on observe une légère injection de la peau.

» 2° Après quelque temps d'application de l'appareil, on y trouve une quantité plus ou moins grande de liquide fournie par l'exhalation de la plaie et la transpiration sensible et insensible du membre. Cette circonstance oblige à laver un peu l'appareil avec une petite éponge toutes les douze ou vingt-quatre heures, suivant l'étendue de la plaie, si l'application doit être continue.

» L'excitation que produit l'acide carbonique sur les plaies indique que cet agent ne doit être appliqué qu'aux plaies anciennes atoniques, rebelles, et non pas aux plaies récentes, pour la cicatrisation desquelles la nature fait tous les frais. Toutefois l'excitation produite par l'acide carbonique est bien *plus faible que celle de l'oxygène*, dont l'application, dans certains cas spéciaux, doit précéder celle du premier gaz. Sous l'influence de l'acide carbonique les plaies se détergent et prennent une teinte rosée, leurs bords s'affaissent, et dans un temps très court une pellicule cicatricielle se forme sur le pourtour de la plaie, en même temps qu'apparaissent sur divers points de la surface des îlots de cicatrisation qui, marchant du centre à la périphérie, viennent s'unir avec les bords. Nous avons constaté bien souvent ces phénomènes, sur lesquels nous appelons l'attention de l'Académie. »

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres pour l'examen des pièces admises au concours Montyon, prix de médecine et de chirurgie.

MM. Rayer, Cl. Bernard, Velpeau, Serres, Cloquet, Andral, Jobert, Flourens et Coste réunissent la majorité des suffrages.

Académie de Médecine.

Séance du 1er avril 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

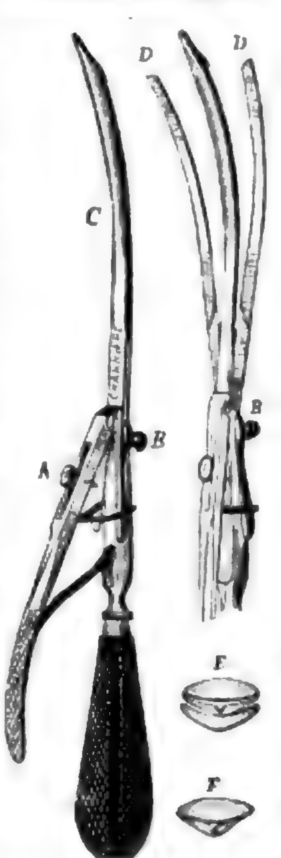
Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M le docteur *Suquet* sur une épidémie de fièvre continue qui a régné à Beyrouth pendant les trois derniers mois de l'année 1861. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Reybord* sur le service medical gratuit des circonscriptions de Digne et de Mezel (Basses-Alpes) pour l'année 1861

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *E. Barthez*, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie medicale. — *b*. Un rapport sur une épidémie de colique saturnine qui a régné aux environs de Chartres, par MM. les docteurs *Salmon* et *Mannoury*. (*Comm.*: MM. Robin et Vernois)

3° Le modèle et la description d'un lithotome double construit par M. *Charrière*, sur les indications de M. *Nélaton*.



« Le lithotome double que Dupuytren a figuré et désigné dans son mémoire sous le nom de lithotome double de M. Charrière était resté dans la pratique générale depuis 1827, époque à laquelle mon père en a proposé le modèle à l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

» Ce n'est que dans ces dernières années que M. Nélaton, désirant que les parties à introduire soient d'un moindre volume, nous avons, d'après ses indications, supprimé les trois quarts de la longueur de la partie postérieure de la gaine, ce qui réduit le volume de l'instrument de plus d'un tiers, en augmentant cependant la résistance des lames, qui, du reste, sont parfaitement protégées.

» De cette manière, le même instrument peut servir pour les adultes et les enfants. Il a été ainsi employé par plusieurs chirurgiens.

» Fig. 1. — Lithotome double vu fermé, prêt à servir.

» Fig. 2. — Le même vu ouvert.

» E. Coupe de la gaine et des lames du premier modèle.

» F. Coupe du nouveau modèle. »

Lectures.

M. *le Secrétaire perpétuel* lit la lettre suivante, adressée par M. le docteur *Topinard*, et relative à l'hygiène des hôpitaux :

« Plusieurs orateurs, dans le cours de la discussion actuelle sur l'hygiène nosocomiale, ont daigné accepter les conclusions de ma thèse inaugurale, publiée en février 1860, savoir que la mortalité dans diverses opérations, les amputations en particulier, est moins élevée dans les hôpitaux de Londres que dans ceux de Paris. Cette opinion me fut suggérée dès les premiers temps de mon séjour à Londres, et ensuite démontrée par des statistiques relevées avec sévérité dans le journal Medical Times and Gazette, et qui embrassaient la pratique chirurgicale des quinze principaux hôpitaux de cette ville, de janvier 1854 à juillet 1857 inclusivement. Les seuls éléments de comparaison auxquels je pus recourir à Paris furent les remarquables statistiques d'amputations de 1836 à 1841, insérées par M. Malgaigne dans les Archives générales de médecine.

» L'assistance publique, en effet, m'avait refusé, en vertu, disait-elle, d'un « arrêté de principes », les documents qu'elle vient de livrer à M. Ulysse Trélat. Ce refus me parut d'autant plus regrettable qu'un intervalle de dix ans environ séparait mes statistiques à Londres de celles de M. Malgaigne à Paris, et que les probabilités permettaient d'espérer une diminution de mortalité depuis 1836.

» Je saisis donc avec empressement l'occasion que m'offre M. Ulysse Trélat d'atténuer ce que mes chiffres et mes conclusions d'il y a deux ans avaient de pénible pour la chirurgie française, ou mieux pour les hôpitaux de Paris.

» Dans mes statistiques de Londres, 543 grandes amputations m'ont donné 160 décès, c'est-à-dire 29 1/2 pour 100. Dans celles de Paris par M. Malgaigne, 509 cas de même genre lui ont donné 280 décès ou 55 pour 100. Dans celles de M. Trélat, qui représentent la pratique de nos hôpitaux pour ces dix dernières années environ, 1144 amputations ont fourni 522 morts, ou 45 pour 100. De ce rapprochement il résulte que la mortalité chez les amputés ne serait plus dans le rapport de 29 1/2 pour 100 à Londres, à 55 pour 100 à Paris, mais bien comme 29 1/2 est à 45 1/2.

» Si l'on suit M. Trélat dans quelques-unes de ses divisions, les mêmes rapports se confirment. Ainsi, 214 amputations

Digitized by Google

traumatiques à Londres auront donné une mortalité de 39 pour 100, tandis que M. Malgaigne à Paris a trouvé, sur 166 cas semblables, 62 pour 100, et M. Trélat, sur 170 cas, 55 pour 100. De même 317 amputations pour cause pathologique n'ont fourni 22 pour 100 de mortalité, tandis que 343 cas analogues ont donné à M. Malgaigne 51 pour 100, et 568 cas à M. Trélat, 44 pour 100.

» Ce parallèle, que nous pourrions poursuivre plus loin, prouve donc péremptoirement : 1° que la mortalité chez les amputés dans les hôpitaux de Londres, comparée à celle des statistiques anciennes de M. Malgaigne ou des statistiques nouvelles de M. Trélat, est moins élevée que dans les hôpitaux de Paris; 2° que les laborieuses et intéressantes recherches de M. Ulysse Trélat modifient à peine et confirment au contraire la conclusion fondamentale du travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, à l'occasion de la présente discussion, en novembre 1861. »

Médecine. — M. *Béhier* donne lecture d'une note relative au traitement de la péritonite par l'application continue du froid sur l'abdomen.

L'auteur rapporte d'abord les observations détaillées de plusieurs cas de métro-péritonites qu'il a vues guérir rapidement sous l'influence exclusive des irrigations continues d'eau froide sur le ventre. Il expose ensuite les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des accidents puerpéraux par les applications de glace sur l'abdomen. M. Béhier se sert pour ces applications de vessies de caoutchouc remplies de fragments de glace qui sont renouvelés toutes les deux heures. Depuis le mois d'octobre 1858, dit l'auteur, 801 femmes sont venues accoucher à l'hôpital Beaujon. « Sur ce nombre, la glace a été appliquée à 355 femmes, dont 244 ne présentaient, au moment de cette application, qu'un gonflement des annexes de l'utérus et une douleur peu marquée qui disparut rapidement. Chez 68 autres les phénomènes furent plus menaçants, et un mouvement fébrile marqué avec commencement d'altération des traits se manifesta. 39 femmes sur les 801 accouchées ont succombé; mais, même dans ces cas, il y a eu une certaine action. La durée de la maladie a été prolongée au delà de ce qu'elle était avant ce mode de traitement.

M. Béhier espère donc que ce traitement pourra être utile contre l'élément péritonéal, si fréquemment en jeu dans la maladie des femmes en couches. Il paraît d'ailleurs surtout applicable aux cas exempts de toute affection générale.

M. Béhier ajoute que, dans les nombreuses observations qu'il a faites, il n'a jamais vu survenir d'accidents à la suite de ce traitement, qui, du reste, n'entrave en rien ni l'écoulement lochial, ni la sécrétion du lait.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Malgaigne*. Cette discussion semblait toucher à sa fin; les orateurs ne différaient que sur quelques points, et se réunissaient dans l'ensemble, quand surgirent deux adversaires inopinés, M. Trebuchet, dont l'autorité en matière de statistique et d'hygiène est considérable, et M. Briquet.

Nous avons comparé, selon M. Trebuchet, ce qui n'était pas comparable; nos chiffres sont sans valeur, et ne permettent aucune conclusion sérieuse. Pourtant à la fin de son discours, et sans doute pour nous consoler, M. Trebuchet dit que cette discussion portera de hauts enseignements; mais comment? à moins que ces enseignements ne sortent uniquement du discours de l'honorable orateur. Nos hôpitaux, dit-il, sont splendides et très bien situés, et les étrangers nous les envient. Oui, mais il serait à souhaiter que leur beauté extérieure ne fût pas achetée par d'aussi grands vices intérieurs. Les hôpitaux, même les mieux construits pour la gloire des architectes et le plaisir des touristes, ne valent rien s'ils sont meurtriers. J'ai dit qu'ils étaient meurtriers, et je l'ai prouvé avec des statistiques françaises et anglaises : ce sont ces statistiques qu'on me conteste. M. Trebuchet, il est vrai, n'en nie pas l'exactitude, mais c'est une pure politesse à laquelle je ne me laisse pas prendre. Qu'est-ce qu'une statistique exacte, si ce n'est une statistique bien faite, et les miennes ne le sont pas, puisqu'elles additionnent des quantités dissemblables.

Je demanderai pourtant à M. Trebuchet s'il connaît deux choses qui soient plus comparables qu'une amputation et une amputation, surtout traumatique, quand on a soin de distinguer les amputations pathologiques des amputations traumatiques, et de ne placer à côté l'une de l'autre que celles qui sont faites dans le même âge et le même sexe.

M. Briquet va plus loin que M. Trebuchet, il attaque les chiffres eux-mêmes, non pas les nôtres, mais ceux des statistiques anglaises. Aux conditions connues des bonnes statistiques M. Briquet en a ajouté une nouvelle : pour qu'une statistique soit bonne, il faut qu'il en connaisse les auteurs. Ainsi il admet volontiers les chiffres de M. Bouillaud, ceux de M. Louis, et même les miens : en vérité, nous avons eu bien du bonheur de rencontrer un beau jour M. Briquet! Sans cette rencontre, nous n'eussions fait, MM. Bouillaud, Louis et moi, que de la triste besogne, ou plutôt nous n'aurions pas plus trouvé grâce devant M. Briquet que les chirurgiens anglais.

Je veux bien qu'on ait fait en tout temps et par tout pays de ces statistiques à la façon de celles de Dupuytren, que M. Briquet appelle spirituellement des statistiques adoucies. L'Angleterre en a vu faire comme la France, et Perceval Pott, à propos des hernies étranglées, Benjamin Bell, à propos des grandes amputations, ont eu à se reprocher de ces fanfaronnades chirurgicales. Mais les choses ont bien changé. B. Philipps, dès 1837, a fait justice de ces brillants et commodes *à peu près*, et, lorsqu'il a apporté devant la Société médico-chirurgicale de Londres une vraie statistique établissant la vraie proportion de la mortalité après les grandes opérations, il suscita au sein de cette Société, bien que sa statistique fût moins triste que la mienne, une révolte semblable à celle que j'ai soulevée moi-même en 1842 quand je suis venu dire que nous perdions 56 opérés sur 100 après les *grandes opérations*.

Depuis ce temps, il y a dans les hôpitaux un élève de clinique (*Clinical Clerc*) qui tient note de toutes les observations. Le registre de l'hôpital, ainsi tenu sous la surveillance du maître et sous l'inspection des élèves, a une telle valeur en Angleterre qu'il fait foi en matière civile. Puis plusieurs journaux donnent tous les mois des listes de toutes les opérations faites dans les hôpitaux.

M. Briquet a fait de la critique cartésienne : « Nous savons, a-t-il dit, comment se font ces statistiques. » Non, vous n'en savez rien, et l'ignorance où vous étiez de ce qui se passe en Angleterre aurait dû vous faire abstenir d'un jugement plus compromettant pour vous-même que pour la chirurgie anglaise. Vous avez cru nécessaire de nous laver du reproche de perdre plus d'opérés que nos confrères d'outre-Manche. Nous n'avons nul besoin d'une pareille défense, et nous ne l'acceptons pas. Quant aux statistiques anglaises, il est impossible qu'elles présentent plus de garanties, et il faut accepter des chiffres pareils ou renier les fondements de la médecine.

M. Briquet s'est égayé ensuite à propos de l'hôpital de Massachussets; il a eu le temps de fonder une ville et de la détruire, en attendant qu'il ait découvert qu'il s'agissait d'un hôpital élevé à Boston et portant le nom de la province dont Boston est la capitale.

Je m'étonne un peu que M. Briquet, bien qu'il ne soit pas chirurgien, ne se soit pas rappelé que c'est dans cet hôpital de Massachussets que l'éthérisation fut appliquée pour la première fois par M. Eward. C'est ce même M. Eward qui est l'auteur des statistiques très détaillées et très bien faites dont j'ai emprunté les résultats généraux, résultats qui, comme ceux obtenus en Angleterre, sont bien préférables aux nôtres.

Je dois cependant dire que la statistique de 1842 est aujourd'hui remplacée par une statistique qui établit une moindre mortalité. Au lieu de 56 pour 100, la statistique de M. Trélat n'indique plus que 47 pour 100. Cette amélioration, je l'avais

Digitized by Google

prédite, il y a vingt ans, lorsque j'ai insisté sur la nécessité d'une alimentation substantielle pour les opérés. Aujourd'hui, presque tous les chirurgiens ont adopté le régime tonique pour leurs opérés. C'est un grand progrès accompli, et grâce à ce progrès on sauve un plus grand nombre de malades. Je réclame ma part de ces malades sauvés.

La meilleure preuve, en effet, que l'amélioration constatée par les chiffres de M. Trélat tient à une réforme des habitudes chirurgicales, c'est qu'aucune autre réforme n'a été faite depuis 1842 dans l'organisation intérieure des hôpitaux.

On n'a pas diminué l'étendue des salles, étendue qui est une des conditions les plus fâcheuses qui puissent se rencontrer. Les raisons en sont nombreuses, et d'abord les grandes salles sont faites pour les grands services, et il est impossible à un seul chirurgien, quelle que soit son activité, de s'occuper avec assez de soin, dans l'espace d'une matinée, de plus de cent malades. Lorsque Dupuytren dirigeait à lui seul tout le service médical de l'Hôtel-Dieu, il perdait un opéré sur quatorze. La mortalité est tombée à un sur dix-neuf quand, au lieu d'un seul chef, il y en eut trois.

Plus une salle est grande, plus elle contient de lits, et plus avec le nombre de lits (ceux-ci fussent-ils très espacés), s'accroît le nombre des foyers d'infection. La viciation de l'air dans une salle d'hôpital tient à des causes multiples, physiologiques et morbides, et indépendamment des miasmes de toute nature qui s'y développent en tout temps il se développe parfois, dans un point, un miasme, un poison particulier qui passe d'un malade à l'autre, et va de proche en proche, de lit en lit, infecter toute la salle : s'il n'y a que 10 lits au lieu de 80, c'est 60 individus qui sont mis à l'abri de la contagion.

Ce n'est pas en ouvrant les fenêtres qu'on assainira les grandes salles. A la place des miasmes qui s'en vont arrive le plus souvent un air froid, qui est fatal aux opérés, comme il l'est aux nouvelles accouchées; car le refroidissement est une des causes les plus actives d'infection purulente et de fièvre *puerpérale*.

Ce qui prouve, selon M. Trebuchet, en faveur de nos hôpitaux et de leur organisation actuelle, c'est que les opérations y réussissent aussi bien qu'en ville, quoique les malheureux qui viennent y réclamer les secours de la chirurgie n'y arrivent qu'épuisés par la misère et la maladie. Il est certain, au contraire, qu'en ville on meurt moins que dans les hôpitaux ; par exemple, les opérations de lithotritie et de taille donnent en ville une mortalité moitié moindre que dans les hôpitaux. Quant à l'état d'épuisement des malades à opérer, loin d'être défavorable, il est favorable au succès de l'opération ; tout le monde le reconnait aujourd'hui.

M. Trebuchet a voulu expliquer la différence de la mortalité, en 1814, dans les abattoirs et dans les hôpitaux, par le meilleur état des blessés transportés aux abattoirs. Il suffit de relire le compte rendu du service de l'administration de l'assistance publique dans cette malheureuse année pour se convaincre que les blessés arrivaient, pour la plupart, aux abattoirs dans un état pitoyable, et qu'on a fini par loger là, tant bien que mal, 10 000 soldats, sur lesquels 9000 ont été, plusieurs jours après la bataille, trouvés gisant sans secours dans les carrières des environs de Paris.

Lorsque M. Trebuchet a fait sa statistique générale de la mortalité dans les hôpitaux de Paris, il est tombé complétement dans le travers qu'il nous reproche, et il a tout confondu; il a comparé des choses qui ne sont nullement comparables. C'est ainsi que, plaçant la statistique chirurgicale de l'hôpital Cochin à côté de celle de la Charité, il a trouvé que, dans le premier hôpital, la proportion des morts était de 1 sur 16, tandis qu'elle était de 1 sur 29 à la Charité ; résultat inouï et radicalement opposé à l'opinion que nous soutenons sur la supériorité des petits hôpitaux. Malheureusement M. Trebuchet a oublié que la clientèle de l'hôpital Cochin est composée, comme celle de presque tous les hôpitaux excentriques, d'ouvriers travaillant dans des usines ou dans des carrières, et que les lésions graves suites de grands accidents y sont beaucoup plus communes qu'à l'hôpital de la Charité. Pour avoir quelque donnée positive sur la mortalité dans les hôpitaux, il faudrait que les médecins qui jusqu'à présent ont assisté un peu trop paisiblement à ces débats se donnassent la peine d'apporter aussi leurs statistiques.

Ce que nous en savons rétablit la supériorité des petits hôpitaux. C'est ainsi que la mortalité, qui est de 1 sur 8 à l'Hôtel-Dieu, n'est que de 1 sur 13 à l'hôpital Cochin. Elle est de 1 sur 5 ou 6 à Lariboisière; c'est donc cet hôpital qui perd le plus de malades dans ses services de médecine, comme il en perd le plus dans ses services de chirurgie, puisque la mortalité, qui est ailleurs de 47 pour 100, est là de 59 pour 100.

La même supériorité des petits hôpitaux et des petites salles se retrouve encore à propos des services d'accouchements. La Maternité, si vaste, si bien située, a une mortalité de 1 sur 13, tandis que la Clinique, de si misérable aspect, a une mortalité de 1 sur 32, différence considérable qui ne peut tenir qu'à une meilleure distribution des salles, qui, à l'hôpital de la Clinique, sont plus petites et contiennent moins de lits. A l'hôpital de la Charité, il y avait une salle d'accouchements qui, Dieu merci, s'est effondrée. Elle était basse, encombrée de lits, et communiquait largement avec une salle immense. Rien de plus détestable. Aussi la mortalité s'y est-elle élevée à 1 sur 5. Maintenant que la Providence nous a débarrassé de cette salle meurtrière, le plus meurtrier de tous les services d'accouchements est encore dans le plus beau de nos hôpitaux, à Lariboisière, où il meurt 1 accouchée sur 11.

Voilà, messieurs, ce qu'est cet établissement splendide que les étrangers contemplent avec envie : on y a élevé avec profusion des colonnes élégantes, on y a prodigué le marbre, et l'administration, qui a déployé dans cet hôpital un luxe scandaleux, manquait alors et manque encore de chemises. Lariboisière est le Versailles de la misère : tout y est brillant et magnifique ; mais les latrines y sont infectes, et l'encombrement est partout. On m'accuse d'être l'ennemi de l'administration, parce que je signale les dangers qu'il lui faut éviter, les imperfections dans lesquelles elle ne devra pas retomber. Si l'administration veut des flatteries, elle peut les demander à d'autres ou se les demander à elle-même, et répéter, avec M. Trebuchet et avec M. Pastoret, qu'elle compte ses jours par ses bienfaits. Toutes les administrations se sont dit de ces choses-là. Mais le public !...

Ici l'orateur fait un court historique de l'administration des hôpitaux avant 1789 et fait voir quelles difficultés a rencontrées l'adoption des réformes même les plus urgentes. Un édit de Louis XVI n'a pu empêcher qu'on couchât plusieurs malades dans un lit à l'Hôtel-Dieu, et il n'a fallu rien moins qu'une révolution comme celle de 89 pour détruire cet abus.

Pour ma part, ajoute M. Malgaigne, je suis le promoteur d'une petite réforme dans l'administration des hôpitaux, réforme relative à la distribution des bandages, mais la façon dont j'ai obtenu cette réforme ne m'encourage pas à en demander d'autres.

Je sais bien que les intentions des administrateurs sont toujours excellentes, que c'est par charité qu'ils augmentent le nombre des lits. On gagne un lit, mais combien de morts ont payé ce lit-là !

Les seules lumières qui manquent à l'administration sont les lumières médicales et chirurgicales ; nous les lui offrons, qu'elle s'en serve dans l'avenir. Les réformes que M. Renault a faites à Alfort, on les fera dans les hôpitaux, et les malades de la cité parisienne guériront en plus grand nombre, ils auront le même bonheur que les chevaux d'Alfort.

La séance est levée à cinq heures.

Digitized by Google

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1861.

TUMEURS LYMPHATIQUES MULTIPLES (*molluscoïdes*) SUR LES CUISSES : QUESTION DE DIAGNOSTIC.

M. *Bauchet* communique à la Société l'observation suivante :

OBS. — Un malade entra à la Charité dans le service de M. Malgaigne, alors suppléé par M. Bauchet. Cet homme avait les cuisses doublées de volume; elles étaient le siége d'une sorte de tuméfaction, d'empâtement sans œdème, car elles ne conservaient pas l'empreinte du doigt. Des tumeurs existaient dans les creux poplités. Les jambes n'offraient inférieurement aucun engorgement. Le malade raconta que, plusieurs mois auparavant, cette affection avait débuté par la manifestation sur les cuisses de quelques tumeurs; que quelques-unes de ces tumeurs avaient disparu spontanément, mais que quelques autres persistaient encore. On reconnaît en effet plusieurs tumeurs, les unes grosses comme des noisettes, les autres comme des petites pommes; elles paraissent composées d'un noyau central avec empâtement périphérique mal délimité. Plusieurs adhèrent à la peau; quelques autres, situées plus profondément, sont adhérentes aux muscles. Quoique n'étant pas spontanément douloureuses, elles le deviennent à la pression.

Cet homme, très pâle, d'une constitution molle, avait travaillé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Quelques gouttes de sang, soustraites au moyen d'une piqûre d'épingle, montrèrent à l'examen microscopique qu'il n'y avait pas leucémie. — Le diagnostic de cette affection était difficile. Étaient-ce des manifestations d'une diathèse cancéreuse? La rapidité du développement de ces tumeurs, et surtout la disparition spontanée de quelques-unes, éloignaient cette idée.

Était-ce la suite d'une syphilis ancienne? Le défaut d'antécédents syphilitiques et la multiplicité de ces tumeurs qui ne tendaient pas au ramollissement comme les gommes, écartaient cette opinion.

Cette affection était-elle farcineuse? On ne pourrait le supposer, cet homme n'ayant jamais soigné de chevaux.

Ces tumeurs n'étaient pas des lipomes, car ils ne sont pas ainsi diffus et mal délimités.

Avait-on affaire à des tumeurs fibro-plastiques? On ne pouvait le penser, car elles n'étaient pas assez dures et consistantes, et quelques-unes avaient disparu spontanément, ce qui n'a jamais lieu pour des tumeurs fibro plastiques.

Devait-on s'arrêter à l'idée de névromes? Pas davantage, car ils ne se développent pas si rapidement, et quand ils sont multiples, ils se montrent sur diverses régions du corps, et ne se bornent pas seulement aux cuisses.

M. Bauchet se rappelait avoir vu quelques années auparavant un autre malade présentant des tumeurs multiples analogues; il savait que Biett avait parlé de tumeurs scrofuleuses, et que plusieurs auteurs avaient décrit sous le nom de tumeurs molluscoïdes des tumeurs assez comparables à celles présentées par son malade. Les tumeurs de cet homme, quoique adhérentes aux muscles ou à la peau, ne semblaient avoir pris naissance ni sur les uns, ni sur l'autre. Elles devaient vraisemblablement avoir leur siége initial soit sur les veines, soit sur les vaisseaux lymphatiques; mais on ne pouvait admettre qu'elles se fussent primitivement développées sur le trajet des veines, car en comprimant ces vaisseaux, elles auraient déterminé de l'œdème dans les jambes; or l'œdème n'existait pas lors de l'entrée du malade à l'hôpital, et ne se montra que plus tard par les progrès ultérieurs de l'affection. Ces tumeurs paraissaient donc avoir pour siége initial les vaisseaux lymphatiques; ces vaisseaux eux-mêmes, non leurs ganglions, car elles se montraient sur divers points où ne se montrent pas ordinairement les adénites.

M. Velpeau, auquel notre collègue demanda avis, diagnostiqua également des exsudats plastiques, vraisemblablement consécutifs à l'oblitération de vaisseaux lymphatiques. Durant sa longue carrière chirurgicale, ce professeur aurait eu l'occasion d'observer trois ou quatre cas semblables.

M. Bauchet, après avoir diagnostiqué la nature scrofuleuse ou lymphatique de l'affection de son malade, le soumit à l'usage de l'iodure de potassium; une amélioration légère se manifesta d'abord; mais bientôt de l'œdème se montra aux extrémités inférieures des membres pelviens, gagna le tronc, et le malade ne tarda pas à succomber lorsque cet œdème devint général. A cette dernière phase de la maladie, des ulcérations s'étaient manifestées sur divers points de la surface des jambes. Cette maladie semble avoir consisté primitivement dans une affection des vaisseaux lymphatiques, sorte d'adénites multiples qui, en comprimant les veines du voisinage, auraient déterminé consécutivement la formation de caillots dans leurs cavités; caillots qui, en oblitérant ces veines, auraient amené l'œdème général qui paraît avoir été la cause de la mort du malade.

A l'*autopsie*, on reconnut que ces tumeurs siégeaient sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, superficiels et profonds; qu'elles étaient analogues aux ganglions lymphatiques, que, cependant, elles étaient moins circonscrites et moins délimitées; il en existait quelques-unes jusque dans le bassin. Ces tumeurs adhéraient aux vaisseaux lymphatiques; d'ailleurs les micrographes auxquels M. Bauchet a confié l'examen de ces tumeurs, y ont reconnu les éléments organiques des vaisseaux lymphatiques. Ce cas lui semble différer de ceux rapportés par M. Binet, car, au lieu d'être dilatés comme dans ces derniers cas, les vaisseaux lymphatiques chez le malade de notre collègue ne l'étaient nullement, mais étaient oblitérés et formaient des cordes. Les tumeurs volumineuses n'étaient donc pas formées par des dilatations vasculaires.

M. *Delasiauve* a vu plusieurs cas analogues à celui rapporté par M. *Bauchet* : chez un malade, entre autres, il vit sur diverses régions du corps des tumeurs multiples disparaissant spontanément après un laps de temps plus ou moins long. Les unes étaient molles, les autres étaient dures; leur forme était généralement ovoïde. La santé était d'ailleurs assez bonne.

M. *Chausit* a observé deux cas de tumeurs semblables multiples. Ils ont tous deux été publiés; l'un d'eux sous le titre de *tumeurs molluscoïdes*.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 4 AVRIL 1862.

1° M. *Guibout*. Observation d'un chancre phagédénique ayant nécessité l'amputation de la verge.

2° M. *Layneau*. Abcès multiples péri-uréthraux de la partie inférieure du pénis.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des fistules dentaires, par le professeur MORISSON.

Nous détachons d'un très bonne note, sur les fistules dentaires, la partie concernant plus spécialement la conduite que doit tenir le praticien.

Rien n'est moins grave qu'une fistule dentaire, et cependant rien n'expose davantage à des inconvénients, à des méprises et à des conséquences fâcheuses, dans la région qu'elle occupe. S'ouvre-t-elle sur la gencive, elle n'est sans doute, dans la plupart des cas, qu'une complication peu importante de la carie dentaire. Mais quelquefois en se fermant périodiquement, elle devient, lors de sa réapparition, le centre d'une nouvelle fluxion avec gonflement plus ou moins considérable. En outre, la suppuration qu'elle fournit peut s'altérer, rendre l'haleine fétide et occasionner, lorsqu'elle est avalée, un dérangement dans les fonctions de l'estomac, de la dyspepsie, et un notable affaiblissement de la constitution. Correspond-elle à la peau, les inconvénients sont plus sérieux encore; car non-seulement elle produit une difformité dégoûtante, mais de plus, par suite de la disparition de la graisse et d'une sorte d'atrophie du tissu cellulaire, elle laisse après sa guérison une cicatrice déprimée et adhérente à la mâchoire.

Il faut donc chercher à prévenir la formation de ces fistules, et pour cela ne pas hésiter à extirper la dent cariée avant l'apparition de l'abcès et lorsqu'il n'existe encore qu'un simple engorgement des parties molles. Mais s'il est trop tard, et si la fistule est formée, l'indication n'en est pas moins la même: il faut arracher la dent malade. Quand la fistule est gingivale, et que la dent est indolente, l'urgence est moins grande; on peut attendre. Lorsqu'au contraire elle correspond à la peau, tout retard serait préjudiciable, il importe d'opérer de bonne heure. L'opération, en effet, emporte à la fois la lésion mi-

Digitized by Google

tiale et très probablement le point nécrosé qui entretenait la suppuration.

Reste à savoir s'il est possible de remédier aux cicatrices adhérentes et difformes. M. Morisson croit la chose possible en suivant le procédé indiqué par M. Gosselin. On sent aisément du côté de la muqueuse la bride cicatricielle qui unit les téguments au maxillaire ; or, tout le secret consiste à détacher les adhérences en coupant du côté de la bouche et en évitant une réunion immédiate.

Un autre cas peut se présenter : par pusillanimité, le malade ne consent pas à l'arrachement de la dent altérée, ou le chirurgien ne parvient pas à la reconnaître, ou bien enfin la nécrose de l'os, assez étendue, perpétue la difformité, l'écoulement de pus à l'extérieur et la gêne de la mastication. Dans ce cas, il faut recourir au procédé de M. Chassaignac, qui a pour but, tout en traitant directement l'altération de l'os, de transporter dans la bouche, de rendre intra-buccal l'orifice de la fistule qui s'ouvre à la peau. Pour cela, on commence par diviser la bride fibreuse existant entre le rebord alvéolaire et la joue par exemple, et on sépare ainsi le trajet fistuleux en deux tronçons distincts.

Il ne s'agit plus alors que de les maintenir isolés pendant un certain temps, afin que le tronçon situé dans la joue, ne recevant plus de liquide du foyer morbide, s'oblitère par défaut d'usage. Pour y parvenir, on fait pénétrer un stylet par l'orifice fistuleux extérieur, et, lorsque l'extrémité du stylet est arrivée dans la bouche, on passe dans son chas un fil double, lequel est conduit de manière à pendre en avant au dehors de la bouche, tandis que son autre extrémité reste à l'extérieur de la joue. Un fort bourdonnet de charpie, attaché à l'extrémité buccale du fil, est ensuite amené dans l'intérieur de la bouche, porté sur l'orifice interne de la portion du trajet fistuleux contenu dans l'épaisseur de la joue, et maintenu dans cette position au moyen d'un rouleau de sparadrap attaché en manière de cheville sur la partie externe de la joue, à l'aide des deux *chefs du fil double*. Chaque jour on renouvelle la même manœuvre, et quand, au bout de quelque temps, on voit que les tronçons du trajet fistuleux ne peuvent plus se rejoindre, on cesse de maintenir le bourdonnet par l'introduction d'un fil dans le tronçon extérieur ; on se borne à tenir la joue écartée au moyen d'un bourdonnet plus petit, que le malade peut placer et ôter lui-même.

L'auteur ajoute que, selon lui, il est préférable de diviser la bride inodulaire au moyen de la ligature extemporanée, le lien constricteur ayant le double avantage d'opérer sans effusion de sang et surtout de produire une surface traumatique qui n'a presque aucune tendance à se réunir, et il applique aussi cette observation au procédé de M. Gosselin. (*Bulletin médical du nord de la France*, année 1862, février.)

Abcès à la base du cœur, par Inman.

Obs. — Un homme de trente-cinq ans était entré à l'hôpital de Liverpool, se plaignant de frissons qui revenaient depuis sept ou huit mois, trois ou quatre fois par jour. L'affaiblissement de cet homme et la coloration jaune sale de son visage révélaient une maladie sérieuse et d'ancienne date, et cependant, après des interrogations multipliées dirigées en vue d'une intoxication paludéenne, d'une affection organique de l'estomac, du foie, des intestins, des poumons, etc., on ne put arriver à aucun diagnostic certain. La percussion ne révélait aucune modification dans les conditions physiques du foie, du cœur ou des poumons. La respiration était facile, le pouls régulier, la langue nette ; rien d'anormal à l'auscultation du cœur. L'intelligence présentait le même affaissement que dans la première période de la fièvre typhoïde.

Le diagnostic ne put être formulé, et quatre jours après son entrée à l'hôpital, cet homme succomba sans avoir présenté aucun phénomène nouveau.

A l'autopsie on trouva le foie congestionné ; les poumons contenaient une notable quantité de pus infiltré. Les artères pulmonaires étaient obstruées par un caillot blanchâtre et résistant ; le cœur avait un volume normal, et à l'extérieur il paraissait parfaitement sain, mais la dissection montra un vaste abcès dans les ganglions lymphatiques qui entourent l'infundibulum de l'artère pulmonaire ; cet abcès communiquait avec le ventricule droit derrière l'une des sigmoïdes de l'artère. Sur le pourtour de l'orifice existait une végétation charnue de la grosseur d'une féverole. Il n'y avait pas de pus dans l'artère pulmonaire ; on ne découvrit aucune autre collection purulente.

Il n'y a eu chez ce malade d'autres symptômes de pyohémie que les frissons quotidiens et la teinte jaune des téguments ; cependant, si l'on songe aux infiltrations purulentes disséminées dans le parenchyme pulmonaire, il sera difficile de se refuser à voir dans ce fait un exemple d'infection purulente à marche lente. Quel a été le point de départ de cette infection ? L'observation ne permet pas de le déterminer. (*Medical Times and Gazette*, 1er mars 1862.)

Sur la fièvre des fondeurs de laiton, par Greenhow.

Le 11 février 1862, le docteur Greenhow a communiqué à la Société royale médico-chirurgicale de Londres un travail dans lequel il se propose de faire connaître les accidents auxquels sont exposés les fondeurs de laiton. Les premières observations de l'auteur ont été faites à Birmingham, et elles remontent à 1858 ; depuis cette époque, il a vu un certain nombre de faits semblables à Wolverhampton, à Sheffield et à Leeds. Les symptômes de cette affection offrent quelque ressemblance avec ceux d'un accès de fièvre intermittente, mais ils ne présentent aucune régularité, et l'on peut toujours les rapporter à l'action des vapeurs de zinc. Voici, du reste, les conclusions par lesquelles M. Greenhow a terminé son mémoire :

I. Les fondeurs de laiton, et probablement tous les ouvriers soumis aux vapeurs du zinc en déflagration, sont exposés à des accidents qui ressemblent à une fièvre intermittente irrégulière.

II. Ces accidents sont caractérisés par du malaise, de la courbature, des nausées, des douleurs de tête, des frissons et parfois des vomissements. A ces phénomènes succède souvent une réaction fébrile ; mais, dans tous les cas, on observe des sueurs profuses.

III. La sévérité et la fréquence de ces accès sont notablement influencées par la régularité du travail. Les hommes qui n'interrompent pas leurs occupations acquièrent une immunité temporaire ; mais, après une absence de quelques jours, les ouvriers les plus anciens, les plus accoutumés prennent cette fièvre métallique, lorsqu'ils reviennent s'exposer de nouveau aux vapeurs du zinc.

IV. La gravité des attaques dépend de la quantité de vapeurs de zinc produites dans les ateliers. Les hommes qui mêlent les métaux et ceux qui sont chargés des fontes très riches en zinc sont beaucoup plus exposés que les autres.

V. Toutes les causes qui retardent la dispersion des vapeurs dans l'atmosphère augmentent la disposition à la fièvre métallique.

VI. Bien que le stade de froid soit ordinairement précédé de prodromes bien marqués, cependant des causes très légères, l'impression de froid produite par les draps de lit par exemple, suffisent pour déterminer un accès de cette fièvre chez les individus qui ont acquis la prédisposition par l'exercice de leur métier.

VII. Les ouvriers qui travaillent le zinc à une température plus basse, les fabricants de fer galvanisé par exemple, ne sont point sujets à la fièvre métallique. (*Medical Times and Gazette*, 1er mars 1862.)

Statistique obstétricale, par M. Ed. Moore.

La discussion de ces derniers jours donne un intérêt d'actualité à la statistique suivante, publiée dans The Lancet par M. le docteur Edward Moore, médecin du district de Bethnal-Green, et comprenant le relevé des accouchements faits par lui en cette qualité sur les indigentes de ce district depuis dix ans :

Digitized by Google

Accouchements, 185; mortalité pour les mères, 0; pour les enfants dans les neuf premiers jours de la naissance, 8; mort-nés, 17; placenta prævia, 26; hémorrhagies après l'accouchement, 8; prolapsus utérin après la délivrance avec adhérence du placenta, 1; procidence du bras, 9 (7 enfants vivants); procidence du cordon, 7 (5 enfants vivants); présentation de la face, 5; présentation des fesses, 12 (1 mort-né); présentation des pieds, 10 (1 seul mort); adhérence du placenta et hémorrhagie grave, 16; déformation du bassin, crâniotomie et embryotomie, 9; déformation légère du bassin, application de forceps, 22; application de forceps pour autres causes, 18; éclampsie, 8; phlegmatia alba dolens, 4; péritonite, 6. (*The Lancet*, 22 mars 1862.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de l'Algérie; exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement l'Algérie; par le docteur J.-J. Marit, médecin principal de l'armée d'Afrique, professeur de pathologie médicale à l'école de médecine d'Alger. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1862.

Nous sommes toujours attiré par ce qui se publie sur les pays chauds, torrides ou prétorrides, comme disait F. Jacquot, et l'Algérie, qui appartient à cette dernière catégorie, ne produit rien qui ait rapport à son hygiène ou à sa pathologie, sans qu'immédiatement nous y cherchions un rayon de lumière propre à jeter quelque jour sur le difficile problème de l'accommodation sanitaire, sans laquelle ce beau pays ne peut tenir à la France toutes les promesses qu'il lui fait depuis trente ans. C'est dans l'hygiène, et non ailleurs, qu'est la solution de ce problème: hygiène publique qui apprend à reconnaître les lieux salubres des insalubres, qui étudie les propriétés de l'air, du sol et des eaux, qui dirige l'émigrant dans le choix de son habitation; hygiène privée, qui fait concourir notre expérience et les conquêtes de notre civilisation, avec les ressources du pays et avec les pratiques consacrées par la race, les mœurs, les habitudes du peuple au milieu duquel nous voulons vivre. Voici un livre qui a pour titre: *Hygiène de l'Algérie*, espérons qu'il tiendra sa promesse, et qu'il se bornera à tirer de l'hygiène commune les règles applicables au pays auquel il s'adresse. Ce n'est pas dans 450 pages que peut se traiter toute l'hygiène; que viendrait faire d'ailleurs, parmi les médecins militaires, un traité général, au moment où nous allons voir paraître une nouvelle édition de celui qui a élevé au premier rang la réputation scientifique d'un des chefs les plus éminents de ce corps? Nous comprenons, au contraire, les traités spéciaux ayant rapport à une branche de l'hygiène, comme l'hygiène alimentaire, par exemple, que M. Fonssagrives a eu le talent de présenter sous la forme d'une science particulière et nouvelle, ou à un pays distinct par ses caractères physiques et sociaux, climatologiques et médicaux, comme l'Algérie. L'auteur annonce qu'il n'a pas la prétention de dire du nouveau; qu'il ne fait qu'un travail d'ensemble, d'après les travaux qui ont été publiés sur chaque localité; et que son but est seulement d'apprendre à amoindrir et même annihiler les causes morbifiques qui se rencontrent en Algérie. Il est assez beau, s'il l'atteint.

Son ouvrage est partagé en deux livres. Le 1er porte le titre de *Topographie, géologie, météorologie et climatologie*. Cela se comprend; l'étude des lieux, de l'air et de leurs influences d'abord, c'est de l'hygiène publique. Nous commençons par la description du Tell (zone des terres cultivées entre la mer et la chaîne de l'Atlas) et de ses cours d'eau; et nous sommes frappé des analogies qu'elle présente avec celle des terres volcaniques de la zone tropicale. Une première chaîne de montagnes sépare le Tell du Sahara algérien, terres des maigres pâturages, inondées par la pluie l'hiver, et brûlées par le soleil de juillet; de plus en plus stériles à mesure qu'on marche vers le sud, et parsemées dans leurs parties les plus lointaines de nombreuses oasis qui forment la limite du désert et sont séparées les unes des autres par de vastes marais, des montagnes rocheuses, des cours d'eau à pentes dénudées et aboutissant à des lacs salés; les *oueds*, ou cours d'eau qui descendent des montagnes, se perdent dans les sables, et forment des nappes souterraines qui alimentent les puits et deviennent, par les forages exécutés depuis quelque temps, des sources de fertilité pour le sol. Des montagnes de sable, soulevées par les vents du sud, désolent quelquefois ces terres. Sur ce canevas assez triste, M. Marit compose un tableau général de l'Algérie, dont les couleurs pittoresques et presque toujours attrayantes, sont plus propres à séduire le touriste que le médecin hygiéniste. Le chapitre de la géologie fait connaître la nomenclature et la distribution des terrains sur toute la surface de ce sol, et donne un aperçu très abrégé des espèces principales du règne minéral, du règne végétal dans ses rapports avec la nature des terres, et du règne animal, sauvage et domestique non alimentaire; des races humaines on ne trouve guère aussi qu'une énumération avec leurs caractères distinctifs principaux, l'auteur renvoyant pour plus ample informé au traité de statistique et de géographie de M. Boudin. A laquelle s'adresse plus particulièrement son hygiène? Il ne le dit pas. La météorologie débute par l'étude des eaux, non pas des hydrométéores, comme on pourrait s'y attendre, mais des eaux appartenant au sol, et dont la place était peut-être mieux marquée dans la topographie. Les eaux potables sont examinées et analysées au point de vue de leurs rapports avec la géologie; celles des terrains secondaires et accidentés sont les meilleures, et se rapprochent des eaux de rivière en France; celles des plaines sont terreuses, d'une odeur désagréable, tièdes en été et ne désaltèrent pas; celles du Sahara et des oasis sont saumâtres et quelquefois purgatives; *dans les grandes villes on* fait usage d'eau de pluie recueillie dans des citernes. Quant aux eaux stagnantes formant les mares, marais, lacs, etc., envisagées au point de vue de leurs influences morbifiques, elles ne donnent lieu à aucune considération particulière ou neuve sur le mode de formation ou sur les effets pernicieux des marais, ni sur le mode de développement, les divers états, le mode d'action et de propagation du miasme palustre, à l'occasion duquel l'auteur revient même à des doctrines qui paraissaient abandonnées en Algérie. A quoi bon ces rapprochements des fièvres de marais, avec la peste, la fièvre jaune et le choléra! Quant aux préceptes hygiéniques par lesquels doivent être combattues ces causes d'insalubrité, il ne suffit pas de dire que « de tout temps l'homme a pu maîtriser les causes morbifiques dues aux émanations marécageuses », et que « c'est à l'hygiène à faire disparaître ce mal »; il faudrait apporter des preuves à l'appui d'assertions aussi optimistes. Or, les moyens indiqués sont connus de tout le monde: dessécher les marais, canaliser, transformer les eaux troubles en eaux claires, observer sévèrement les règles de l'hygiène privée, sont d'ailleurs choses plus faciles à conseiller qu'à pratiquer, et n'atteignent pas toujours le but qu'on se propose. Le choix de l'habitation, par rapport à la météorologie et à la nature du sol, voilà un moyen efficace, mais qui n'est pratique qu'à la condition de bien connaître chaque localité, ce qui n'est pas possible ici avec le plan adopté. La topographie et la géologie ne sont pas étudiées par régions principales, et la météorologie ne l'est pas davantage. La température accidentelle la plus élevée de l'Algérie est de 45 à 50 degrés à l'ombre, de 70 degrés au soleil, presque toujours par les vents du désert; sur les plateaux du Tell elle descend à — 6 degrés; sur les altitudes moyennes de Médéah, Milianah, Tlemcen, sa moyenne se rapproche de celle de la France; comparée à celle des régions équatoriales, ses amplitudes sont beaucoup plus marquées et sa moyenne moins élevée; elle diminue de

Digitized by Google

l'E. à l'O. : à Bône, elle est de 21 degrés; à Alger, de 20, 19, 17 degrés; à Oran, de 16 degrés. Le mois d'août est le plus chaud de l'année, et donne pour moyenne des extrêmes 23 et 32 degrés, pour moyenne générale 27 degrés; le mois de janvier est le plus froid, et donne les chiffres suivants: 8 degrés pour moyenne des minima, 16 degrés pour moyenne des maxima, 13 degrés pour moyenne générale. A Alger, pendant vingt-deux années d'observations, le chiffre diurne minimum a été de 2 degrés, le maximum de 40 degrés, la moyenne annuelle de 19°,17. Les pluies varient suivant les zones; 88 jours pluvieux en moyenne à Alger; quantité d'eau variant entre 557 et 1073 millimètres; quelques localités présentent des différences. L'humidité de l'air diffère aussi suivant les lieux: en moyenne elle est de 40 à 60; elle descend à 15 pendant le siroco, et s'élève quelquefois à 80; rosée abondante pendant l'été. A part les jours de pluie et quelques jours de vapeurs épaisses, le ciel est pur habituellement. Nous n'avons pas parlé des effets de l'air chaud ou froid, nous ne parlerons pas davantage des effets physiologiques et pathologiques de l'humidité, sur lesquels il n'y a rien de particulier; de même pour la lumière et l'électricité. Les vents d'O. et de N.-O. sont les vents d'hiver, ils sont froids et pluvieux; le vent de S.-O. est rare et tiède; le N. et le N.-E. commencent au printemps et durent une partie de l'été; puis revient l'O. mélangé de S.-E. Le siroco ou simoun varie du S.-S.-E. au S.-S.-O., et souffle ordinairement pendant plusieurs jours; il est très sec et plus chaud dans le sud, il est pourtant plus pénible sur le littoral, où il fait encore monter le thermomètre à 40 degrés. Les effets du siroco, en Algérie, ont plus d'une analogie avec ceux du mistral, en Provence. En résumé, le climat de l'Algérie, dans le Tell, est ce que les hygiénistes appellent un climat doux, assez analogue à ceux du sud de l'Espagne, de l'Italie et de la Grèce. Dans le Sahara, il approche de celui des tropiques. L'année s'y divise en deux saisons ou périodes principales, l'une commençant en juin et finissant en octobre, l'autre commençant en novembre et finissant en mai. La première est la saison chaude, et ne se distingue que par sa sécheresse et sa température élevée; la seconde est une saison tempérée pendant laquelle tombent les pluies et grondent les orages. A la fin de cette première partie sont tracées les règles qui doivent présider à l'emplacement et à la construction des habitations; ces règles sont aussi précises que bien appropriées au but qu'il s'agit d'atteindre, mais toujours sans rapport avec les localités. Avant d'aller plus loin, disons que cette première moitié du livre ne répond pas à notre attente. Les appréciations générales avec indications particulières énoncées sans ordre et disséminées dans le cours des généralités, peuvent suffire à une description géographique, elles ne suffisent pas aux enseignements précis de l'hygiène. Dans un pays aussi vaste que l'Algérie, offrant des zones climatériques aussi tranchées, renfermant des localités aussi dissemblables sous le rapport de la salubrité et du règne pathologique, les vues d'ensemble ne peuvent mener à rien de pratique. Des documents statistiques et topographiques sur le climat et la salubrité des divisions les plus importantes de la colonie existent; mieux valait, ce nous semble, faire connaître d'abord les rapports et les différences qu'elles présentent entre elles, que de se borner à tracer des caractères concrets qui ne s'appliquent exactement à aucune d'elles et ne peuvent fournir aucune indication utile.

Le second livre a pour titre: *Différences individuelles*; c'est la partie pour le tout, qui est l'*hygiène privée*. L'ordre que l'auteur a adopté dans son exposition est celui des différents âges de la vie. L'hygiène de l'enfance est tracée rapidement et sous la forme qu'on lui trouve dans tous les traités, ce qui nous dispense d'en faire connaître les détails; c'est à peine si un nom, celui de nourrice mauresque, par exemple, fait souvenir au lecteur qu'il est en Algérie; l'adolescence et l'âge adulte ne sont pas l'objet de considérations plus spéciales. Un chapitre de l'hygiène des sexes (il faudrait lire du sexe, attendu qu'il n'y est question que de la femme), traite de la grossesse et de l'âge critique; puis vient, à l'occasion de l'âge viril, l'étude de toutes les matières de l'hygiène, suivant les divisions classiques. Nous avions cru, d'après la préface, que le livre concernait particulièrement le créole européen, et voilà qu'au sujet du tempérament il est parlé de variations suivant les races, et des caractères particuliers du tempérament de l'Arabe, du Maure, du Juif indigène. Les règles hygiéniques propres à chaque espèce de tempérament, sont très rationnelles et très sagement déduites, mais elles seraient de mise partout ailleurs qu'en Algérie. Au chapitre de l'hérédité, nous nous attendions, entre autres choses, à trouver quelque considération nouvelle touchant l'action favorable du climat sur la marche de la phthisie; c'est à peine s'il en est fait mention. Sur les habitudes, sur l'exercice de certaines fonctions d'excrétion, les conseils s'adressent encore à toutes les races successivement. Dans l'hygiène des bains une seule page est consacrée aux bains maures; dans celle des vêtements, il y a d'abord quelque chose de spécial au climat, et l'auteur conseille aux Européens le costume indigène; mais il se croit ensuite obligé de passer en revue tous les détails de la toilette européenne. Le chapitre des aliments est un cours de bromatologie, où les ressources propres au pays sont à peine indiquées et appréciées; le régime alimentaire est tracé suivant les races. Le chapitre des boissons contient de bons préceptes sur la qualité et l'usage de l'eau, sur les bons effets du café et du thé. La culture de la vigne fait de rapides progrès en Algérie, et promet de bons et abondants produits dans un avenir prochain; le vin coupé est la meilleure boisson des repas, mais l'abus des alcooliques est particulièrement pernicieux, et l'auteur ne manque pas de signaler les ravages que fait dans notre armée d'Afrique la passion effrénée de l'absinthe. Relativement aux fonctions des organes des sens, aux divers exercices du corps, aux états de veille et de sommeil, aux professions, à l'hygiène de la vieillesse, mêmes observations, c'est-à-dire, des préceptes généraux, sages sans doute, mais ne faisant que reproduire les traités qui sont dans toutes les mains, en ne répondant que très incomplétement au titre et au but du livre. L'acclimatement, qui fait le sujet du dernier chapitre, nous semble incomplet aussi; c'est là l'objet principal de l'hygiène dans les pays chauds, et à son occasion devrait se résumer d'une manière plus précise, tout ce qu'il y a d'applicable au pays dans les règles qui précèdent. L'auteur considère le croisement avec les indigènes comme le meilleur moyen de perpétuer la race européenne. Les maladies qui appartiennent au climat météorologique peuvent être conjurées par les conditions hygiéniques, et celles qui dépendent de l'insalubrité du sol doivent disparaître avec les terres palustres, qu'il lui semble facile de transformer par la culture. Ses appréciations sur la marche de la mortalité depuis l'occupation, sur les aptitudes que créent les tempéraments ou la provenance des immigrants, ne s'appuient sur aucune preuve statistique, et tout en se posant en opposition avec M. Boudin, il renvoie le lecteur au livre de cet auteur pour de plus amples renseignements sur la question.

Nous craignons que cette longue critique paraisse non avenue à M. Marit, qui, chargé de faire un cours à des élèves de l'école d'Alger, aura peut-être voulu écrire pour eux un traité général d'hygiène à propos de l'Algérie et non pas le livre spécial sur lequel nous comptions. Nous n'accuserons alors que le titre de l'ouvrage, et nous ne ferons aucune difficulté de reconnaître que l'exposition en est claire, la lecture facile, l'idée peu approfondie, ce qui ne nécessite pas trop d'efforts d'intelligence.

Dr Dutroulau.

Digitized by Google

VII

VARIÉTÉS.

Addendum. — A la page 207 du dernier numéro, au compte rendu de la discussion de la *Société obstétricale de Londres* sur l'ovariotomie, avant-dernier alinéa, à la phrase : « ce qui ressort d'une façon saillante, c'est que le point important..... est la fixation du pédicule dans la plaie, n'importe par quel moyen », ajoutez : « et que, sur deux opérations, on peut compter, à très peu de chose près, sur un succès. »

Société des amis des sciences — *5e séance publique annuelle du 13 mars 1862.* — La Société des amis des sciences prend chaque année une importance plus considérable : en 1860, les plus zélés de ses membres assistaient seuls à sa séance publique ; en 1861, son quatrième anniversaire était célébré avec un éclat inaccoutumé. Cette année, la séance avait pris le caractère d'une solennité scientifique, le plus grand amphithéâtre de la Sorbonne avait été choisi pour réunir les amis des sciences, et au moment où la séance a été ouverte, plus de 1200 auditeurs en remplissaient la vaste enceinte.

Le maréchal Vaillant, président de la Société, a rappelé par quelques mots heureux, le but de cette institution, les nombreux services qu'elle a déjà rendus et ses rapides progrès. Le secrétaire, M. Félix Boudet, a ensuite rendu compte de la gestion du conseil d'administration.

Au 1er mars 1861, le capital placé par la Société était de 172 812 fr., dix mois plus tard, le 31 décembre, ce capital s'élevait à 205 753 fr. 80 c., il s'était donc augmenté de 31 941 fr., et en même temps la Société avait distribué 18 818 fr. en secours. Aujourd'hui le nombre des familles qu'elle protége est de 14, et le chiffre des secours annuels votés par le conseil, monte à 22 362 fr.; l'année dernière, le nombre des membres de la Société était de 1517, il dépasse actuellement 2000.

M. Boudet, en signalant le rôle que la Société joue dans le monde savant, les bienfaits qu'elle a répandus, les touchantes infortunes qu'elle a soulagées, a excité à plusieurs reprises, dans l'assemblée, une émotion sympathique.

M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, a pris la parole après M. Boudet, et a lu un remarquable éloge des savants chimistes Laurent et Gerhardt.

La séance a été terminée par un discours de M. Jamin, professeur de physique à l'École polytechnique, qui a exposé les expériences et les théories de MM. Bunsen et Kirkhoff sur le spectre. Son élocution brillante, la nouveauté et l'éclat des expériences qu'il a exécutées avec l'assistance de MM. Rumkorff, Debray, Grandeau et Dubosc, ont produit un grand effet, et l'assemblée s'est retirée en applaudissant les orateurs qu'elle avait écoutés avec le plus vif intérêt, et les magnifiques découvertes dont M. Jamin avait été l'éloquent interprète.

— Par décision de M. le ministre de la guerre, en date du 13 mars, M. le docteur Verjon, médecin aux eaux de Plombières, est nommé médecin des salles militaires de l'hôpital thermal de cette station.

— M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a légué à la Faculté de médecine de Paris une rente annuelle de 2000 fr. destinée à être donnée en prix à la personne « qui » aura inventé une opération, des instruments, des bandages, des appa» reils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et » supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. »

Le prix sera decerné au mois de novembre prochain dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté. Les pièces des concurrents seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, jusqu'au 31 juillet inclusivement.

Les nationaux seuls auront le droit de concourir, et le prix ne s'appliquera qu'aux inventions faites postérieurement au 8 septembre 1856, date du décret impérial qui autorise l'acceptation du legs.

— Par arrêté du 31 mars 1862, M. le docteur Gros est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire d'Alger, pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

M. Malherbe, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Thibeaud, décédé.

M. Pihan-Dufeillay fils, professeur suppléant pour les chaires de médecine, est chargé du cours de pathologie interne, en remplacement de M. Malherbe.

M. Viaud-Grandmarais est nommé suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay.

— La Société médico-psychologique ayant reçu une somme de 1000 francs pour l'affecter comme prix à la description de la *manie raisonnante*, a accepté le legs du donateur, M. Eug. André, et la destination qu'il lui a assignée. Elle met au concours la question de la *manie raisonnante*. Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1863, à M. le docteur Th. Archambault, secrétaire général de la Société. Les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

— La Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, decernera, en 1862, une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« 1° Faire connaître les accidents dus à une diète prolongée, et les distinguer de ceux qui sont propres à la maladie;

» 2° Rechercher les troubles imprimés à l'organisme par suite de l'emploi exagéré des médications altérante, antiphlogistique, vomitive et purgative. »

— Une Société locale agrégée à l'Association générale vient de se fonder pour les médecins de l'arrondissement de Castres (Tarn).

— L'Académie royale de Madrid a ouvert un concours sur les deux questions suivantes :

1° Origine et vicissitudes de la thérapeutique employée par les chirurgiens espagnols dans les blessures par armes à feu.

2° Influence de la culture du riz sur la salubrité publique; et exposition des moyens à employer pour éviter tout danger, ou diminuer assez les dangers inévitables pour que les avantages de la culture soient supérieurs à ses inconvénients.

Pour chacune de ces questions il y aura un prix et un accessit. Le prix consistera en une médaille d'or, un diplôme spécial, et le titre de membre correspondant. A l'accessit seront attachés une médaille d'argent, le même diplôme et le même titre. Les mémoires devront être envoyés au secrétariat de l'Académie avant le 1er octobre 1862.

— M. Hippolyte Blot, agrégé, chargé pendant le semestre d'été, des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur Moreau, commencera ses leçons le lundi 7 avril à deux heures, et les continuera, à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. Barth, chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur Cruveilhier, pendant le semestre d'été, a commencé ses leçons le 1er avril à deux heures, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le professeur Ambroise Tardieu commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine le lundi 7 avril 1862, à quatre heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours théorique et clinique sur les maladies de l'enfance, le mercredi matin 9 avril, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et le vendredi 11, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis suivants.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Classification sur les maladies internes de l'œil révélées par l'ophthalmoscope, par *Francisco de Argilagos*. Brochure in-8. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

Hydrologie médicale : bains de Luxeuil (Haute-Saône), eaux thermales ferro-manganifères, eaux salino-thermales, par le docteur *A. Delaporte*. In-8 de 199 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

Sur l'ophthalmoscopie physiologique, par *Francisco de Argilagos*. 2 premiers fascicules. In-8, avec 2 planches coloriées. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

Sténographie, art d'écrire aussi vite que la parole, par *Tondeur*. Brochure in-12. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, par *Maurice Raynaud*. Grand in-8 de 174 pages, avec planches coloriées. Paris, L. Leclerc. 4 fr.

Études sur la parole et ses défauts, et en particulier du bégayement, par le docteur *Violette*. In-8 de 192 pages. Paris, L. Leclerc. 3 fr. 50

Études cliniques sur les maladies traitées aux eaux minérales de Vittel (Vosges), par le docteur *Patézon*. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
1 an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 11 AVRIL 1862. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Sur les eaux de Paris, étudiées principalement au point de vue de l'hygiène publique. — II. **Travaux originaux.** Réflexions sur l'hygiène des hôpitaux. Mortalité des femmes enceintes à l'hôpital de Lourcine pendant les neuf dernières années. — Pathologie interne : Note statistique sur la phthisie pulmonaire. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie.** Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales. — V. **Feuilleton.** Lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

I

Paris, 10 avril 1862.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

(Suite. — Voir le numéro 14.)

Les eaux à dériver, « pas plus que l'Ourcq ou la Seine, ne sont exemptes des inconvénients qui doivent faire écarter de la consommation publique les eaux coulant à ciel ouvert. Les pluies les troublent, les végétaux les corrompent; les cultures ou les maisons riveraines les chargent d'immondices; l'été les échauffe, et l'hiver les glace. »

Il importait donc avant tout, dans l'exécution des ouvrages destinés à conduire et à distribuer dans Paris les eaux nouvelles, de prendre toutes les mesures, toutes les précautions nécessaires pour garantir le liquide des injures du dehors et des vicissitudes atmosphériques, pour lui conserver sa fraîcheur et sa pureté originelles pendant toute la durée d'un long parcours, et jusqu'à la fontaine du consommateur.

On va voir comment tout doit concourir à la réalisation de ce but essentiel dans le procédé de captage, le projet de dérivation et le mode de distribution des eaux, constituant l'ensemble du système présenté par les ingénieurs du service municipal, et adopté par l'administration.

Voici la description sommaire de ce plan gigantesque :

Des études préliminaires, des travaux préalables de sondage et de jaugeage ont démontré, conformément aux prévisions de la géologie, que les riches et belles sources de la Somme-Soude, du Sourdon, du Surmelin, de la Dhuis et de la Vanne proviennent d'une sorte de réservoir naturel formé par les eaux pluviales dans toute l'épaisseur d'un vaste banc de craie tendre, dernière couche perméable du sol champenois. Amassées et retenues là par la surface impénétrable du gault ou grès vert sous-jacent, ces eaux représentent un véritable lac souterrain d'une étendue considérable et d'une profondeur variable de 100 à 300 mètres,

FEUILLETON.

Lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

A M. LE DOCTEUR VERNEUIL.

Mon cher et honoré confrère,

Aussi moi j'ai applaudi de grand cœur à la croisade que vous prêchez contre l'érudition de faux aloi qui dépare la littérature médicale moderne, et je vous prie de me considérer comme rangé d'avance sous la bannière que vous avez déployée au rez-de-chaussée de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Vos spirituels feuilletons m'ont rappelé l'époque déjà trop éloignée où je recueillais les matériaux de ma thèse inaugurale sur *Les calculs des canaux salivaires*, parcourant dans tous les sens les grandes salles de nos bibliothèques, gravissant d'un pied léger les gradins des escaliers roulants, et fouillant avec ardeur dans tous ces vieux livres qu'on ne quitte jamais sans regret.

Ah! vous avez mille fois raison : une épuration est devenue bien nécessaire. C'est encore le moment de s'écrier avec Stahl : « Je voudrais qu'une main hardie entreprît de nettoyer cette étable d'Augias! »

Dans l'histoire de notre seul art chirurgical quelle tâche immense! que de prétendues découvertes dans le genre de celle que fit Americ Vespuce! Que d'erreurs patronées par des noms illustres et acceptées sans contrôle de siècle en siècle! Que d'injustices révoltantes! Que d'hypothèses ne reposant sur rien, et consacrées par le temps sous le nom pompeux de théories scientifiques! Mais surtout que d'*observations sans valeur!* Combien d'autres inexactes, incomplètes, gratifiées de commentaires boiteux, travesties par une traduction perfide, et finissant par être étrangement défigurées et méconnaissables, au point de pouvoir servir d'appui à des opinions tout à fait contradictoires! Il faut avoir mis la main à un

Digitized by Google

imbibant la craie, la saturant, pour ainsi dire, « et s'écoulant dès qu'un sillon ou une fissure leur en donne l'occasion. » Des observations nombreuses et des calculs approximatifs ont permis d'évaluer, en moyenne, à 795 millions de mètres cubes le tribut que les eaux pluviales versent annuellement dans cet immense réservoir.

C'est là, c'est dans la profondeur même du sol où elle est emmagasinée, qu'on se propose d'aller chercher l'eau destinée à alimenter Paris, au lieu de la recueillir directement des sources jaillissantes et visibles, ou de la puiser aux rivières qu'elles forment. A cet effet, des tranchées seront creusées jusqu'au cœur de la nappe souterraine, soit à distance, soit dans le voisinage des sources, et un peu au-dessous de leur plan inférieur. Ces tranchées seront couvertes en façon de tunnels, ou enveloppées, au besoin, d'enrochements en pierres sèches. De cette manière, les sources nouvelles, suscitées artificiellement par ce drainage énergique, seront dirigées sans altération, sans modification de température, sans mélange et sans perte vers les têtes de l'aqueduc de dérivation.

« Cet aqueduc consistera, dans la presque totalité de son parcours, en une galerie laissant couler l'eau librement entre ses parois, comme le fait le lit d'un fleuve à pente régulière, sans lui imposer ni chute, ni ascension forcée. Cette galerie en maçonnerie sera de forme cylindrique. A la traversée des vallées, elle sera portée sur des arcades toutes les fois que la profondeur du vallon au-dessous du radier de l'aqueduc n'excédera pas 10 mètres.

» Si le sol s'abaisse davantage, on aura recours aux conduites forcées ou siphons, c'est-à-dire que la galerie interrompue se continuera par deux tuyaux en fonte, posés côte à côte, suivant la déclivité du terrain, franchissant les ruisseaux ou les rivières sur des ponts construits à cet effet, et remontant par l'autre versant de la vallée jusqu'au nouveau prolongement de la galerie. »

Le diamètre intérieur de la galerie maçonnée sera de $1^m,35$ à $1^m,50$; celui des siphons, de 1 mètre à $1^m,10$.

Pour préserver l'eau du goût de chaux que pourrait lui communiquer la maçonnerie fraîche, la galerie sera enduite d'une chemise intérieure de ciment de 2 centimètres d'épaisseur. Afin de donner et de conserver à l'eau un degré d'aération convenable, et pour la maintenir à une température constante, l'aqueduc cheminera sous terre, à une profondeur variable d'un mètre, au minimum; au passage des ponts, les conduites en fonte seront protégées par une sorte d'enveloppe en maçonnerie: la voûte de la galerie aura $0^m,20$ d'épaisseur, et sera séparée de la surface de l'eau par une couche d'air de 20 centimètres environ, communiquant avec l'air atmosphérique par des regards placés de distance en distance.

L'eau coulera donc à 1 mètre et demi au-dessous du sol, c'est-à-dire à une profondeur telle qu'elle gardera, dans tout son trajet, la température des caves, ou une température moyenne comprise entre 9 et 12 degrés.

Tel est le plan général des trois aqueducs de dérivation.

Ces aqueducs alimenteront trois vastes réservoirs placés « aux sommets d'un immense triangle embrassant la ville entière, » sur les points les plus culminants de la circonscription parisienne. L'aqueduc de la Dhuis et des sources complémentaires du Surmelin, du Sourdon et des Vertus, partant des environs de Château-Thierry, et d'une altitude de 130 mètres, parcourra 35 lieues et versera ses 40,000 mètres cubes d'eau dans le réservoir de Ménilmontant, à 108 mètres au-dessus du niveau de la mer, et à 82 mètres au-dessus de l'étiage de la Seine. L'aqueduc de la Somme-Soude, commençant entre Châlons-sur-Marne et Épernay, à 107 mètres d'altitude, mesurera 45 lieues, et fournira ses 60,000 mètres cubes d'eau au réservoir de Passy, à 80 mètres au-dessus du niveau de la mer, et à 60 mètres au-dessus de l'étiage de la Seine. L'aqueduc de la Vanne ayant son point de départ au delà de Sens, entre Villeneuve-l'Archevêque et Estissac, à une altitude de 120 mètres, versera, après un parcourt de 41 lieues, ses 63,000 mètres cubes d'eau dans le réservoir de Montrouge, à une altitude de 82 mètres.

Les réservoirs seront construits suivant les mêmes principes que les aqueducs, avec les mêmes soins et les mêmes précautions propres à prévenir l'altération de l'eau. Ils seront faits de murs épais, impénétrables, et d'une solidité à toute épreuve, « voûtés dans toute leur étendue, *afin de conserver* l'eau fraîche, et de la préserver de cette végétation qui se développe si rapidement dans toute masse d'eau accessible à l'air extérieur et aux rayons solaires. » Ils seront, en outre, « divisés en plusieurs compartiments qui pourront être vidés successivement, de telle sorte qu'on puisse opérer au besoin des nettoyages qu'aucun réservoir ne peut éviter, quelle que soit l'eau qu'il reçoit. »

Les trois réservoirs seront mis en communication par d'énormes conduites en fonte de $1^m,10$ de diamètre, qui, « comme des rameaux vigoureux, porteront aux branches secondaires l'abondance et la vie... » « Toutes les conduites, sans exception, seront placées dans les galeries d'égoût et

---

travail historique consciencieux, quelque limité qu'il soit, pour se faire une idée des difficultés sans nombre qui encombrent la route.

A propos d'observations, permettez-moi de vous citer un exemple qui ne manque pas d'être curieux, et qui pourra s'ajouter comme argument aux preuves que vous êtes en train de donner de l'utilité des confrontations originales, en matière d'érudition scientifique.

Dans le cours de mes recherches, je rencontrai sur mon chemin un mémoire sur *La dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale*, présenté à la Société de chirurgie, en 1852, par un des candidats au titre de membre titulaire, aujourd'hui professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Tout en analysant ce travail, je fus arrêté par le passage suivant :

« L'observation IV, insérée par Louis, dans son mémoire sur » les fistules salivaires, présente encore un exemple qui se rap» porte à ces dilatations. » — « La femme d'un sculpteur, âgée » d'environ vingt ans, fort sujette aux maux de dents depuis » son enfance, s'aperçut, à la suite d'une douleur énorme, » qu'il lui était resté une petite tumeur *au-dessous de la dent* » *canine* du côté droit. Cette tumeur fit insensiblement des » progrès en deux ans; elle résista à toute espèce de remèdes » émollients, discussifs et maturatifs appliqués extérieurement; » enfin on se détermina à en faire l'ouverture. La malade crai» gnait une hémorrhagie. Lentilius s'attendait à voir couler » du pus par l'incision; ils furent également trompés l'un et » l'autre, car il ne sortit qu'une matière limpide : *c'était la* » *salive retenue qui formait la tumeur. L'obstruction du canal sa*» *livaire avait causé sa dilatation contre nature.* On parvint avec » des soins convenables à cicatriser la plaie. »

Au premier abord, le fait ainsi rapporté paraît clair, indiscutable. Une tumeur se développe; on pratique l'ouverture; c'est de la salive qui en sort; de plus, on atteste, comme ré-

Digitized by Google

convenablement isolées, en vue de maintenir constante la température de l'eau. »

J'emprunte à un excellent ouvrage de M. L. Figuier sur les *eaux de Paris* les passages suivants, qui serviront de complément aux détails que je viens de donner relativement aux projets d'aménagement et de répartition des eaux nouvelles :

« Les 40,000 mètres cubes d'eau de l'aqueduc de la Dhuis alimenteront les quartiers hauts de Passy, Montmartre, Belleville, Montrouge, et les plateaux du Panthéon et de la Butte-aux-Cailles. Les 60,000 mètres cubes d'eau de l'aqueduc de la Somme-Soude se répartiront dans les quartiers moyennement élevés. Si cet aqueduc se construit, on ne prendra dans la Vanne que les eaux actuellement achetées, soit 70,000 mètres cubes qui seront distribuées aux habitants des quartiers bas.

» Mais, évidemment, il n'est pas nécessaire de construire ces trois aqueducs simultanément. Il faudra, en effet, un grand nombre d'années pour distribuer 170,000 mètres cubes d'eau dans les maisons de Paris; on devra donc se contenter d'amener d'abord l'eau nécessaire pour assurer le commencement de ce service.

» C'est l'aqueduc de la Dhuis qui sera construit le premier, parce qu'il desservira les quartiers les plus élevés. Comme il amènera une quantité d'eau beaucoup plus grande qu'il n'en faudra d'abord dans les quartiers hauts de la ville, le trop-plein de ces eaux se déversera dans les parties moyennes et basses. Lorsqu'on reconnaîtra la nécessité d'amener à Paris un volume d'eau potable plus considérable, l'aqueduc de la Somme-Soude sera construit, et déversera sur les parties moyennes et basses de la ville ses 60,000 mètres cubes d'eau. Enfin, quand le développement des besoins de la population exigera un dernier complément d'eau, ce qui, selon toute probabilité, n'aura lieu que dans un avenir éloigné, le troisième aqueduc, celui de la Vanne, sera construit, et ses eaux seront distribuées dans les quartiers bas. »

Le système dont je viens de faire connaître sommairement les dispositions principales, « heureuse alliance des antiques monuments avec les procédés modernes, » ce système si ingénieux et si hardi dans sa conception, si vaste et si grandiose dans son exécution, si prévoyant dans ses moyens, et si sage dans son but, devait causer dans le sentiment public une émotion profonde, et devenir l'objet des jugements les plus divers. Mais il faut dire qu'il rencontra plus d'adversaires acharnés que de chauds partisans, plus d'oppositions passionnées que d'adhésions enthousiastes.

Il fut rudement attaqué par une imposante cohorte d'ingénieurs, d'hydrauliciens, d'économistes, de médecins, de chimistes, d'industriels, voire de gens de lettres; et maints journaux et maintes brochures prirent à tâche de jeter l'alarme au sein de la population parisienne, et d'opposer à l'envi des difficultés, des chances aléatoires, des inconnues, des impossibilités même au projet municipal.

Pour plus de clarté, je grouperai dans l'ordre suivant les objections sans nombre dont ce projet eut à soutenir le choc : 1° objections économiques ou financières; 2° hydrauliques; 3° géologiques; 4° physiques et chimiques; 5° administratives et légales; 6° philanthropiques, patriotiques et sentimentales; 7° physiologiques; 8° hygiéniques.

Les six premières catégories d'objections ne sont point de notre compétence, et d'ailleurs elles s'écartent trop de la nature et du but du présent travail pour que je m'y arrête longtemps; je me contenterai de les énoncer brièvement, et de rappeler en termes concis la manière dont elles ont été réfutées. Quant aux objections tirées de l'hygiène, je m'en occuperai longuement dans un paragraphe spécial.

1° *Objections économiques ou financières.* — Un des arguments qui ont le plus vivement frappé le public se tire des frais énormes occasionnés par les travaux de dérivation, et, partant, de l'élévation qui en résultera pour le prix de revient et le prix de vente de l'eau. On a dit : « L'évaluation approximative de 30 millions, fixée par les devis estimatifs, sera considérablement dépassée. Elle sera doublée ou triplée, pour peu qu'il survienne des mécomptes dans les prévisions. — En utilisant les forces dont la science dispose aujourd'hui, on élèverait des masses d'eau énormes à un prix final de revient beaucoup plus économique que celui des gigantesques monuments élevés par les Romains. — L'eau de la Champagne coûtera 15 centimes par mètre cube, prix quadruple de celui auquel peuvent la fournir des machines à vapeur fonctionnant sur place, et pouvant faire ce service au prix de 4 centimes par mètre. »

2° *Objections hydrauliques.* — « Le travail dispendieux que l'on se propose n'est qu'une imitation servile et rétrospective des anciens Romains, auxquels étaient inconnues les forces dont la science dispose aujourd'hui. Ces forces permettent d'élever, sur place même, contre leur propre poids,

---

sultat d'examen, que le canal salivaire était obstrué et dilaté en arrière du point d'*obstruction*.

Conclusion : Les conduits excréteurs de la salive se dilatent en ampoule, et forment des tumeurs de volume variable, contenant le liquide salivaire accumulé. De cette conclusion à l'explication des tumeurs fluctuantes sublinguales, il n'y a qu'un pas, et ce pas a été franchi par Louis depuis l'année 1757.

Je le confesse, à ma honte si l'on veut, j'étais prévenu contre la théorie de Louis, dont la première idée appartient du reste à Diemerbroeck et non à Munnichs, comme on l'a répété partout. Je ne sais quel démon me disait que cette *observation IV* devait pécher par quelque côté.

L'anatomie m'enseignait en outre *qu'une petite tumeur* placée *au-dessous d'une dent canine* ne pouvait guère se trouver sur le trajet d'un canal salivaire. De quel conduit s'agissait-il, après tout? Était-ce du conduit parotidien ou du conduit de la glande sous-maxillaire? L'observation était muette sur ce point.

Bien décidé à éclaircir mes doutes, je pris le IIIe volume des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, édition Delahaye, 1855, et dans le chapitre des *Observations de Louis*, sur les fistules, je lus, à la page 280 :

« Obs. IV. — Nuck termine sa sialographie par un fait qui » présente un cas semblable à celui de l'observation pré- » cédente de M. Ferrand, et qu'il a tiré des *Éphémérides de* » *l'Académie des curieux de la nature*...

» La femme d'un sculpteur, âgée d'environ vingt ans, fort » sujette aux maux de dents depuis son enfance, s'aperçut, à » la suite d'une douleur énorme, qu'il lui était resté une petite » tumeur *au-dessus de la dent canine supérieure* du côté droit. » Cette tumeur fit insensiblement des progrès en deux ans; » elle résista à toute espèce de remèdes émollients, discussifs » et maturatifs, appliqués extérieurement : enfin, on se dé- » termina à en faire l'ouverture. La malade craignait une » hémorrhagie; Lentilius s'attendait à voir couler du pus par

Digitized by Google

des masses d'eau énormes. C'est par des machines élévatoires mues par la vapeur, que Londres s'approvisionne d'une quantité d'eau beaucoup plus considérable que celle qui est consommée à Paris (230,000 mètres cubes par jour). Il se trouve à Paris des entrepreneurs et des constructeurs éprouvés, capables de livrer à la ville telle quantité d'eau de Seine qu'elle désirera, aux diverses hauteurs qu'elle indiquera, à des prix qui n'atteindront guère que le quart du prix des eaux qu'on voudrait emprunter aux sources lointaines. »

3° *Objections géologiques*. — « Le système de la nappe d'eau souterraine, sur lequel repose le projet de captage des eaux champenoises, n'est qu'une hypothèse et peut-être une chimère. D'ailleurs, en admettant l'existence de cette nappe souterraine, est-il admissible qu'elle soit inépuisable? L'abaissement des eaux dans certains puits de la contrée et même la siccité complète de ces puits, dans certaines années, n'autorisent-ils pas à craindre le chômage des aqueducs et la disette d'eau dans Paris, pendant les jours de sécheresse? Pourquoi donc négliger les sources jaillissantes et les cours d'eau apparents, dont l'existence n'est pas douteuse et dont le débit est certain, pour rechercher au sein de la terre des eaux problématiques? »

4° *Objections chimiques et physiques*. — « En raison de leur composition chimique, les eaux de la Champagne produiront dans les siphons de l'aqueduc et dans les conduites de fonte des incrustations épaisses, au point de ne plus permettre, au bout d'un certain nombre d'années, le passage de l'eau.

» Ces eaux sont impropres à la cuisson des légumes et dissolvent si mal le savon, qu'il en résultera, chaque année, pour les habitants de Paris, une augmentation de 1 million 700,000 francs de frais de savon. »

5° *Objections administratives et légales*. — « Un préjudice considérable sera causé à la Champagne par l'apport de ses eaux. Les prairies seront privées de leurs moyens d'irrigation; les moulins seront arrêtés; les projets formés pour l'introduction d'une agriculture perfectionnée dans le pays ne pourront recevoir aucune suite.

« Le conseil municipal de Paris a-t-il bien compris tout ce qu'il y a de grave dans l'exécution d'une mesure d'expropriation qui aura pour effet d'enlever à toute une province de France ses ressources agricoles et industrielles, tous ses éléments de vie et de prospérité? Il y a dans la conscience des peuples une loi profondément gravée qui proteste hautement et énergiquement, au nom de la morale publique et du droit naturel, contre une pareille action. »

6° *Objections patriotiques et sentimentales*. — « C'est dans la vallée de Saint-Gond que, en 1814, deux bataillons de volontaires du pays, qui s'étaient levés pour la défense du territoire, ont été anéantis par l'armée russe, et c'est la contrée habitée par les descendants de ces martyrs qu'on veut réduire à mourir de soif, qu'on veut rayer de la carte du progrès agricole pour la ramener à l'état de *Champagne pouilleuse* d'il y a soixante ans!.... « Il y a dans cette vallée, dit plus pathétiquement encore M. le docteur Jolly, un lieu saint, un lieu de prières, un lieu de triste souvenir que personne n'oserait profaner, c'est la tombe de deux bataillons entiers de volontaires armés, en 1814, pour la défense de leur territoire, et qui sont tombés sous les masses de l'armée russe; tombe sacrée! où vous ne pourriez toucher sans commettre un sacrilége aux yeux du pays, qui ne vous demanderait pas seulement grâce pour ses eaux, grâce pour ses champs et ses moissons, mais pitié pour la tombe de ses enfants martyrs! »

» Et puis, qu'adviendrait-il de Paris si notre territoire était envahi de nouveau (*Di, talem avertite casum!*) par une coalition étrangère? Les ennemis donneraient quelques coups de pioches sur les aqueducs de la Champagne, et chaque Parisien valide se trouverait dans la nécessité, sous peine de mourir de soif, d'aller lui-même (car l'état de porteur d'eau n'existerait plus) puiser dans la Seine sa ration habituelle, et vraisemblablement la boire sans filtration. »

7° *Objection tirée de la physiologie animale et végétale*. — « La population de Paris a une répugnance invincible pour les eaux de source, et, au contraire, une prédilection séculaire pour les eaux de la Seine.

» Un autre témoignage vivant en preuve de la supériorité des eaux de rivière sur les eaux de source pour l'alimentation, c'est, d'une part, le choix bien marqué que l'instinct des animaux leur suggère constamment pour les eaux de rivière, et, d'autre part, l'appétence bien connue de toutes les plantes pour les eaux de rivière et les eaux de pluie bien aérées plutôt que pour les eaux crues de sources. »

A. Linas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

» l'incision; ils furent également trompés l'un et l'autre; il ne » sortit qu'une matière limpide; c'était la salive retenue qui » formait la tumeur. L'obstruction *de l'orifice du canal salivaire* » avait causé sa dilatation contre nature... » (*Mém. de l'Ac. roy. de chir.*)

Comme vous le voyez, nous n'avons plus affaire à une petite tumeur située *au-dessous*, mais bien *au-dessus* de la dent canine, et c'est la dent *canine supérieure*; de plus, il est spécifié, dans l'observation de Louis, que c'est l'*orifice du canal salivaire* qui, par son obstruction, a causé la collection de salive.

Nouvelle difficulté! Ici encore l'anatomie descriptive revendique ses droits. La variante de Louis fait évidemment allusion au canal de Sténon, celui que les anciens appelaient le conduit salivaire supérieur, dont l'orifice buccal atteint à peine l'intervalle qui sépare la première et la deuxième dent molaire. Or, n'oublions pas que *la petite tumeur* est située *au-dessus de la dent canine*. Comment donc rapprocher ces deux points?

La citation de Louis était loin de me satisfaire; aussi suis-je remonté à Antoine Nuck qui, après une nouvelle variante (*Sialogr.*, cap. III), m'a renvoyé tout droit aux *Éphémérides germaniques*, an IV, déc. 2, et j'ai mis la main sur l'obs. CLX, p. 308, de *Rosinus Lentilius* lui-même.

Je vois encore d'ici l'endroit de la bibliothèque où j'ai ouvert ce volume; une couche respectable de poussière témoignait qu'il y dormait tranquille depuis longtemps. Grand Dieu! que de métamorphoses cette malheureuse observation avait subie en allant jusqu'à nous, je veux dire jusqu'au mémoire de 1852 lu à la Société de chirurgie! c'est à ne pas y croire. Vous en jugerez vous-même. En la lisant, combien je me félicitai d'avoir toujours vérifié les observations originales! Combien je me félicitai surtout d'avoir osé soupçonner d'inexactitude un secrétaire perpétuel de l'illustre Académie royale de chirurgie, escorté d'un futur professeur de notre Faculté de médecine!

Digitized by Google

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hygiène hospitalière.

MORTALITÉ DES FEMMES ENCEINTES A L'HÔPITAL DE LOURCINE PENDANT LES NEUF DERNIÈRES ANNÉES.

Le problème posé devant l'Académie ne pourra guère être résolu que par des chiffres; et, malgré tout ce qu'on objecte aux statistiques, elles paraissent seules capables de jeter la lumière sur la question très complexe de la salubrité des hôpitaux. Aussi est-il du devoir de tous ceux qui disposent de matériaux sérieux de les produire, tout isolés qu'ils soient, parce qu'on ne saurait réunir trop de renseignements sur un sujet hérissé de si grandes difficultés.

Le débat avait d'abord porté presque uniquement sur les opérations chirurgicales; il s'est étendu depuis à l'ensemble des maladies, et les accouchements ont été invoqués à plusieurs reprises, à très juste raison suivant nous; car, malgré la diversité des conditions dans lesquelles se trouvent les accouchées, la parturition est toujours assez semblable à elle-même pour que les cas en soient plus légitimement comparables que ceux de la plupart des lésions organiques ou des accidents traumatiques. En effet, je ne connais guère de catégories de malades qui, plus que les femmes accouchées, soient directement influencées par l'encombrement ou l'isolement, par les conditions bonnes ou mauvaises de l'hygiène, de l'aération, par l'état sanitaire général, par les épidémies régnantes, etc.

Chercher les moyens de diminuer les chances funestes de l'état puerpéral est d'autant plus utile que l'acouchement étant un acte physiologique, ne devrait entraîner la mort que dans des cas très exceptionnels, et que, sous ce rapport, chaque décès est un véritable événement imprévu. De plus, en trouvant les moyens de rendre à la parturition ses caractères d'innocuité normale, on peut être certain de découvrir du même coup les meilleures règles à suivre pour diminuer la mortalité après le traumatisme ordinaire, et même, j'en suis convaincu, dans les cas d'affections médicales.

Déjà, à propos de la mémorable discussion sur la fièvre puerpuérale, on a avancé que la concentration des malades augmentait d'une manière effrayante la gravité des suites de couches, en provoquant surtout ces épidémies formidables qui souvent franchissent les limites de l'établissement hospitalier pour se répandre dans la ville. On a démontré d'une manière incontestable la bénignité relative des accouchements sporadiques, si je puis employer cette expression; on a montré enfin que la misère, le dénûment, l'insuffisance des soins médicaux et des ressources matérielles réunis tous ensemble dans les quartiers populeux, ne contre-balançaient pas l'*unique* influence délétère de l'agglomération nosocomiale corrigée pourtant par l'hygiène bien supérieure et les services éclairés que l'on trouve dans les *maternités* officielles. Tout cela a été dit et bien dit, et cependant, puisque cette question revient indirectement à l'ordre du jour, je ne crois pas inutile d'y ajouter une nouvelle confirmation.

L'hôpital de Lourcine, consacré, comme on le sait, aux affections vénériennes, est, de plus, le théâtre d'accouchements assez fréquents. Lorsqu'une femme enceinte est affectée d'accidents syphilitiques, de blennorrhagie intense, ou de végétations nombreuses, elle est ordinairement dirigée sur cet établissement, soit du Bureau central, soit de la Maternité ou même des autres hôpitaux. Lorsque la grossesse est avancée au moment de l'admission pour maladie vénérienne, la malade reste à Lourcine pour y faire ses couches, et si l'enfant, ce qui est très commun, est atteint de syphilis congénitale, on le conserve avec sa mère pendant deux ou trois mois, quelquefois plus. On sait encore que sous l'influence de la diathèse syphilitique les avortements sont très fréquents; nos salles renferment donc souvent des femmes qui accouchent d'une manière prématurée, et qui sont soumises en conséquence à toutes les éventualités de l'état puerpuéral.

Sans atteindre donc un chiffre total bien considérable, les accouchements à Lourcine sont encore assez nombreux pour qu'on puisse tirer quelque parti de leur chiffre. Voici les résultats que j'ai relevés pour les neuf dernières années :

1853. . .	39	1856. . .	40	1859. . .	36
1854. . .	39	1857. . .	42	1860. . .	31
1855. . .	31	1858. . .	50	1861. . .	34
Totaux . . .	109		132		101 = 342.

En moyenne par an, 38; et par mois, 3 environ.

Voici dans quelles conditions les femmes accouchent : lorsque les premiers signes du travail se manifestent, elles sont transférées, de tous les services de l'hôpital, dans la salle Sainte-Marie. Un cabinet spacieux et bien aéré, situé à un bout de la pièce, sert à l'accouchement. Aussitôt après la délivrance, la malade est transportée dans son lit et l'enfant est couché dans un berceau juxtaposé. S'il s'agit d'un avortement, ou si l'enfant meurt dans les premiers jours, l'accouchée est dirigée de nouveau vers le service qu'elle occupait avant ses couches; dans le cas contraire, elle continue à séjourner pendant un temps indéterminé dans la salle Sainte-Marie, qui renferme 36 malades adultes et un nombre variable d'enfants; la moyenne est de 12; de telle sorte que la population se compose ordinairement de femmes à grossesse très avancée, de femmes en état puerpéral, de nourrices avec leurs enfants, et enfin de malades ordinaires. Cette salle est au rez-de-chaussée, bien éclairée et percée de nombreuses ouvertures; les lits, disposés sur deux rangs adossés aux parois longitudinales, sont

---

Voyons donc l'observation CLX de Rosinus Lentilius. Je traduis du texte latin :

« La femme d'un sculpteur, âgée de vingt et quelques » années, était fort sujette aux maux de dents depuis son en- » fance... Il y a deux ans, une énorme douleur de dents a » laissé après elle une petite grosseur (*tuberculum*) dure, du » volume d'un pois, située en la *mâchoire supérieure droite* » (*in maxilla superiori dextra*), *au-dessus* (*suprà*) *de la dent* » *canine*.

» En automne 1684, la malade recommença à souffrir des » dents; survient un érysipèle (*comite tunc quidem igne sacro*), » et dans le lieu où la petite grosseur dure proéminait, il se » forma une ulcération qui rendit du pus d'assez bonne nature. » L'érysipèle ayant continué, survint une tumeur (*recens affluxus* » *tumorem expandit*) assez dure et tendue.

» Comme cette tumeur prenait de l'accroissement, un chi- » rurgien habile, nommé J. G. Lang (*egregius et exercitatus*), » fut consulté et ordonna différents remèdes.

» Cependant la tumeur resta stationnaire, sans se résoudre » et sans se ramollir, jusqu'au moment où la femme devint en- » ceinte. A partir de ce moment, la tumeur prit un accrois- » sement notable (*postquam enim est gravita facta elegans mulier-* » *cula indus tumor increscere*). Nouvelles applications de remè- » des topiques, sans effet.

» Enfin je fus appelé, dit Rosinus Lentilius, et je déclarai » que le seul remède était l'*incision*.

» La tumeur, prenant chaque jour de l'accroissement, avait » déformé singulièrement la joue et la bouche, de telle sorte » qu'il était à craindre que la parole et l'alimentation ne » finissent par devenir impossibles. Je ne sais quelle frayeur » tenait notre chirurgien, lequel soupçonnait que la tumeur » était un squirrhe, et qu'au lieu de pus on aurait du sang. Il » allégua pour raison la présence des vaisseaux dans le voisi- » nage, d'où la nécessité, suivant lui, de se préparer à la » cautérisation...

» Mais moi je pensai le contraire, supposant que la tumeur

Digitized by Google

extrêmement rapprochés les uns des autres, et l'espace de 1 mètre environ qui les sépare est encore rétréci par un berceau. Évidemment, il y a encombrement général, c'est-à-dire que, dans un autre hôpital, on ne mettrait ou l'on ne devrait pas mettre plus de trente lits dans une pièce de pareille capacité; mais, en revanche, certaines conditions corrigent, au point de vue pathogénique, les effets de l'agglomération. Les trois quarts des malades sont apyrétiques et ne gardent le lit que pendant la nuit; pendant le jour, la salle est presque entièrement vide. Grâce à la nature de leur affection, les malades sont soumises à une hygiène corporelle très soignée; elles sont baignées tous les deux jours environ, changent souvent de linge, et ne corrompent leur atmosphère, ni par les émanations des plaies, ni par les miasmes des fièvres. Les lits sont sans rideaux; cette disposition, prise dans un but particulier de morale, n'offre rien de choquant; je dirai même que ces lits, toujours découverts et par conséquent bien mieux exposés à une surveillance incessante, m'ont paru beaucoup plus propres à Lourcine que dans les autres hôpitaux. Les partisans outrés des rideaux devraient venir voir nos salles pour se convaincre que ces receptacles de miasmes sont bien loin d'être indispensables.

Les rares malades alitées d'une manière constante, et j'y range bien entendu les femmes en couches qui ne se lèvent guère avant le dixième jour, sont donc relativement très disséminées, et n'ont guère à souffrir de la dispersion ou de la condensation des effluves morbides émanées de leurs compagnes. En évaluant en moyenne à trois par mois le nombre des accouchements et à douze ou quinze jours la durée de l'état puerpéral, on voit que de coutume il n'y a guère que deux ou trois malades au plus qui se trouvent simultanément dans cet état. Une semaine entière peut même se passer entre la terminaison de cette période chez la dernière accouchée et l'accouchement le plus prochain; d'où il suit que si une malade est prise de péritonite spécifique et y succombe, le germe morbide meurt avec elle faute de terrain propice à sa propagation, ce qui n'a pas lieu dans un service spécial d'accouchement où se trouve toujours au moins une accouchée nouvelle susceptible de recueillir le poison et de le transmettre à son tour. Un foyer de fièvre puerpérale, étant allumé, a donc plus de chance de s'éteindre dans des conditions semblables que de s'étendre et d'envahir. Aussi verrons-nous que plusieurs des accouchées de la salle Sainte-Marie ont succombé à la péritonite pendant les neuf années que j'ai relevées, mais que jamais il n'y a eu épidémie, ni même attaques successives et rapprochées. Citons tout de suite deux exemples: en 1859 il y a eu deux péritonites terminées par la mort, l'une trois jours, l'autre cinq jours après la délivrance. La première date du 23 janvier; la seconde du 24 août; même remarque pour 1860; deux décès par la même cause, au quatrième et au sixième jour des couches; l'un date du 22 septembre, l'autre du 18 décembre. Trois mois d'intervalle entre les décès suffisent bien pour faire conclure à leur indépendance absolue.

J'aborde maintenant la statistique de la mortalité qui a sévi sur les femmes accouchées pendant la susdite période de neuf ans. Pour dresser mes tableaux, j'ai eu recours au registre de la mortalité et à celui des naissances ou des accouchements. J'ai noté de cette manière toutes les femmes qui, ayant fait leurs couches à l'hôpital, ont succombé plus ou moins longtemps après. Je ferai remarquer que, nulle part, on ne peut connaître les résultats éloignés de la parturition mieux qu'à Lourcine, car les femmes n'en sortent que lorsqu'elles sont guéries ou à peu près de l'affection vénérienne qui a motivé leur admission, de façon qu'elles n'échappent pas à la surveillance médicale pour succomber tardivement aux suites de couches, comme cela arrive parfois pour celles qui accouchent dans les autres hôpitaux et qui en sortent prématurément.

20 femmes ont péri plus ou moins longtemps après l'accouchement; mais elles doivent être rangées en deux catégories distinctes, dont l'une surtout nous intéresse particulièrement au point de vue où nous nous plaçons ici.

12 ont succombé à des affections qui n'ont point de rapport direct avec la parturition. Ainsi, nous comptons 2 cancers de l'utérus, 3 phthisies pulmonaires, 2 fièvres typhoïdes; une pneumonie et une bronchite capillaire. J'ai pris soin de noter le laps de temps écoulé entre l'accouchement et la mort: tantôt celle-ci a été prompte; mais alors il m'a paru certain que la maladie organique avait déterminé l'avortement et la terminaison funeste consécutivement. Tantôt, au contraire, la mort n'étant survenue que six semaines ou deux mois après l'accouchement, celui-ci n'est évidemment pas responsable.

8 femmes, en revanche, sont mortes de maladies différemment dénommées sur les registres, mais qui sont tout à fait analogues. Je compte: péritonite, 4; péritonite puerpérale, 2; métro-péritonite, 1; phlébite utérine, 1.

Dans tous ces cas, la mort a suivi rapidement la parturition. Une malade entre autres qui avait avorté a succombé le jour même. Les autres ont survécu trois, quatre ou cinq jours. Une seule a résisté près d'un mois. Il est certain que ces accidents sont imputables directement à la puerpéralité.

En résumé, 342 accouchements ont fourni 8 cas de mort par accidents puerpéraux, soit 2,3 pour 100 ou 1 sur 43. Ces 8 cas sont ainsi répartis: 1854, 1; 1855, 2; 1859, 2; 1860, 2; 1861, 1.

Je ne veux pas commenter longuement ces chiffres; mais quiconque sait dans quelles conditions de santé générale vraiment déplorables se trouvent la plupart des femmes qui accouchent à Lourcine ne pourra s'empêcher de les trouver favorables. Il est bon, d'ailleurs, de noter que, comme situation

---

» cachait du pus profondément (*pus in profundo tumoris latitare*).

» L'incision fut donc faite avec un scalpel, suivant la longueur de la tumeur, et *très profondément*...

» Notre diagnostic se trouva faux à tous les deux, ajoute » Rosinus Lentilius: tandis que Lang attendait du sang et moi » du pus, l'incision donna de la sérosité mêlée avec un peu » de sang, sans odeur, limpide comme de la salive (*ingenti et largo scaturegine*).

» Quant à la petite grosseur dure (*tuberculum*), de peur » qu'elle ne fût de nouveau la cause d'une reproduction de la » tumeur, elle fut enlevée à l'aide d'huiles corrosives.

» *Nunc optime, facta puerpera, vivit.* » (*Ephem. germ.*, an 4, déc. 2, p. 308.)

Telle est l'observation extrêmement intéressante, j'en conviens, de Rosinus Lentilius. Est-il possible, je vous le demande, que la variante du XVIII^{e} siècle et celle du XIX^{e} aient la prétention d'y ressembler en rien? Quoi! ce tubercule développé dans le maxillaire ou sur le maxillaire supérieur, au-dessus de la dent canine, dont l'apparition est précédée de violentes douleurs dentaires; ce tubercule qui s'ulcère, se complique d'érysipèle, puis de tuméfaction de la région, etc., vous remplacez toute cette description par celle d'une petite tumeur qui finit par être formée par une *dilatation du conduit de Sténon*, donnant issue à de la salive bien et dûment constatée! L'observation originale de Rosinus Lentilius dit-elle rien de semblable? Ne prétextez pas que cet habile observateur ne connaissait pas le canal parotidien. Nous sommes en 1684; depuis plus de vingt ans, Nicolas Sténon a fait sa découverte, et cette découverte avait eu trop de retentissement dans le monde savant pour qu'il y eût un seul membre de l'*Académie des curieux de la nature* à l'ignorer.

Mais allons plus loin. En présence d'une affection grave, voilà deux praticiens instruits et expérimentés qui, en consultation, opinent l'un pour un abcès profond, l'autre pour une

Digitized by Google

géographique, l'hôpital en question n'est rien moins qu'avantagé; il est situé sur les bords de la Bièvre, dans un quartier populeux, mal bâti, mal percé, occupé par des professions insalubres; en un mot dans des conditions hygiéniques inférieures en apparence à celles où se trouve la Maternité, qui en est d'ailleurs assez rapprochée. Ce n'est donc ni à son site, ni à son installation, ni à la construction de ses bâtiments que Lourcine doit la salubrité relative qu'elle offre aux accouchées. Si la mortalité de ces dernières est peu considérable, je ne puis en trouver l'interprétation que dans les circonstances que j'ai indiquées plus haut; toujours est-il que les résultats y sont bien meilleurs que dans les services spécialement destinés aux accouchements dans les autres hôpitaux, services qui, si peu peuplés qu'ils soient, présentent toujours les caractères des véritables maternités.

Qu'il me soit permis de terminer cette note par quelques remarques qui intéressent très directement la pratique; de ce que la mortalité est minime à Lourcine, il n'en faudrait pas conclure que les accidents puerpéraux y sont très rares; le contraire existe, et j'ai pu m'en assurer moi-même depuis le 1er janvier. En prenant le service, j'ai trouvé plusieurs femmes récemment accouchées, de plus, seize autres ont été délivrées depuis la même époque. Environ la moitié de ces malheureuses ont présenté des symptômes généraux et locaux qu'on pouvait certainement attribuer à la parturition, et j'ai même observé une petite épidémie en miniature, car cinq femmes en état puerpéral, se trouvant à la fois dans la salle Sainte-Marie, toutes ont eu quelques accidents fébriles (deux d'entre elles, apyrétiques dans les premiers jours, ont été prises, au huitième et au dixième jour, d'inappétence, de fièvre, de douleurs abdominales); mais ce qui montre bien la différence considérable qui sépare les accidents puerpéraux et leurs manifestations multiples de la fièvre puerpérale proprement dite, c'est qu'aucune de ces malades ne m'a inspiré de sérieuses inquiétudes, l'affection n'ayant pris chez elles ni apparence *grave*, *ni marche rapide*; des moyens variés suivant les indications (car je ne crois pas aux panacées), ont parfaitement réussi à conjurer l'orage. J'ai employé l'ipécacuanha, les purgatifs, le sulfate de quinine, l'aconit, ordinairement un seul de ces moyens chez chaque malade, et c'était plaisir de voir la thérapeutique amener presque à coup sûr et rapidement le résultat cherché. On objectera à ces succès faciles la bénignité des accidents; je le concéderai très volontiers, mais, à mon tour, j'attribuerai cette bénignité d'abord à la dissémination des malades, puis à l'intervention prompte et efficace de moyens certainement utiles dans les cas sporadiques, et qui ne deviennent impuissants qu'en cas d'épidémie. D'ailleurs, lorsqu'une femme nouvellement accouchée est prise de symptômes généraux tant soit peu sérieux, on ne sait jamais au début quelle sera l'issue, celle-ci étant le plus souvent commandée par des circonstances indépendantes du traitement et de la forme qu'affecte le mal à son origine.

Tout ceci se résume en un seul précepte : disséminez les femmes en couches par *un moyen quelconque*, et vous éviterez les grands désastres; resteront les accidents puerpéraux dont vous diminuerez d'abord beaucoup le nombre par une alimentation substantielle et des précautions hygiéniques bien entendues, puis que vous combattrez le plus souvent avec bonheur, à l'aide d'une thérapeutique en général simple, mais variée suivant les formes et les individus. Si les chiffres en eux-mêmes ne prouvent rien, à ce qu'on dit, ils conduisent pourtant, ce me semble, à des conclusions qui ne sont pas sans valeur; c'est pourquoi nous nous en servons volontiers.

Pathologie interne.

NOTE STATISTIQUE SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE. — Lue à la Société de médecine de Paris par M. RIGAUD.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation est le résumé de quelques recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire.

Chargé de la vérification des décès dans un des arrondissements de la ville de Paris, il m'a semblé que ces fonctions pouvaient être utilisées mieux qu'à une simple constatation, et qu'il était possible d'en tirer quelque parti, sinon au bénéfice de la science proprement dite, au moins au profit de la statistique et de quelques questions qui s'y rattachent.

Quand on veut établir une statistique, on consulte habituellement les tables de mortalité dressées par les soins de l'autorité. C'est s'exposer à de nombreuses erreurs : ainsi, par exemple, à la colonne des mort-nés, on porte des fœtus de trois ou quatre mois de conception, dans des conditions impossibles de viabilité, et des enfants nés à terme ayant vécu pendant quarante, cinquante, soixante heures, sans qu'on ait eu le temps de les transporter à la mairie pour faire dresser l'acte de l'état civil. Souvent le médecin vérificateur ne peut obtenir aucun renseignement sur les causes de la mort. Chez les indigents, il n'a le plus ordinairement qu'une feuille indiquant si la maladie était aiguë ou chronique : rien de plus facile, en face d'un cadavre sur lequel on ne peut se procurer aucun document, que de commettre une erreur et de dire qu'il y a décès par phthisie, quand c'est par une entérite chronique. Dans les hôpitaux, les statistiques sont mieux faites; on sait devant quelle affection on est en présence; on ne peut s'y tromper, l'autopsie vous renseigne complétement; mais ici presque toujours, on manque de renseignements sur les antécédents de famille, et la statistique considérée au point de vue de l'hérédité est entachée d'erreur.

---

tumeur de mauvaise nature. Le cas était embarrassant, obscur même. La tumeur n'était ramollie en aucun point; partant la fluctuation faisait défaut. A la place de ce tableau scientifique, que met Louis, l'auteur de l'observation IV des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie?* Il supprime le chirurgien Lang, et il lui substitue la malade elle-même : « La malade craignait » l'hémorrhagie, Lentilius s'attendait à du pus : ils furent » également trompés l'un et l'autre... »

Vraiment, c'est cette jeune femme de vingt ans qui débat une question de diagnostic chirurgical, et avec qui? avec le célèbre Rosinus Lentilius, que la Société Léopoldine a honoré du surnom d'Oribase! Comment a-t-on pu lire et copier dans le mémoire de Louis une pareille niaiserie sans y prendre garde?

Il est vrai qu'à la suite de l'observation originale de Rosinus Lentilius il y a une scholie (*scholium*). Mais qui ne sait que la scholie des vieux auteurs n'est souvent qu'un commentaire adapté aux théories régnantes, une hypothèse et rien de plus? Voyez ce qu'en pensait déjà en 1678 Conrad Peyer, cité par Morgagni (Peyer, *Meth.*, c. v, in fin., *Hist. anat. med.*) :

« Donc, Rosinus explique, dans sa scholie, pourquoi il croit devoir appeler cette tumeur *sialodem tumorem*, tumeur salivaire : c'est parce qu'il ne voit pas d'où pourrait provenir ce liquide lymphatique, si ce n'est d'une collection de salive, laquelle, ne pouvant sortir naturellement, à cause de la présence du petit tubercule, *aurait débordé* et aurait formé tumeur. »

Je le répète, ce n'est qu'une hypothèse émise par Rosinus Lentilius sous forme de scholie...

Je termine cette lettre déjà trop longue, cher et honoré confrère, heureux que je suis d'avoir trouvé cette occasion de me rappeler à votre souvenir, et en vous assurant que je lirai toujours avec le plus grand intérêt les critiques méritées que vous adressez en même temps aux citateurs légers, aux copistes infidèles, aux faiseurs d'observations à outrance, qui ne ressemblent pas mal aux inquisiteurs de la foi, qui, à force de

Digitized by Google

J'ai agi avec d'autres données; les documents que j'ai recueillis ont été puisés à une source certaine auprès des familles qui n'avaient aucun intérêt à cacher la vérité, souvent même auprès de confrères qui avaient donné des soins à l'individu dont j'étais appelé à constater le décès. Tous les sujets sur lesquels je n'ai pu obtenir de renseignements précis, je ne m'en suis pas occupé; j'ai également éliminé tous ceux que l'on me disait morts phthisiques dans un espace de temps très limité, convaincu que je suis que l'on peut succomber rapidement à une phthisie tuberculeuse, mais que la plupart du temps, ces phthisies que l'on a appelées galopantes, ne sont autre chose qu'une hépatisation grise du poumon; l'objection qui peut être faite à cette assertion est sous ma plume; l'autopsie seule peut prouver les causes positives de la mort; je n'ai pas fait d'autopsie. Je ne me suis donc arrêté qu'aux individus dont la maladie bien constatée par le médecin traitant, a présenté certaines périodes et dont le terme fatal s'est fait attendre pendant un temps assez long.

Dans l'espace de trois années, du mois d'octobre 1858 à octobre 1861, j'ai constaté 179 décès par la phthisie tuberculeuse. Ils sont ainsi répartis :

91 décès du sexe masculin, 88 du sexe féminin. Ces chiffres ne sont pas complétement en rapport avec les statistiques faites jusqu'à présent: le sexe féminin est toujours en proportion beaucoup plus élevée que le sexe masculin; tous les écrivains qui se sont occupés de cette question affirment que la phthisie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et ils le prouvent par des chiffres. D'après un relevé fait sur 9549 phthisiques, par M. Lombard (de Genève), il aurait eu 5589 femmes et 3960 hommes, chiffre énorme que je suis loin de contester, mais avec lequel je me trouve en désaccord; j'ajoute que je n'agis que sur une très petite échelle.

Eu égard aux âges, le chiffre de 179 décès est réparti de la manière suivante :

	Décès.	Masculins.	Féminins.
De 5 à 20 ans	29	14	15
De 20 à 30 ans	100	48	52
De 40 à 60 ans	49	29	20
A 68 ans	1	»	1
	179	91	88

Tous les âges sont exposés à la phthisie; d'après M. Guersant et les médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance, on trouve des tubercules ramollis dans le premier âge. Le docteur Fournet en a observé, dans ses recherches d'amphithéâtre, chez des vieillards de 60 à 70 ans; l'autopsie d'un vieillard de 93 ans offrit une caverne et des tubercules infiltrés dans les poumons.

Dans mon tableau, c'est la période de 20 à 30 ans qui fournit le plus de décès. Hippocrate avait dit que cette affection était surtout commune de 18 à 35 ans; Clark, dans son *Traité de la consomption*, de 20 à 30, puis de 30 à 40 ans; j'ai à peu près le même résultat; vient ensuite la période de 40 à 60 ans, puis celle de 5 à 20 ans; je ne note qu'un décès à 68 ans.

D'après M. Andral, si l'hiver et le printemps sont les saisons les plus favorables à la production de la phthisie dans les climats tempérés, il n'en est pas de même pour la mortalité. Le mois dans lequel j'ai constaté le plus grand nombre de décès est le mois d'août, 22; puis octobre et janvier, 21 chacun; septembre, 19; juin et novembre, 16; mars et mai, 10; février et juillet, 9; décembre, 8; c'est donc à la fin de l'été, à l'époque où les journées chaudes présentent un refroidissement sensible le matin et le soir, que le chiffre de la mortalité semble le plus considérable.

43 départements ont apporté leur appoint au chiffre de décès que j'ai indiqué. C'est le département de la Seine qui tient le premier rang, il en fournit 78; Paris à lui seul, 74; vient en deuxième ligne le département de Seine-et-Oise qui en donne 8; la Meuse, 6; l'Aisne, 5; le Cantal, l'Yonne, la Manche, chacun 4; l'Eure, le Calvados, le Pas-de-Calais, la Somme, le Loiret, Seine-et-Marne, Haute-Saône, chacun 3; la Marne, la Moselle, l'Oise, l'Orne, la Seine-Inférieure, le Jura, la Gironde, les Basses-Pyrénées, chacun 2; puis 21 départements n'en donnent qu'un seul chacun; ce sont les départements les plus rapprochés de Paris qui, au total, offrent, après celui de la Seine, le chiffre le plus élevé; il y a trois individus dont je n'ai pu constater le lieu de naissance; je compte un Belge, un Russe, un né à l'île de la Réunion, 6 Savoisiens.

Parmi ces individus ayant succombé à la phthisie, il en est quelques-uns sans profession, rentiers, propriétaires, mais c'est la minorité; le plus grand nombre appartient aux professions sédentaires, aux ouvriers travaillant dans des ateliers, qui laissent toujours à désirer sous le rapport des conditions hygiéniques, où l'on ne respire qu'un air vicié, altéré par toutes sortes d'émanations. Ainsi, pour les hommes, ce sont les tailleurs, les ciseleurs, les monteurs en bronze, les doreurs, les concierges, etc., etc.; pour les femmes, les couturières, les fleuristes, les polisseuses, brunisseuses, casquetières, etc., etc.; je trouve quatre artistes dramatiques, un étudiant en théologie, un docteur en médecine, une sœur de charité.

J'aborde maintenant un sujet qui présente un certain intérêt. Quelle est la part de l'hérédité dans la phthisie? Qu'y a-t-il de vrai dans cette loi formulée par M. Roche dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie? La transmission maladive se fait, en général, des pères aux filles et des mères aux garçons. Voici les résultats que j'ai obtenus: sur les 179 décès que j'ai constatés, 67 individus (33 masculins, 34 féminins) ne m'ont présenté aucun antécédent de famille. Ce sont donc des phthisies acquises; mais je m'empresse d'ajouter que la

---

tortures, parvenaient à faire avouer aux innocents des crimes ou des péchés dont ils n'étaient pas coupables.

Daignez agréer, mon cher et honoré confrère, l'expression de mon estime et de mon dévouement.

G. Closmadeuc, D. M. P.

Vannes, le 16 avril 1861.

Pardon, cher confrère et de plus collègue (à la Société de chirurgie), du long retard apporté à la publication de votre charmant et instructif petit pamphlet. Merci pour nos lecteurs du quart d'heure de plaisir que vous leur donnerez, et merci pour moi du concours que vous m'apportez; vous faites preuve de courage autant que de savoir et d'esprit. *Perge quo pede cepisti.*

Votre confrère et ami. Dr Verneuil.

Une note de la Gazette des hôpitaux, qui paraît émanée de l'administration de l'Assistance publique, expose tout ce que celle-ci a fait pour le perfectionnement graduel de ses services, et annonce qu'elle vient d'instituer une commission hospitalière où le corps médical des hôpitaux est largement représenté. Cette commission, dont la tâche est spéciale et définie, se réunira sous la présidence du directeur de l'administration. Elle se compose : pour la médecine, de MM. les docteurs Grisolle, Guérard, Vernois, Tardieu, Bergeron et Delpech; pour la chirurgie, de MM. les docteurs Cullerier, Danyau, Richet, Gosselin et Broca; pour la pharmacie, de MM. Regnauld, Bouchardat et Reveil; pour l'administration enfin, de MM. Blondel, inspecteur principal; Labrouste, architecte en chef; Ser, ingénieur, et Dubost, chef de division, secrétaire.

Digitized by Google

grande majorité de ces individus, appartenant spécialement à la classe ouvrière, se livraient à des excès et des débauches de tout genre, vivant pour la plupart dans une insigne malpropreté, dans une profonde misère, habitant des logements humides.

Je note une jeune fille morte à dix-sept ans, devenue enceinte à onze ans et demi; j'ajoute encore que quelques-uns ont eu des parents syphilitiques ou scrofuleux. Pour beaucoup d'observateurs, la scrofule et la syphilis engendrent le tubercule. Mais pourtant, il faut bien convenir qu'il est des phthisies qui se développent en dehors de toute influence d'hérédité et de toute cause bien appréciable.

Il me reste donc 112 sujets m'ayant présenté des antécédents de famille. J'ai constaté le décès de 26 individus, 17 du sexe féminin, 9 du sexe masculin, dont les pères ont succombé à la phthisie; 13 du sexe masculin, 5 du sexe féminin, dont les mères ont succombé à la même affection. Pour les autres ascendants, au nombre de 17, tantôt c'est le grand-père maternel ou paternel qui laisse la phthisie pour héritage à son petit-fils ou à sa petite-fille, tantôt c'est l'oncle ou la tante qui la laisse au neveu ou à la nièce. Mes observations sont trop peu nombreuses pour poser une règle à cet égard. 28 individus ont eu des collatéraux atteints de phthisie, frère, sœur, cousin ou cousine. 5 descendants ont succombé avant leur père ou mère. Ce tableau tendrait à prouver que la loi posée par le docteur Boche peut subir de nombreuses modifications, ou, tout au moins, n'est pas aussi générale qu'il l'affirme. Parfois, les chefs d'une famille, déjà avancés en âge et ne présentant aucun signe physique de tubercules, voient tous leurs enfants enlevés par la phthisie. Voici une famille qui présente sept individus, frères et sœurs, morts de vingt à vingt-cinq ans, le père et la mère jouissant d'une bonne santé. Dans une autre famille, sur quatorze enfants, il n'en reste qu'un seul. D'autres familles disparaissent complétement, père à cinquante ans, mère à quarante ans; deux filles succombent, l'une à vingt ans, l'autre à seize. De nombreux exemples prouvent aussi *que l'enfant* d'un phthisique meurt à un âge moins avancé que son père, et que le petit-fils, à son tour, est enlevé plus tôt que son père et son aïeul.

M. Fournet, dans les nombreuses observations qu'il a recueillies dans les hôpitaux, ne trouve qu'un seul exemple bien évident de la mort des deux chefs de la famille par la phthisie. Pour mon compte, j'en trouve onze, proportion relativement considérable, mais qui s'explique par les difficultés qu'on a, dans les hôpitaux, d'obtenir des malades certains renseignements.

Enfin, quatre marins bien portants, n'ayant présenté aucun antécédent de famille, ayant épousé des femmes phthisiques, sont morts de la même affection. Il en a été de même pour deux femmes jouissant d'une excellente santé et dont les parents n'avaient offert aucun symptôme de phthisie.

Sans savoir que M. Bruchon, professeur de l'École de médecine de Besançon, s'était occupé de la contagiosité de la phthisie, j'avais porté mon attention sur ce point. Comme lui, je ne crois pas à la contagion proprement dite, mais j'adopte cette opinion, qui est la sienne, et qui me semble se rapprocher le plus de la vérité, « que la cohabitation avec un phthisique plonge l'individu dans une atmosphère capable d'agir sur son système pulmonaire, et, à la longue, d'y développer la phthisie. » Outre les deux faits que je viens d'énoncer, j'en ai observé dans ma clientèle quelques autres qui semblent devoir ne laisser aucun doute sur cette transmission; seulement, moins heureux que l'honorable rédacteur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui rend compte du mémoire du docteur Bruchon dans le n° 46 de l'année 1861, je n'ai jamais vu le retour à la santé de l'époux survivant.

Je tiens à vous rapporter un exemple de contagiosité qui mérite, selon moi, d'être cité :

M. C... est phthisique. L'affection dont il est atteint a été constatée bien des fois par un grand nombre de médecins; il a eu des hémoptysies fréquentes, qui n'ont cessé que depuis quelques années; il est âgé aujourd'hui de soixante-six ans; il a été jugé phthisique par des célébrités médicales, et spécialement par MM. Chomel et Auvity; il a été marié trois fois. Ses deux premières femmes sont mortes phthisiques, bien qu'elles n'aient offert aucun antécédent de famille. De la seconde femme, il a eu deux enfants, une fille et un garçon; la fille vient de succomber à la même affection que sa mère après une année de mariage. Le fils, qui a aujourd'hui vingt-huit ans, a eu des hémoptysies et tousse tous les hivers. C'est le survivant qui, dans ce fait, aurait communiqué la phthisie à ses deux femmes. N'y aurait-il là qu'une simple coïncidence? Encore un mot, et je termine.

Dans l'examen que j'ai fait d'un grand nombre de phthisiques, j'ai voulu m'assurer quelle valeur, comme signe de la phthisie, pouvait avoir la forme hippocratique des doigts; j'ai étudié avec beaucoup de soin l'état des dernières phalanges chez les adultes des deux sexes morts de phthisie pulmonaire. MM. Pigeaux et Trousseau avaient déjà, à une certaine époque, le premier, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, le second, dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, accordé une grande valeur à ce signe dans le diagnostic de l'affection tuberculeuse du poumon. Eh bien! je suis arrivé à un résultat tout opposé : sur cent adultes, je n'ai trouvé que quarante-quatre fois le caractère hippocratique des doigts d'une manière bien caractérisée. Chez des individus qui ne présentent aucun symptôme de phthisie, dans la famille desquels rien ne peut faire soupçonner un élément morbide de cette nature pouvant se développer plus tard, j'ai constaté ce signe, et particulièrement chez ceux dont la profession tend à déformer les doigts, ce dont MM. Pigeaux et Trousseau n'avaient probablement pas tenu compte : ainsi, les bijoutiers, les polisseuses, les brunisseuses, ceux qui se servent de la machine à coudre. Cette forme se rencontre aussi chez quelques pianistes. Je l'ai vu chez quelques personnes malades ne présentant rien du côté des poumons.

Cette note si concise, je ne la présente que comme un spécimen, pour ainsi dire, de ce que les médecins vérificateurs des décès pourraient faire, et je suis convaincu que des travaux semblables, entrepris sur une grande échelle et poursuivis pendant longtemps, seraient d'une immense utilité et d'une réelle importance pour la statistique et pour l'hygiène publique.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Mécanisme et évolution de la régénération des tendons*, par M. *Jobert* (de Lamballe). (Suite. — Voy. les n°s 11 et 13.) — Nous publierons l'analyse de ce travail dans notre prochain numéro.

STATISTIQUE. — M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Lebarillier*, un travail *sur la mortalité des enfants assistés de Bordeaux*.

Ce travail se compose d'une série de tableaux offrant l'état comparatif par catégories, sexes et âges des enfants au-dessous d'un an, admis et décédés dans l'hospice et à la campagne, pendant la période 1850-1861.

Il résulte de ces recherches que, sur 6178 enfants assistés admis, pendant cette période de douze ans, à l'hôpital de Bordeaux et nourris à la campagne, il y a eu 2131 décès, ce qui porte à 33 pour 100 le chiffre moyen de la mortalité, chiffre inférieur à celui de 55 pour 100, représentant, d'après les travaux récents de M. Bouchut, la proportion moyenne de la mortalité dans le département de la Seine pour les enfants

Digitized by Google

assistés placés dans les mêmes conditions. (*Comm.:* MM. Dupin, Rayer, Bienaymé.)

Médecine et chirurgie. — M. *J. Luys*, qui avait précédemment présenté au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, la première partie de ses recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques, sur le système nerveux cérébro-spinal (étude du cerveau), adresse aujourd'hui le complément de ce travail, des *Études sur la structure du système nerveux spinal et du système nerveux cérébelleux*.

— M. *Ollier* envoie de Lyon, pour le même concours, un mémoire *sur la restauration du nez par l'ostéoplastie*, et fait remarquer que ce travail, beaucoup plus étendu que celui qu'il avait précédemment communiqué, traite spécialement des cas pathologiques auxquels la rhinoplastie est applicable, et du manuel de cette opération.

— M. *Oré*, en présentant au concours, pour le prix de physiologie expérimentale, des *Recherches expérimentales sur l'introduction de l'air dans les veines*, y joint une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— M. *Netter* envoie de Strasbourg un mémoire destiné au concours pour le prix du legs Bréant, intitulé : *Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses* (30 à 40 litres de tisane ordinaire dans les vingt-quatre heures).

— M. *Guislain* présente un volumineux manuscrit ayant pour titre : *Recherches sur l'histoire et les propriétés des préparations cosmétiques depuis les temps anciens jusqu'à nos jours*. (*Comm.:* MM. Rayer et Fremy.)

— M. *Élie de Beaumont* communique l'extrait d'une lettre par laquelle M. *Rosenthal* prie l'Académie de vouloir bien comprendre son travail sur le nerf vague dans le nombre des pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

Anatomie et physiologie. — *Note sur un nouvel ordre de nerfs moteurs*, par M. *W. Kuehne*. — Des observations microscopiques et des expériences faites principalement sur la cornée de la grenouille ont conduit l'auteur aux résultats suivants :

« 1° Après leur passage sur le bord de la cornée et après leur entrée dans le tissu de l'organe, les fibres nerveuses primitives perdent successivement l'enveloppe moelleuse et l'enveloppe de Schwann; 2° toutes ces fibres nerveuses se divisent et se subdivisent avant qu'elles arrivent à leur véritable terminaison; 3° cette division diffère du mode de division des fibres nerveuses dans la plupart des autres organes, car on observe qu'un grand nombre de rameaux nerveux secondaires très minces quittent la fibre primitive sous un angle droit, sans que cette dernière perde de son volume; 4° les cylindres axes nus, qui sortent enfin de ces divisions multiples, deviennent légèrement granuleux et se combinent continuellement aux filaments du protoplasme des corpuscules de la cornée; 5° ainsi, il est probable qu'il n'y a pas un seul corpuscule (cellule) de la cornée, qui ne soit en combinaison directe ou indirecte avec des éléments nerveux.

» Quant au rôle de ces nerfs, nous avons constaté qu'ils sont une espèce de nerfs moteurs. »

— M. *Skipton* prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission qu'elle a chargée d'examiner son appareil pour le traitement des fractures comminutives. (*Comm.:* MM. Cloquet et Jobert.)

Académie de Médecine.

Séance du 8 avril 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

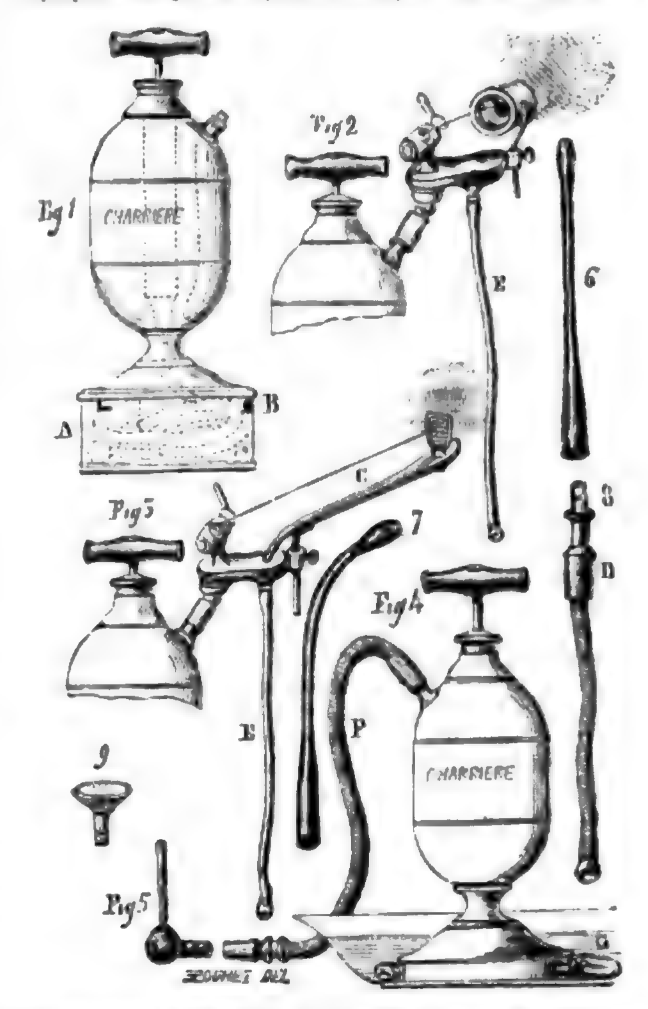
1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Gard, de la Lozère, de Seine-et-Marne et de la Charente. — *b.* Vingt et un rapports d'épidémies, par M. le docteur *Danvin* (de Saint-Pol). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : Une note relative à la question de l'hygiène des hôpitaux, par M. le docteur *Mordret* (du Mans). (*Comm.:* M. Gosselin.)

3° M. *J. Charrière* communique la note suivante :

Nouvel appareil pulvérisateur des liquides médicamenteux du docteur *Sales-Girons*, construit sur les mêmes principes que notre modèle de pompe à douches (nouveau modèle).

La pompe dont il s'agit ici n'est pas autre chose, pour les dimensions, que celle que



nous avons soumise à l'appréciation de l'Académie de médecine dans la séance du 5 mai 1857. Depuis cette date, elle n'a cessé d'être employée dans la pratique de MM. les médecins et chirurgiens, qui l'ont recommandée pour les douches ascendantes et les injections de toute sorte.

La simplicité de son mécanisme, qui rend son entretien très aisé, et la facilité de son emploi, nous ont donné la pensée d'en généraliser l'usage. Associée dans un même appareil avec l'instrument pulvérisateur des liquides médicamenteux de M. Sales-Girons, les services qu'elle peut rendre n'ont fait que se multiplier. La thérapeutique aussi bien que les soins de l'hygiène y auront très souvent recours.

En voici la description succincte :

La fig. 1 est composée de la pompe, de son tuyau P monté sur la fig. 3, d'une canule d'ivoire fig. 6, et de la canule droite en gomme fig. 7, le tout pour les divers usages indiqués.

Fig. 2. — L'appareil de M. Sales-Girons pour la pulvérisation des liquides médicamenteux, que l'on monte sur la pompe fig. 1.

Le tuyau C garni de son bouchon.

Fig. 3. — Le robinet de M. Sales-Girons se montant seul sur la pompe.

Fig. 4. — Le petit appareil de M. Fournier, qui se monte sur le robinet précédent pour la pulvérisation des liquides portés directement dans l'arrière-bouche.

Fig. 6 et 7. — Canules droite et courbe en gomme.

Fig. 9. — Canule métallique à arrosoir.

Digitized by Google

M. *Depaul*, au nom de M. le docteur *Kozlowski* (de Forges-les-Bains), met sous les yeux de l'Académie la photographie d'un fœtus mort-né, inviable. (*Comm.:* MM. Depaul et Béclard.)

M. *Tardieu* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Mascarel* sur les effets des eaux thermales du Mont-Dore.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. Husson, ayant pour but de réfuter quelques-unes des assertions contenues dans le dernier discours de M. Malgaigne.

Voici cette lettre :

Paris, 7 avril 1862.

Monsieur le président,

Il ne m'est pas permis de laisser sans réponse les allégations sans fondement produites par M. le docteur Malgaigne, dans un discours véhément qu'il a prononcé mardi dernier à l'Académie de médecine. L'Académie trouvera bon, sans nul doute, que l'administration de l'Assistance publique, avec la modération dont elle entend ne jamais se départir, malgré d'injustes attaques, tienne à opposer aux allégations de ce chirurgien, des faits et des chiffres qui établiront suffisamment de quel côté est la vérité.

M. le docteur Malgaigne, si j'en crois la GAZETTE DES HÔPITAUX, a dit à l'occasion de l'hôpital Lariboisière, que « l'administration, qui a déployé dans cet hôpital un luxe *scandaleux*, manquait alors et manque encore de chemises ».

Dans aucune partie de nos vastes services, on ne manque ni de chemises ni d'aucune autre chose. A l'hôpital Lariboisière, il y avait en service, d'après le compte moral de 1860, que M. le docteur Malgaigne a dans les mains (page 64), 8809 chemises ; à raison de 14 chemises par lit de malade, et de 8 chemises par lit d'employé ; il aurait dû y avoir 9616 chemises dans la lingerie. Il en manquait donc 807, c'est-à-dire 8,39 pour 100, ce qui représentait l'usure de l'année ; en 1861, l'usure s'est accélérée, le linge de l'hôpital datant de 1854, époque de sa fondation. Mais le renouvellement de 1862 permettra de maintenir le nombre des chemises au chiffre de 11 chemises et demie par malade (1). C'est assez dire qu'en aucune circonstance les malades de Lariboisière ne peuvent être exposés à en manquer.

Faisant allusion à quelques lits supplémentaires existant dans plusieurs salles, M. le docteur Malgaigne affirme que « l'encombrement est partout ». On va en juger.

Les salles uniformes de l'hôpital doivent contenir ordinairement 32 lits, plus 2 lits dans une chambre particulière. La salle Sainte-Jeanne, que je prends pour exemple, offre un cube d'air représenté par 52 mèt. 420 pour chaque malade. L'espacement moyen de chaque lit est de 1 mèt. 50 sur les côtés, au pied, il y a, entre les deux rangées, un intervalle de 4 mèt. 75. Dans les salles de chirurgie, le nombre de lits est resté normal ; le service d'accouchement ne compte que 28 lits au lieu de 32. Mais, par suite de la recrudescence des maladies, ordinaire à cette époque de l'année, l'administration a dû placer momentanément, dans les salles de médecine affectées aux hommes, 7 ou 8 lits disposés aux deux bouts des salles, sans diminution de l'espacement des autres lits ; dans les salles de femmes, il y a seulement 3 à 4 lits supplémentaires. Là où il existe 40 lits au lieu de 32, le cube afférent à chaque malade est encore de 41 mèt. 94. Je ne crois pas qu'il y ait, à Paris, beaucoup d'habitants, même dans la classe aisée, dont la chambre à coucher contienne une plus grande quantité d'air respirable.

En parlant de la cour centrale de l'hôpital, M. le docteur Malgaigne fait remarquer que les malades n'y sont pas admis, et il donne à entendre que ceux-ci n'auraient point de préau à leur disposition.

Les malades ne sont point admis à circuler dans la cour centrale, parce que les sexes y seraient confondus, et surtout parce qu'ils ont, pour la promenade et le repos, un jardin dont la superficie est de 10 582 mètres pour les hommes, et de 10 625 mètres pour les femmes. N'est-il pas surprenant que, dans sa récente visite à Lariboisière, M. le docteur Malgaigne ne se soit pas aperçu de l'existence de ces vastes préaux ?

M. le docteur Malgaigne dit encore qu'à l'hôpital Lariboisière « on a élevé avec profusion des colonnes élégantes, et qu'on y a prodigué le marbre ». On compte à Lariboisière six colonnes décoratives *en pierre :* deux à l'entrée de l'hôpital, et quatre au vestibule extérieur de la chapelle. Quant au prétendu marbre des escaliers et des salles, M. Malgaigne s'est mépris ; car ce n'est pas du marbre, mais simplement une peinture qui recouvre le stuc dont toutes les commissions d'hygiène ont recommandé l'emploi.

En résumé, monsieur le président, que veut M. le docteur Malgaigne, qui ne se rencontre à Lariboisière ? Des pavillons séparés, des salles moyennes contenant un petit nombre de lits, est-ce ce qu'il demande ? Si, comme il paraît le croire, chaque lit d'hôpital était un foyer infectieux se multipliant par le nombre des malades qui les occupent, il faudrait à Paris et dans toutes les grandes villes d'Europe, se hâter de supprimer les rassemblements de malades, c'est-à-dire tous les hôpitaux. Je ne suppose pas que M. le docteur Malgaigne aille jusqu'à demander de multiplier assez, à Paris, les maisons de traitement, pour donner l'équivalent de 9 à 10 000 chambres qu'il nous faudrait. Autrement ce n'est plus, selon sa pompeuse expression, un *Versailles* que nous aurions à fonder, mais une ville, une véritable ville.

Sans recourir à de tels moyens et en s'éclairant, comme elle l'a fait en toutes circonstances, des lumières des savants et du corps médical des hôpitaux, l'administration remplira la mission qui lui est confiée : elle saura pourvoir dans la mesure des besoins et de ses ressources, aux nécessités de l'avenir, comme elle satisfait aujourd'hui aux obligations du présent. Pour cela, elle ne demande pas des flatteries, comme M. le docteur Malgaigne se plaît à l'insinuer ; elle accepte, non sans examen, mais avec une reconnaissance non équivoque, les conseils qui lui sont donnés dans la seule vue du bien public, et ce n'est pas elle qui traîne à sa suite la foule bruyante des adulateurs. Au reproche durement formulé qui lui est fait, de déployer un luxe assurément innocent, dans l'érection de quelques colonnes, elle pourrait répondre en montrant les dangers des injustes agressions de la parole. Mais elle ne suivra pas M. Malgaigne dans la voie des récriminations ; elle se contentera de lui rappeler ce précepte d'un maître de l'antiquité, qu'il ne faut jamais, dans le discours, si l'on veut qu'il conserve, avec son éclat, sa force de persuasion, sacrifier la vérité à l'effet oratoire.

Je vous serai reconnaissant, monsieur le président, si vous voulez bien faire donner lecture de cette lettre à l'Académie, dans sa prochaine séance.

Agréez, etc. A. HUSSON.

M. *Malgaigne*. Je demande à faire une courte réponse à la lettre de M. le directeur général de l'assistance publique. Et d'abord, je n'ai pas dit qu'on avait prodigué le *marbre* à l'hôpital de Lariboisière. Plusieurs journaux m'ont gratuitement prêté cette assertion ; mais on verra par le *Bulletin de l'Académie* que cette accusation ne se trouve pas dans mon discours.

Quant au cubage de l'air et à l'encombrement, je maintiens que je n'ai rien dit d'exagéré à cet égard ; je n'en veux pour preuve qu'une déclaration contenue dans la lettre que vous venez d'entendre, et dans laquelle M. Husson vous parle de salles contenant 40 lits, et même des lits supplémentaires.

J'ai parlé du déficit des chemises dans les hôpitaux, et l'on m'en fait un crime ; mais j'ai un excellent garant de ce fait, c'est le *Compte moral de 1860*, rédigé par M. Husson lui-même, et dans lequel il est dit (p. 97) qu'il manque 27 787 chemises au service des hôpitaux. M. Husson ne s'est pas souvenu de ce qu'il avait fait imprimer.

M. *Robinet* fait remarquer que ce déficit est insignifiant. Il en résulte, en effet, que chaque malade n'a que 13 chemises, au lieu de 14 qui pourraient lui être attribuées.

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Tardieu*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un projet de réponse au ministre de l'agriculture et du commerce relativement aux questions d'analyse et de captage des eaux minérales. (*Adopté.*)

MÉDECINE. — M. le docteur *Nonat*, médecin de la Charité, candidat pour la place vacante dans la section de pathologie interne, lit un mémoire intitulé : *De la coexistence fréquente des maladies de l'utérus et des lésions de la région péri-utérine ; des indications thérapeutiques qui en résultent.*

« Depuis longtemps, dit l'auteur, je m'applique à fixer l'attention sur la coïncidence fréquente des maladies de l'utérus avec certaines lésions de la région péri-utérine ; sur la nécessité d'explorer avec un soin rigoureux cette région ; sur le danger de recourir au cathétérisme ou à la cautérisation de la matrice, à l'emploi de la curette, à l'application des pessaires et

(1) Les prévisions du budget pour l'entretien du linge sont aujourd'hui basées sur l'évaluation des quantités à détruire annuellement par suite d'usure. Il est pourvu aux manquants antérieurs qui n'ont pas été remplacés au moyen d'un crédit extraordinaire. Mais le déficit n'est jamais considérable, et l'activité du blanchissage ne permet pas qu'il y ait jamais disette dans les lingeries.

Digitized by Google

des redresseurs, quand il existe une phlegmasie péri-utérine; et sur l'urgence de combattre cette dernière affection, de la guérir ou tout au moins de l'amender suffisamment, avant d'instituer le traitement direct des maladies mêmes de la matrice, avant de pratiquer sur cet organe une opération, quelque inoffensive qu'elle paraisse.

» Ces préceptes, que je n'ai jamais cessé de développer devant mes élèves, je les ai posés nettement et très catégoriquement formulés dans mon *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.* »

Ici, M. Nonat cite un grand nombre de passages de son ouvrage qui se rapportent à ce sujet. Puis, pour rendre plus saisissante l'utilité de ces préceptes, et pour mieux faire ressortir les dangers qu'il y a à les méconnaître, il rapporte dix observations, qui peuvent se résumer de la manière suivante :

Obs. I. — *Métrite interne et parenchymateuse; phlegmon péri-utérin chronique; métrorrhagie symptomatique; aggravation des symptômes locaux sous l'influence de la cautérisation du col utérin avec le fer rouge.* — Obs. II. *Métrite externe; dysménorrhée; engorgement péri-utérin chroniques; accidents consécutifs à la cautérisation du col utérin avec le fer rouge.* — Obs. III. *Métrite interne et phlegmon péri-utérin chronique; accidents consécutifs à la cautérisation du col utérin avec le fer rouge.* — Obs. IV. *Métrite du col; granulations folliculeuses; engorgement péri-utérin chronique; accidents provoqués par une cautérisation prématurée du col utérin avec la potasse caustique de Filhos.* — Obs. V. *Métrite externe chronique; vaginite; phlegmon péri-utérin chronique; accidents déterminés par la cautérisation du col utérin avec la potasse caustique de Vienne.* — Obs. VI. *Métrite interne; congestion ovarique; métrorrhagie symptomatique; accidents graves consécutifs à la cautérisation de la cavité du col utérin avec une solution de nitrate d'argent.* — Obs. VII. *Métrite externe; phlegmon péri-utérin chronique; accidents déterminés par le cathétérisme prématuré de l'utérus.* — Obs. VIII. *Métrite interne et phlegmon péri-utérin chroniques; inefficacité de plusieurs traitements antérieurs; inconvénients de la simple cautérisation du col utérin avec le nitrate d'argent avant la résolution du phlegmon péri-utérin.* — Obs. IX. *Métrite interne et phlegmon péri-utérin chroniques; métrorrhagie symptomatique; inefficacité de plusieurs traitements antérieurs.* — Obs. X. *Métrite interne et phlegmon péri-utérin chroniques; inefficacité de plusieurs traitements antérieurs.*

« Des faits que j'ai eu l'occasion de recueillir, poursuit M. Nonat, je dois rapprocher l'observation publiée le 16 janvier dernier, dans la *Gazette des hôpitaux*, et deux cas rapportés par Aran, l'un dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus* (p. 667), l'autre dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1861). »

Passant à l'interprétation de ces faits, M. Nonat ajoute : « La congestion des ovaires, l'engorgement du tissu cellulaire péri-utérin, le phlegmon péri-utérin chronique, sont des lésions beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, et méritent plus d'importance qu'on ne leur en accorde généralement.

» Ces complications péri-utérines, malgré leur fréquence, sont souvent méconnues, et passent souvent inaperçues, parce que l'attention se porte trop exclusivement sur la matrice, et que l'exploration est rarement poussée plus loin.

» Il résulte de là un diagnostic incomplet, insuffisant, qui a pour la thérapeutique les inconvénients et les dangers que je me suis proposé plus spécialement de faire ressortir dans cette note. Et d'abord, comme le démontrent les observations VIII, IX et X de ce travail, toutes les tentatives de traitement dirigées contre l'affection utérine proprement dite restent infructueuses. Dans beaucoup de cas, les souffrances deviennent plus intenses, et les autres symptômes s'aggravent (obs. I, VII et VIII). Dans d'autres circonstances, enfin, les moyens directs employés contre l'affection utérine provoquent dans les tissus péri-utérins chroniquement enflammés une recrudescence inflammatoire des plus aiguës, qui peut avoir pour résultat la formation d'abcès dans le petit bassin, et tous les désordres qui s'y rattachent. Ces accidents s'observent surtout à la suite des cautérisations profondes au fer rouge et à la potasse caustique (obs. II, III, IV, V, VI).

» La plupart des praticiens qui ont observé ou signalé ces graves accidents pensent qu'ils éclatent d'emblée sous l'influence des opérations pratiquées sur l'utérus. Sans nier qu'il en soit quelquefois ainsi, je crois que le plus souvent la phlegmasie péri-utérine coexiste avec la lésion de l'utérus, qu'elle est, par conséquent, antérieure à l'opération, et qu'elle n'a fait que s'aggraver et passer à l'état suraigu sous l'influence de la cautérisation profonde du col utérin ou des manœuvres exercées sur la matrice.

» De ces considérations découlent naturellement les conséquences pratiques suivantes :

» 1° Les affections de l'utérus se compliquent souvent de lésions du tissu cellulaire péri-utérin, des ligaments larges et des ovaires.

» 2° Il importe de ne pas se borner à explorer l'utérus, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum; il faut aussi examiner avec le plus grand soin les parties qui entourent la matrice, s'assurer par le palper abdominal, le toucher vaginal et le toucher rectal, tantôt isolés, tantôt combinés, s'il n'existe pas autour de l'utérus soit un état congestif, soit un engorgement inflammatoire.

» 3° Si l'on ne rencontre aucune de ces lésions péri-utérines, on peut procéder avec plus de sécurité au traitement local et direct des affections de la matrice.

» 4° Si, au contraire, on constate l'existence d'une complication péri-utérine, il faut absolument s'abstenir, au début, de pratiquer l'opération la plus simple ou de porter un instrument quelconque, soit dans le vagin, soit sur le col de l'utérus, soit dans la cavité de cet organe.

» L'expérience démontre formellement que, dans les cas de ce genre, les accidents les plus graves peuvent être produits par la présence d'un pessaire intra-vaginal, l'application des caustiques sur le col de l'utérus, l'introduction dans la cavité utérine d'une sonde, d'une curette, d'un porte-caustique, d'un redresseur, et, à plus forte raison, par la cautérisation profonde du col utérin avec la potasse caustique de Vienne ou le fer rouge.

» 5° Dans les cas de complication péri-utérine, si le traitement local et direct des affections de la matrice n'amène pas les accidents graves que je viens de signaler, il présente encore l'inconvénient de rester longtemps inefficace, de réussir rarement, parce qu'il laisse intact autour de l'utérus un foyer de congestion ou d'inflammation qui entretient, qui alimente sans cesse la lésion utérine.

» 6° Si, par extraordinaire, la lésion utérine disparaît sous l'influence du traitement local et direct, reste toujours l'affection péri-utérine, méconnue ou négligée. Il en résulte que le praticien, s'abusant lui-même, se repose dans une fausse sécurité, et abandonne la malade, imparfaitement guérie, à tous les dangers qu'entraînent les phlegmasies péri-utérines.

» 7° Pour toutes les raisons que je viens d'énumérer, il est rationnel, il est nécessaire de commencer toujours par le traitement des phlegmasies péri-utérines, et de n'instituer le traitement direct et local des lésions utérines qu'après s'être assuré qu'il n'existe plus autour de la matrice aucune complication congestive ou inflammatoire. » (Comm. : MM. Jobert, Depaul et Hervez de Chégoin.)

Thérapeutique. — M. *Barthez*, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie et candidat pour la place vacante dans la section de pathologie interne, lit un mémoire intitulé : *Des résultats obtenus par l'expectation dans le traitement de la pneumonie des enfants.*

L'auteur s'est proposé dans ce travail d'apporter quelques preuves à l'appui d'une opinion qui commence à se répandre dans le public médical, et qui est résumée dans la phrase suivante, empruntée à Legendre :

« La pneumonie franche, se développant accidentellement

Digitized by Google

au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une manière favorable. »

La vérité de cette assertion, dit l'auteur, frappera tout le monde, si je dis que, depuis le mois d'août 1854 jusqu'au mois de juin 1861, c'est-à-dire pendant un peu plus de sept ans, j'ai eu à traiter dans mon service d'hôpital 212 enfants atteints de pneumonie franche, sur lesquels je compte *deux* cas seulement de mort par le fait de la pneumonie, qui alors occupait les deux poumons.

Sur ce nombre de malades, il en est presque la moitié qui n'ont été soumis à aucune espèce de traitement; pour bon nombre d'autres, la thérapeutique a consisté en une médication fort peu active, telle qu'un purgatif, un vomitif ou un bain; un sixième à peine des malades a été soumis à un traitement ayant quelque activité. Un grand nombre de pneumonies ont été, en outre, traitées par M. Barthez en ville et avec des résultats analogues.

« De sorte que, dit M. Barthez, je me crois en droit d'affirmer que mon assertion sur la bénignité de la pneumonie franche et non compliquée reste vraie pour l'enfance, en tant qu'il s'agit de la ville de Paris, et quels que soient le siége et l'étendue du mal, quelles que soient les saisons et les années, quelle que soit la médication employée, active, insignifiante ou absolument nulle.

» Toutefois, je fais une réserve pour la pneumonie double, la seule que j'aie vu se terminer par la mort, et dans la proportion de deux fois sur treize. »

En présence d'un pareil résultat, qui aujourd'hui encore pourrait soulever plus d'un doute, M. Barthez croit nécessaire de bien préciser d'abord les termes de la question. Les malades sur lesquels porte son travail sont âgés de deux à quinze ans. Il n'y est question que de la pneumonie lobaire primitive ou franche. Sont exclues, par conséquent, la pneumonie lobulaire, les congestions lobaires survenant pendant le cours des *fièvres graves*, les hépatisations lobaires secondaires, et *notamment* celles qui compliquent la tuberculisation pulmonaire.

Ainsi limitée, l'hépatisation lobaire primitive n'a sans doute pas encore une origine unique, n'est pas encore l'expression d'une maladie parfaitement déterminée et toujours identique avec elle-même. M. Barthez se range volontiers parmi les médecins qui pensent que la phlegmasie des organes est la conséquence d'états morbides généraux préexistants, et qu'elle emprunte d'habitude à ces causes diverses une physionomie particulière.

Toutefois, ces pneumonies se confondent toutes dans l'enfance sous le rapport de leur terminaison. Elles guérissent toutes. Si leur nature leur imprime des différences, c'est plutôt dans leur marche, dans leur durée et dans les symptômes concomitants qu'il faut les chercher que dans leur terminaison. Or, c'est là justement ce qui ressort de l'étude de la pneumonie abandonnée à sa marche naturelle. On peut constater ainsi que bien des différences de marche et de durée attribuées d'ordinaire au traitement sont beaucoup plutôt la conséquence soit de la cause méconnue de la phlegmasie, soit de circonstances tout autres que celles créées par la thérapeutique.

« Mais, laissant de côté cette partie de l'histoire de la pneumonie, ajoute M. Barthez, je me suis contenté, dans le présent mémoire, de rechercher la durée des périodes de croissance, de déclin et de convalescence de cette maladie, et l'influence exercée sur ces périodes naturelles par un traitement actif ou insignifiant, et aussi par le siége du mal, au sommet, à la base ou dans les deux poumons.

» Voici le résumé de ce que j'ai constaté à cet égard :

» Abandonnée à elle-même, la pneumonie commence à se résoudre du sixième au huitième jour de son début, et surtout le septième, au moins dans la moitié des cas. Une fois sur trois ou quatre, la résolution commence le quatrième ou le cinquième jour; une fois sur cinq, elle ne survient que le huitième jour révolu.

» Un traitement assez insignifiant ne détermine aucun changement dans ces proportions.

» En présence de la bénignité de la maladie, le traitement antiphlogistique m'a paru contre-indiqué. Il l'était d'autant plus que j'avais remarqué que plusieurs enfants soumis aux émissions sanguines restaient plus que d'autres pâles et amaigris pendant toute la durée d'une longue convalescence. Cependant, chez quatre malades seulement, j'ai cru pouvoir appliquer la formule des saignées coup sur coup; et la résolution de la phlegmasie a débuté le cinquième, le sixième, le septième et le dixième jour.

» La résolution une fois commencée, la maladie met en général peu de temps à se terminer. Ordinairement la période de déclin s'accomplit entre deux et six jours, rarement entre sept et dix. Cette durée naturelle de la période de déclin n'est pas sensiblement modifiée par le traitement; mais si celui-ci détermine une modification, elle n'est pas en faveur des malades activement traités.

» Abandonnée à elle-même, la pneumonie des enfants se termine assez souvent en dix jours, habituellement en moins de quinze jours. La proportion est presque retournée lorsque les enfants ont été soumis à une médication active.

» Il en est ainsi pour les pneumonies unilatérales; les pneumonies doubles, traitées ou non, exigent presque toutes plus de quinze jours pour arriver à leur terme.

» Passant maintenant à l'étude de la durée de la convalescence, je trouve que l'avantage reste encore très évidemment à l'expectation et au traitement très peu actif. Chez les enfants qui n'ont pas été traités, la durée de la convalescence n'a jamais dépassé quinze jours; elle a été de quinze à trente jours chez ceux qui avaient été soumis à la médication antiphlogistique.

» Relativement au siége de l'inflammation, la pneumonie qui occupe la partie moyenne de l'organe est celle qui se résout habituellement le plus vite.

» La pneumonie du sommet et celle de la base ont la même durée.

» La pneumonie qui occupe toute la hauteur de l'organe est celle qui dure le plus longtemps. La marche de la pneumonie double est plus lente que celle de la pneumonie simple.

» La conclusion qui semble ressortir des détails ci-dessus est qu'en présence d'un enfant atteint d'une hépatisation lobaire primitive et franche, la meilleure thérapeutique est l'emploi d'une bonne hygiène et l'abstention de toute médication.

» Le rôle du médecin se bornera à remplir quelques indications dont l'importance, secondaire à l'égard de la terminaison du mal, a cependant de la valeur pour le soulagement du malade et pour l'atténuation de quelques symptômes. C'est ainsi qu'une petite émission sanguine, locale ou générale, soulagera le point de côté, diminuera l'oppression pénible, atténuera au moins momentanément le mouvement fébrile; ailleurs un vomitif ou un purgatif donnés à propos amèneront de la détente. D'autres fois ces effets favorables résulteront d'un bain tiède donné en pleine pneumonie, etc. » (*Comm.* : MM. Trousseau, Grisolle, Blache.)

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de M. Michel Lévy sur les titres des candidats pour la place vacante dans la section de pathologie interne.

La section présente : en première ligne, M. Roger; en deuxième ligne, M. Monneret; en troisième ligne, M. Nonat; en quatrième ligne, M. Barthez; en cinquième ligne, MM. Hardy et Béhier.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

EMBOLIES ARTÉRIELLES ET VEINEUSES. — ICTÈRE GRAVE.

M. *Lancereaux* expose devant la Société le résultat de ses recherches sur les embolies artérielles et veineuses.

Digitized by Google

La première partie de sa communication est consacrée à l'étude des oblitérations artérielles au point de vue des altérations qui se produisent consécutivement dans les organes auxquels se rendent les artères dont les fonctions viennent à être suspendues. Suivant M. Lancereaux, s'il s'agit des artères d'un parenchyme viscéral, il se produira un *infarctus;* s'il s'agit de l'artère principale d'un membre, on verra survenir des gangrènes; si enfin l'oblitération se produit dans les artères du cerveau, elle déterminera le ramollissement cérébral.

L'auteur montre à la Société plusieurs dessins représentant différents degrés de l'infarctus de la rate, consécutif à l'oblitération de l'artère splénique. Il reconnait à cette lésion trois phases distinctes : dans la première phase, il y a augmentation de volume et coloration rouge foncée de la partie du parenchyme correspondant à l'artère oblitérée. Le microscope montre qu'il y a déjà productions d'éléments granuleux, mais sans exsudats plastiques. A la deuxième période, la coloration rouge foncé pâlit et est remplacée par une tache jaunâtre. Le microscope ne révèle encore la présence d'aucun néoplasme ; mais la plupart des éléments sont en voie de régression. Enfin, à la troisième période, deux cas différents peuvent se présenter : ou bien l'infarctus se résout et laisse à sa place une dépression plus ou moins profonde, ou bien, si l'infarctus est considérable, il se ramollit, se désagrége, et l'on a un foyer ressemblant extrêmement à un abcès, si ce n'est la forme de la cavité qui répond à la distribution de l'artère, et dont les bords ne sont pas déchiquetés, et enfin la présence de cristaux d'hématoïdine, que l'on ne rencontre pas dans les abcès.

Dans le rein, les altérations parenchymateuses suivent la même évolution.

Dans les membres, il se fait un travail pathologique assez semblable. Il est difficile de constater la stase sanguine du début; mais les phénomènes qui suivent ont beaucoup d'analogie avec ceux qui viennent d'être décrits. La différence provient surtout d'une circonstance particulière : l'évaporation lente des liquides, qui, dans les membres, ne sont pas isolés de l'atmosphère comme les viscères dans les cavités splanchniques.

Dans le cerveau, on observe le ramollissement rouge quand la mort a suivi promptement l'attaque apoplectique. On trouve le ramollissement jaune quand la mort s'est fait attendre quinze à vingt jours, et enfin le ramollissement blanc laiteux quand la maladie a duré six mois. On pourrait se demander si l'oblitération artérielle est la cause ou la conséquence du ramollissement de la pulpe cérébrale; mais, si elle était une conséquence de cette lésion, le bouchon artériel partirait du point ramolli, il se dirigerait sur le cœur : or, à en juger par la partie la plus fibrineuse du caillot, c'est le contraire qui a lieu. De plus, on a trouvé des bouchons constitués par des fragments de valvules, des concrétions calcaires, dont les analogues se retrouvaient au cœur, et qui ne pouvaient provenir de la substance cérébrale.

— La seconde partie de la communication de M. Lancereaux a trait à un autre sujet, c'est-à-dire à l'oblitération des veines. En étudiant la coagulation spontanée du sang dans les veines, on voit que ce phénomène se produit, non pas, comme on aurait pu le présumer, dans les radicules veineuses, mais au contraire dans les gros troncs, à la partie supérieure des membres, notamment à la jonction des veines saphène et fémorale. Plusieurs causes peuvent être invoquées pour expliquer ce fait, que l'on observe surtout chez les phthisiques, chez les cancéreux, dans des cas où les forces du sujet sont déprimées, où le cœur bat faiblement, parce qu'il est moins excité par le sang et que ses fibres ont perdu de leur tonicité. Or, le retour du sang vers le cœur est dû à deux forces : d'abord, la *vis a tergo*, puis l'aspiration thoracique; or, si la coagulation se produit surtout à la racine des membres, dit M. Lancereaux, c'est que ce point est la limite d'action des deux forces qui président au mouvement du sang.

Quoi qu'il en soit de cette explication théorique, l'observation montre que la coagulation se fait de deux façons différentes : tantôt elle se produit au niveau d'un éperon, par exemple à la réunion de la saphène et de la fémorale; alors on voit le caillot se prolonger de la veine collatérale dans la veine principale ; mais le courant du sang n'est pas arrêté dans celle-ci, et, à un instant donné, ce courant entraine le coagulum jusque dans l'artère pulmonaire. C'est ce fait qui a été reconnu par Virchow et étudié récemment par M. Ball. Mais d'autres fois, suivant M. Lancereaux, la coagulation commence dans une valvule veineuse; le caillot oblitère le nid de pigeon et grossit peu à peu, la circulation du sang n'étant pas interrompue, jusqu'à ce qu'à un instant donné, sous l'influence d'un effort par exemple, il soit emporté dans le courant circulatoire. Le caillot est alors arrondi à ses deux extrémités, moulé sur les valvules; c'est à ce caractère qu'on le reconnait manifestement quand on le retrouve dans l'artère pulmonaire. C'est dans ce cas qu'il peut acquérir le volume le plus considérable et provoquer les accidents les plus graves. Les dessins que M. Lancereaux soumet à la Société ont été tracés sur les pièces de deux sujets qui sont morts subitement. L'auteur a pu reconnaître des faits confirmatifs de ses idées dans les pièces pathologiques conservées dans les collections anglaises, notamment dans celle de l'hôpital Saint-Barthélemy.

En résumé, les coagulations veineuses se produisent tantôt au niveau d'un éperon, tantôt au niveau d'une valvule et donnent naissance à deux espèces d'embolies : celles de la deuxième espèce sont les plus volumineuses, et celles qui amènent le plus souvent la mort subite.

— M. *J. Worms* lit une observation d'*ictère grave* recueillie à l'hôpital du Gros-Caillou peu de temps après celle dont M. Blachez a dernièrement entretenu la Société. Ce nouveau cas présente avec le premier certaines analogies de symptômes et de lésions cadavériques, mais aussi des différences notables qui en rendent le rapprochement intéressant.

Il s'agit ici d'un militaire d'une santé robuste, assez sobre d'habitude, qui s'était laissé entraîner à des libations excessives, et, n'ayant pu retrouver son chemin le dimanche soir, s'était endormi dans une vigne aux environs de Paris. Mis à la salle de police, puis à la prison du régiment, il se sent moins bien portant deux jours après : il est pris de frisson, suivi de chaleur et d'une soif inextinguible, les sclérotiques jaunissent un peu. Le jeudi, il entre à l'hôpital dans un état de prostration absolue, avec une teinte ictérique prononcée; odeur fétide, presque stercorale de l'haleine, douleur vive à l'hypochondre droit. Il s'affaiblit de plus en plus; le pouls devient lent et très petit; on observe de la jactitation, pas de taches ni d'ecchymoses à la peau; il ne rend ni selles ni urines; celles qu'on obtient par le cathétérisme sont colorées médiocrement et ne contiennent ni albumine ni sang. Le sujet meurt sans agonie au bout de vingt heures de séjour à l'hôpital.

A l'*autopsie*, on trouve dans l'estomac une grande quantité de liquide sanglant et de petites ecchymoses pointillées de la muqueuse stomacale et du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le foie ne semble ni augmenté ni diminué de volume; son poids est de 1925 grammes (celui d'un sujet de la même taille pesait 1840 grammes). De plus, il est d'une teinte jaune clair, semblable à du cuir tanné; son tissu est friable; les cellules hépatiques ont disparu et sont remplacées par des gouttes de graisse et des noyaux disséminés. Ce résultat microscopique est confirmé par un examen du docteur Marc Sée. La rate est triplée et diffluente, les reins sans altérations, mais la vessie énormément distendue; congestion pulmonaire, ramollissement et infiltration graisseuse des parois du cœur gauche.

L'auteur se demande quelle place on peut assigner dans le cadre nosologique au cas d'ictère grave qu'il vient de rapporter. On se trouve entre deux extrêmes : d'une part, une affection réputée locale, bornée au foie, l'atrophie jaune aiguë; de l'autre, une pyrexie essentielle épidémique, la fièvre jaune.

Digitized by Google

Or, le cas présent diffère des atrophies aiguës, parce que le foie, quoique détruit dans ses éléments constitutifs, n'est pas modifié dans son volume. Il faut donc bien penser à la fièvre jaune, non dans sa forme type, mais dans cette forme bien connue dans les pays où elle sévit épidémiquement, et qui se caractérise par l'adynamie rapide, l'ictère, la chute du pouls, et la mort arrivant au bout de quatre à cinq jours, sans vomissements noirs et sans ecchymoses. D'autre part, la dégénérescence graisseuse du foie ayant été notée dans la fièvre jaune, il ne reste plus que la question du volume de cette glande pour maintenir la séparation entre deux maladies identiques dans leurs prodromes, leurs symptômes et leur marche, mais dont l'une est réputée une maladie du foie, et l'autre une pyrexie bien connue dans sa forme épidémique, mais qui semble pouvoir se montrer aussi sous la forme sporadique. Ces cas d'ictère grave, qui se multiplient depuis quelque temps, sembleraient à l'auteur mériter la dénomination de fièvre jaune sporadique, tout en reconnaissant la convenance sociale de conserver le nom d'ictère grave ou d'ictère adynamique.

Dr E. Isambert.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, par E. Chassaignac, 2 vol. in-8, 1862. Victor Masson et Fils.

Le livre de M. Chassaignac vient de se compléter par la publication du second fascicule du deuxième volume. Nous avons déjà rendu compte du premier volume de cet ouvrage. Cette première partie renfermait l'histoire et la description des opérations que l'on peut répéter, étudier et pratiquer sur le cadavre, c'est-à-dire les ligatures d'artères, les amputations, les résections; elle est, comme l'a voulu l'auteur, plus spécialement le livre de l'amphithéâtre; la seconde partie est celui de l'hôpital, car il renferme surtout l'étude des opérations essentiellement variables, suivant la maladie à laquelle elles doivent porter remède, et celle des moyens thérapeutiques applicables surtout au lit du malade.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit du plan suivi dans cet ouvrage, et nous devons nous borner à passer en revue les matières renfermées dans ce second volume, qui vient heureusement compléter ce que le premier avait si bien commencé.

La thérapeutique générale des fractures fait le sujet du premier chapitre. L'auteur y passe rapidement en revue les différents appareils généralement employés, lesquels sont étudiés plus loin à l'article consacré aux diverses fractures envisagées séparément; il semble donner la préférence aux appareils inamovibles, qui, depuis leur invention, rendent chaque jour de si grands services; mais il décrit un mode particulier d'application qui joint à l'immobilité l'extension continue, si difficile à obtenir. Voici comment il donne la formule de son *modus faciendi* :

« Placer sur le membre fracturé un moule complet. Dès » que ce moule est solidifié et avant la rétraction inflamma- » toire ou spasmodique des muscles, rompre le moule sur un » des points de sa longueur; triompher de toute résistance » musculaire par l'action du chloroforme et faire, en ce mo- » ment, une extension complète, c'est-à-dire absolument » exempte de tout chevauchement; puis construire pendant » la durée de l'écartement des deux portions du moule, » c'est-à-dire pendant la durée de l'anesthésie, un ouvrage » intermédiaire qui maintienne d'une manière définitive les » deux portions du muscle à la distance où les a placés l'écar- » tement qu'on vient de leur faire subir. Ne relever le malade » de l'anesthésie qu'au moment où la pièce intermédiaire a » pris le degré de solidité nécessaire au maintien de tout » l'appareil. »

Cette manière de pratiquer l'extension nous semble mériter d'être rapportée, car la répartition sur une grande surface de la pression exercée par les forces extensives doit les faire supporter plus facilement par le malade; mais ce moyen n'est applicable que dans les sections de membres où l'existence de saillies et de dépressions notables permet à l'appareil de trouver des points d'appui qui lui manquaient là où la forme est plus ou moins cylindrique, où les os sont recouverts par des parties musculaires épaisses, par conséquent, très dépressibles.

Parmi les chapitres consacrés à l'histoire particulière des fractures, nous citerons surtout celui qui concerne celle de la clavicule. M. Chassaignac applique, dans ces cas, un mode de réduction et de contention qui donne quelquefois des résultats qu'on n'atteindrait pas par un autre moyen, c'est l'extension verticale directe, ce que l'auteur appelle la méthode d'*amplexation*. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce procédé, et il nous a procuré souvent des consolidations avec absence presque complète de déplacement, de difformité, ce que ne nous permettaient pas d'espérer les autres moyens primitivement essayés.

Les pages réservées à l'étude des fractures et des luxations renferment un grand nombre de figures parfaitement exécutées, reproduisant les pièces pathologiques les plus remarquables du musée Dupuytren ou de la collection particulière de l'auteur; elles aident puissamment l'intelligence des descriptions et ajoutent encore à la valeur de l'ouvrage par leur nombre et leur exactitude.

Après avoir traité de la thérapeutique des fractures et des luxations, l'auteur aborde l'histoire des opérations qui se pratiquent sur les différents tissus envisagés indépendamment de la région où on les rencontre : celles qui se font sur le tissu tendineux, la suture des tendons et la ténotomie; sur les muscles, sur les tissus fibreux ou aponévrotiques, comme les brides sous-cutanées; sur la peau et les séreuses, etc. Viennent enfin celles qui s'adressent aux tissus accidentels, c'est-à-dire la thérapeutique opératoire des tumeurs.

La troisième partie renferme l'histoire des opérations particulières aux régions, aux organes et aux maladies qui peuvent s'y montrer : celles qu'on pratique sur la voûte du crâne, sur l'appareil auditif, sur l'œil et ses annexes, et successivement sur toutes les autres régions en suivant l'ordre généralement adopté, c'est-à-dire de la tête vers le talon.

L'étude thérapeutique des affections oculaires commence par deux chapitres que nous devons signaler, l'hydrothérapie et l'anesthésie oculaires. La première ne se compose, pour la plupart des chirurgiens, que des applications locales de compresses imbibées d'eau froide, de lotions extra-palpébrales, de bains oculaires et d'injections extra-palpébrales. M. Chassaignac y a joint, depuis un assez grand nombre d'années, la douche oculaire, irrigation de l'œil, qui se pratique par les mêmes procédés que l'irrigation continue ordinaire; mais il faut, pour obtenir de ce moyen tous les effets qu'il peut produire, que l'œil soit lui-même baigné par l'eau; il faut donc que les paupières soient légèrement entr'ouvertes, et si le malade ne peut souvent y parvenir, au début, sans l'assistance d'un aide, il ne tarde pas à pouvoir les ouvrir spontanément et à donner ainsi au traitement toute son efficacité.

Ce moyen est surtout utile dans les ophthalmies purulentes et pseudo-membraneuses. La méthode de M. Chassaignac a été expérimentée sur une vaste échelle à l'hôpital des Enfants trouvés de Vienne par M. Aloïs Bednarz, et lui a fourni des résultats très avantageux; mais le médecin viennois a cru devoir substituer à l'eau froide l'eau tiède, qu'il dit être mieux supportée et ne causer aucune douleur.

M. Chassaignac s'est livré à quelques recherches concernant l'influence de la chloroformisation sur l'état de l'œil pendant l'anesthésie. Il a « constaté, dit-il, cet étrange phénomène que, tandis que le chloroforme a pour effet de résoudre, sur tous les points, les contractions musculaires, il a pour résultat de traiter les muscles de l'œil d'une manière tout à fait diffé-

Digitized by Google

rente et de leur donner une sorte de contraction tétanique qui fait un singulier contraste avec l'état général du sujet. » Le sommeil ainsi provoqué aurait donc un grand avantage au point de vue de quelques-unes des opérations que l'on pratique sur le globe oculaire, car l'œil, fixé et immobilisé mieux que par un instrument dont l'emploi présente toujours des inconvénients, serait retenu en place malgré la pression de l'aiguille ou du couteau à cataracte. Mais ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que la dilatation de la pupille, au début de la chloroformisation, cesse lorsque celle-ci a atteint son maximum d'intensité, et la pupille, naguère dilatée, reprend une contractilité manifeste non pas graduellement, mais d'une manière subite, suivant des lois difficiles à déterminer, peu d'instants après qu'on a ouvert les paupières.

Après avoir traité en détail des opérations si variées et si importantes que comporte la thérapeutique des maladies de l'œil et de ses annexes, l'auteur passe à l'histoire des affections du nez et des fosses nasales. M. Chassaignac décrit dans ce chapitre un procédé applicable à l'extirpation toujours difficile des polypes naso-pharyngiens, c'est le détachement unilatéral de l'auvent nasal, que l'on replace après l'opération, et qui, rabattu sur le côté, laisse apercevoir complétement l'intérieur des fosses nasales; mais on ne pourrait pas même alors, arriver facilement sur le pédicule du polype, si l'on n'y joignait la résection des os propres du nez, la section de la cloison, et, quelquefois, celle des cornets et des lamelles qui existent dans les fosses nasales. Cette voie large et sûre permet, suivant l'auteur, qui a plusieurs fois eu recours à son procédé, d'atteindre avec le dernier degré de précision tous les points de la voûte nasale et de la voûte pharyngienne. La Gazette hebdomadaire s'est trop souvent occupée de cette question de médecine opératoire, pour qu'il y ait lieu d'y revenir ici.

M. Chassaignac a publié en 1854 des leçons cliniques sur l'hypertrophie des amygdales, dans lesquelles il étudiait l'anatomie pathologique, les conséquences de l'hypertrophie amygdalienne et les procédés applicables à sa guérison. Le Traité d'opérations chirurgicales renferme sur ce sujet un article très intéressant et très complet que nous avons lu avec un vif intérêt. Nous ne pouvons entrer dans des détails que ne comportent pas les limites qui nous sont imposées; disons seulement que M. Chassaignac, d'après un nombre de 600 cas opérés depuis 1850, conseille l'ablation simultanée des deux amygdales, opération assez facile à faire avec l'amygdalotome perfectionné dans ces dernières années, et qui a pour avantage de terminer d'un seul coup une opération pratiquée souvent chez des enfants, lesquels ne permettent pas toujours de revenir retrancher la seconde amygdale, après que l'enlèvement de la première leur a causé de la douleur et amené un écoulement de sang qui toujours les effraye. C'est encore en s'appuyant sur les résultats fournis par une pratique étendue que l'auteur conseille l'amygdalotomie dans les cas d'amygdalite aiguë, surtout lorsque la récidive de cette affection est fréquente chez le malade qui est atteint d'un degré plus ou moins fort d'hypertrophie de cette glande.

Ce que nous venons de dire pour l'amputation des amygdales, nous pouvons le dire aussi pour la trachéotomie. On sait que M. Chassaignac a introduit dans la médecine opératoire un procédé qui porte son nom, et qui a pour but de simplifier et d'abréger surtout cette opération, si souvent urgente, laquelle peut mettre le bistouri dans des mains qui se refusent le plus souvent possible, sinon toujours, à d'autres opérations sanglantes. L'auteur décrit en détail les indications qui peuvent conduire à pratiquer l'ouverture de la trachée et les moyens d'y arriver. M. Chassaignac a posé en principe la fixation de la trachée par un crochet, un tenaculum enfoncé au-dessous du cartilage cricoïde. Ce premier temps de l'opération est d'une grande importance, car il est très utile d'avoir toujours un point de repère constant et immuable, quel que soit même le procédé auquel on a recours. Aussi l'usage du tenaculum a-t-il été adopté même par ceux qui suivent encore le procédé remis en honneur par M. Trousseau. Mais il est quelquefois, surtout chez les enfants, difficile de sentir le cartilage cricoïde : aussi nous avions employé dès 1854 une modification qu'adopte aussi, dans ces cas, M. Chassaignac, et qui consiste à pratiquer tout d'abord l'incision de la peau. Cette incision a de plus un avantage, c'est d'empêcher les échappées d'instrument; car le bistouri, difficile à introduire par ponction sans employer une certaine force, pénètre rapidement, et quelquefois trop profondément et par surprise, lorsque la lame, n'agissant d'abord que par la pointe, agit ensuite par le tranchant. M. Chassaignac, dans les cas ordinaires, pratique son procédé d'un seul coup. Il enfonce à travers la peau et sous le cartilage cricoïde un tenaculum cannelé, puis il ponctionne la trachée avec un bistouri aigu, agrandit la plaie avec une lame boutonnée, introduit la pince dilatatrice, retire le tenaculum, et met la canule à la place qu'elle doit occuper. Le procédé de M. Chassaignac a inspiré la modification opératoire qu'a préconisée, dans ces derniers temps, M. Maisonneuve. L'ouverture rapide et la dissection couche par couche se partagent encore les suffrages et la pratique des chirurgiens. Nous donnons la préférence au procédé de M. Chassaignac, en y apportant toutefois quelques modifications, dans le détail desquelles il ne serait pas à propos d'entrer en ce moment.

Après avoir décrit les opérations qui se pratiquent sur la poitrine, sur l'abdomen et les régions voisines pour les plaies intestinales, les hernies, etc., l'auteur arrive à l'histoire de celles qui se font sur l'anus et le rectum. Sur ces sujets différents, nous rencontrons encore les procédés si ingénieux de l'auteur, et sa méthode de l'écrasement linéaire, qui a mis entre les mains des chirurgiens un précieux moyen de pratiquer facilement, sans écoulement de sang et avec moins de danger, des opérations redoutables par les accidents qu'elles entraînaient à leur suite. Nous voulons parler de l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales, ablation aujourd'hui faite avec l'écraseur de M. Chassaignac, trop bien connue et trop souvent pratiquée pour qu'il soit besoin d'en faire autre chose qu'une *simple mention*. D'ailleurs nous devons, malgré nous, terminer ce compte rendu, qui ne pourrait jamais qu'effleurer quelques points seulement d'une œuvre importante, qui renferme l'histoire des procédés si nombreux et si variés qui constituent la thérapeutique chirurgicale.

L'ouvrage de M. Chassaignac ne renferme pas seulement la description des opérations; il étudie encore, comme l'indique son titre, l'histoire des indications thérapeutiques. C'est ce qui le distingue des traités ordinaires de médecine opératoire. Ceux-ci rapportent tous les procédés employés, même lorsqu'ils sont rejetés par l'auteur. M. Chassaignac a procédé d'une façon un peu différente, surtout dans la seconde partie de son livre. Son traité est une œuvre plus personnelle, et le chirurgien, riche de modifications et de méthodes qui lui sont propres, s'y montre plus à découvert. Un livre dans lequel se trouve ainsi résumée la longue expérience et les travaux multipliés et divers de l'auteur sera lu avec un grand intérêt par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie moderne. L. LF.

— Un concours pour une place de chirurgien au Bureau central s'ouvrira à l'administration générale de l'Assistance publique, le 29 avril. Le registre d'inscription sera clos le 12 avril.

— Un concours pour une place de prosecteur et un autre concours pour deux places d'aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris s'ouvriront le 15 avril prochain. Les membres du jury sont : MM. Guérard, Nonat, Broca, Velpeau, Ricord, titulaires; MM. Serres et Depaul, suppléants. Les candidats pour le même concours sont : MM. Auger, Bodin, Labeda et Simon.

— M. Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 18 AVRIL 1862. — N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Nouveau renseignement sur les vaccinations de Rivalta. — Académie de médecine : Élection de M. H. Roger. — II. **Histoire et critique.** Doctrines modernes de la syphilis. — III. **Revue clinique.** Sur un cas d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines postérieures (ataxie locomotrice progressive). — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Contributions à l'étude des crachats. — VI. **Variétés.** Les hôpitaux au moyen âge. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** La question du service des aliénés de la Seine. Nouveaux détails.

I

Paris, 17 avril 1862.

NOUVEAU RENSEIGNEMENT SUR LES VACCINATIONS DE RIVALTA. — *Académie de médecine* : ÉLECTION DE M. H. ROGER.

Dans son numéro du 3 avril 1862, l'UNION MÉDICALE contient une lettre du docteur Cerise, qui fait connaître une nouvelle communication du docteur Pacchiotti, rapporteur de la commission nommée par le congrès médical des États sardes. Ce document renferme un renseignement d'une grande valeur, que nous ne pouvons laisser ignoré de nos lecteurs, puisqu'il répond précisément à l'une des questions les plus obscures parmi celles que soulèvent les événements de Rivalta. Dès le début de cette histoire, on s'en souvient sans doute, la même difficulté, insoluble en apparence, s'est présentée à l'esprit de chacun; cette difficulté, c'était la provenance du vaccin qui avait servi à l'inoculation du petit Chiabrera, le premier vaccinifère; et nous-même, dans le compte rendu que nous avons publié (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 49), nous signalions cette lacune comme un desideratum extrêmement regrettable. Or, la lettre de M. Pacchiotti nous fait connaître aujourd'hui la véritable origine de la syphilis chez le petit Chiabrera : « Je me hâte de vous annoncer, écrit le médecin italien à M. Cerise, que la source de la syphilis du petit vaccinifère est parfaitement connue; et je m'empresse de vous avouer que je me suis trompé quand j'ai avancé que probablement la syphilis lui avait été apportée par le vaccin contenu dans les tubes d'Acqui, et tiré d'un enfant syphilitique. Vous aviez donc bien raison de n'accepter qu'avec réserve mes suppositions. Mais voici ce que je viens d'apprendre : Il y a à peu près un an et demi, dans le village de Rivalta, une jeune et jolie femme nommée Liberate Pavone contracta la syphilis, on ne sait guère comment; elle dit qu'elle a été infectée par un enfant trouvé qui venait d'Acqui. De quelque manière qu'elle ait été infectée, ce qu'il y a de bien positif, c'est qu'elle était syphilitique quelque temps avant la vaccination de Rivalta.

FEUILLETON.

La question du service des aliénés de la Seine.

TROISIÈME ARTICLE. — NOUVEAUX DÉTAILS.

La question de la réforme du service des aliénés de la Seine, dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 713 et 745), a fait un nouveau pas et un pas décisif. La commission instituée par M. le préfet de la Seine pour l'étude de cette question a posé les bases de la réorganisation, et déjà elle s'occupe activement des voies et moyens.

La commission a décidé en principe que de nouveaux asiles seraient construits, pouvant contenir chacun 600 aliénés environ; ce qui, en tenant compte de l'accroissement probable du chiffre des aliénés dans le département, nécessiterait à bref délai une dizaine d'asiles. Ce chiffre de 600 a été accepté comme un compromis entre la science, qui eût souhaité des agglomérations moins considérables, et l'administration, qui est obligée de compter avec ses ressources financières. Chaque asile contiendrait des malades des deux sexes, confinés dans des divisions absolument distinctes, de manière à offrir au médecin comme à l'élève, sans compensation d'aucun inconvénient, l'avantage d'avoir sous les yeux le tableau complet des diverses infirmités de l'esprit et de leurs rapports avec la diversité des conditions organiques ou des conditions sociales. On sait, d'ailleurs, que, dans un même asile, les deux sexes peuvent échanger, par le travail manuel, des services qui viennent en aide au budget de l'administration. Dans la population de ces dix établissements, ne sont pas compris les épileptiques et les idiots, que la commission n'a pas cru devoir mêler aux autres aliénés, et pour lesquels il y aurait lieu de construire un ou plusieurs asiles spéciaux. Enfin, sans établir à cet égard de règle absolue, le système des *médecins directeurs* serait appliqué partout où l'administration serait assurée de

« Cette femme était mère d'un enfant qu'elle nourrissait, et qui mourut trois mois après sa naissance, on ne sait pas de quelle maladie; quelques-uns disent qu'il était syphilitique, d'autres qu'il est mort suffoqué dans son berceau.

» Après la mort de son enfant, dans l'extrême besoin d'un nourrisson, elle demanda à la mère de Chiabrera de lui confier le sien. Celle-ci, non-seulement le lui céda, mais aussi prit la place de l'enfant pour dégorger le sein de Liberate. Celle-ci récompensa ces services avec les vêtements de son fils qu'elle donna au fils Chiabrera. Il y a beaucoup de petits détails inutiles, je le sais, mais je crois nécessaire de tout raconter.

» La femme Liberate, après la perte de son enfant, alla demeurer chez sa sœur Marie, qui a aussi une petite fille à la mamelle. La première, dans l'absence de sa sœur, nourrit sa petite nièce, et l'infecta si bien qu'au bout d'un certain temps la mère fut infectée par la fille.

» Or, le petit Chiabrera a dû être infecté par cette même nourrice qui a infecté sa nièce.

» Tout ceci arrivait deux ou trois mois avant la vaccination de Chiabrera.

» Il n'y a pas le moindre doute que la femme Liberate, sa sœur Marie, et son enfant, soient syphilitiques depuis un an ou un an et demi. D'abord, je le tiens d'un médecin d'Acqui, qui les a soignées. Puis notre professeur Sperino, inspecteur en chef de l'hygiène publique, les a trouvées dernièrement à Rivalta avec des accidents syphilitiques, et même il a vu Marie avec des douleurs ostéocopes. Elles sont maintenant à Turin, traitées dans l'hôpital des Vénériens. »

La découverte de ces faits est assurément d'une grande importance; par là, en effet, nous pouvons comprendre comment la vaccine du petit Chiabrera a suivi une marche parfaitement normale, pourquoi la cicatrice n'a présenté chez lui aucune ulcération suspecte; par là disparait cette difficulté capitale qui avait fait hésiter, à bon droit, à admettre une syphilis héréditaire chez un enfant de onze mois, né d'un père sain et d'une mère qui n'a été infectée que plus tard par son nourrisson. Mais, même en faisant une large part aux éclaircissements qui résultent de ces nouvelles données, que d'obscurités encore! que de problèmes insolubles! Tous les documents publiés sur ce sujet s'accordent sur ce point, que, au moment de sa vaccination, le petit Chiabrera était en parfaite santé et d'une constitution robuste. N'avait-il donc, à ce moment, qu'une syphilis *en puissance*, et son sang mêlé au liquide vaccinal a-t-il pu la communiquer *effective et visible* aux autres enfants? Nous ne voyons guère ce qu'on peut répondre. M. Pacchiotti a bien prévu l'objection; mais sa réponse ne ressemble-t-elle pas beaucoup à une fin de non-recevoir? « Je sais, dit-il, qu'il y aura des personnes qui demanderont des détails plus précis sur l'état de Chiabrera avant la vaccination ; mais est-il possible aujourd'hui de donner satisfaction complète aux plus difficiles après dix mois que le fatal événement est arrivé? » Assurément non, cela n'est pas possible; mais lorsque les premières enquêtes ont été faites, l'événement ne datait pas de dix mois, et l'on nous disait alors que Chiabrera, au moment de sa vaccination, était en parfaite santé. Faut-il donc admettre que ces renseignements étaient erronés?

D'un autre côté, et cette nouvelle difficulté a été parfaitement comprise par M. Cerise, comment Chiabrera a-t-il été infecté par la nourrice Liberate Pavone? Est-ce au moyen d'une ulcération du sein? Nous ne savons; et de même que nous sommes forcé de conclure que Chiabrera a infecté les autres enfants par son sang, quoique ce sang ne provînt d'aucune ulcération suspecte (fait certainement aussi étrange que nouveau), devons-nous penser également que la nourrice a infecté Chiabrera par son lait? Personne, nous le croyons du moins, n'oserait assumer la responsabilité de l'affirmative. Reste enfin cette particularité sur laquelle nous avons déjà insisté (*loc. cit.*) : aucun des enfants infectés n'a présenté d'*ulcération spécifique primitive*. Faut-il donc supposer que les accidents secondaires peuvent se développer sans lésion ulcéreuse? Faut-il admettre une syphilis secondaire d'emblée?

Comme on le voit, les renseignements du docteur Pacchiotti déplacent la difficulté; mais ils sont loin de porter la lumière sur tous les points obscurs de cette histoire. Peut-être l'observation ultérieure, en nous facilitant l'intelligence rétrospective de ces faits inexplicables, nous donnera-t-elle la clef du problème; mais aujourd'hui l'incertitude reste grande et l'hésitation légitime; et, pour dire toute notre pensée, lorsque nous étudions, sans idée préconçue, les événements de Rivalta, lorsque nous cherchons à saisir la pathogénie et la filiation de ces regrettables accidents, nous ne trouvons partout qu'un dédale inextricable. J.

---

rencontrer la capacité nécessaire à l'accomplissement de cette double tâche de psychiâtre et d'administrateur.

Ces décisions de la commission sont assez conformes aux vœux que nous avons nous-même exprimés pour que nous n'ayons aucun regret à manifester ; car si elles s'en écartent sur un point, si elles portent le chiffre de la population de chaque asile plus haut que nous ne l'aurions désiré, c'est, nous l'avons dit, sous l'empire d'une nécessité de budget que nous savons reconnaître. Du reste, n'ayant considéré dans nos calculs que le chiffre *actuel* des aliénés de la Seine (un peu plus de 4000), et non le chiffre futur, nous n'avions demandé, nous aussi, qu'une dizaine d'asiles pour le présent.

Ce n'est pas tout. La commission s'est vivement préoccupée d'un besoin scientifique qui jusqu'ici n'avait été satisfait, pour ainsi dire, qu'accidentellement et grâce au zèle de quelques aliénistes renommés. Elle a voté la création d'un asile particulier, dit *asile clinique* ou *asile central*, dans lequel les élèves seraient exercés à l'étude de l'aliénation mentale sous la direction des chefs de service, qui seraient, pour cet établissement hors ligne, choisis dans les hautes régions du corps médical. A cet asile, pour assurer l'unité du service dans le département de la Seine, serait annexé un *bureau central d'examen, d'admission et de répartition*, où seraient présentés d'abord les aliénés confiés à l'assistance publique, soit par le préfet, soit par les familles ou leurs représentants, et munis des justifications nécessaires. Après examen fait par des médecins désignés *ad hoc*, ces individus seraient ou admis immédiatement dans l'asile central ou écoulés vers les autres asiles. Les exigences de l'étude clinique et les droits de l'humanité seraient ici d'accord pour attribuer principalement à l'asile central les cas aigus, qui réclament un secours plus prompt et, en offrant plus de chance de guérison, permettraient un mouvement plus actif du service. Néanmoins, on ferait aux cas chroniques une part suffisante pour les besoins de l'instruction. Ajoutons qu'on obéirait à un sentiment de haute convenance et de dignité morale, en étendant ainsi aux aliénés les conditions qui règlent partout ailleurs

Digitized by Google

Nous avons éprouvé deux sensations agréables à la dernière séance de l'Académie de médecine. Notre aimable, aimé et distingué confrère, M. H. Roger, qui avait été placé le premier sur la liste de présentation dans la section de pathologie médicale, a été élu au premier tour; et M. Tardieu a prononcé un élégant discours destiné à relever, au point de vue de la salubrité, la réputation de l'hôpital de Lariboisière, compromise par M. Malgaigne. C'est une habile défense, sur le mérite de laquelle nous ne saurions nous prononcer en ce moment, ne pouvant vérifier *hic et nunc* l'exactitude des causes auxquelles M. Tardieu attribue la grande mortalité de l'hôpital.

A. D.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCTRINES MODERNES DE LA SYPHILIS.

(Premier article.)

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Depuis deux ans, mon cher rédacteur, il a paru bien des livres, bien des brochures sur la syphilis. Vous m'avez prié de rendre compte de divers travaux et de résumer les doctrines, les théories, les faits cliniques. Vous m'avez recommandé d'émettre mon opinion sur les observations et sur les expériences, sans acception de personnes, au risque même de me trouver en désaccord sur quelques points, sous ma responsabilité personnelle, avec la GAZETTE HEBDOMADAIRE elle-même.

J'éprouve en commençant un véritable embarras : il est si facile de se taire lorsqu'on est obscur et ignoré ! Quand je vois M. Cullerier, un des hommes les plus autorisés en *syphilis*, *garder le silence* sous prétexte qu'il a vu bien des ruines, je serais bien tenté d'imiter cet exemple et de jouer le rôle modeste de l'invalide, gardien des démolitions, car quand il faut prendre parti pour les uns, sans admettre entièrement leurs opinions, et combattre certains faits et certaines théories émises par les autres, on sent que l'on n'aura personne avec soi, et quand une personnalité aussi humble et aussi inaperçue que la mienne viendra dire : je pense de telle façon, j'interprète de telle manière, n'est-il pas à craindre que tout le monde se retourne contre le folliculaire inconnu et ne crie : Haro sur... le critique?

Je pourrais objecter, à vrai dire, qu'ancien élève de Bærensprung et de Virchow, péripatéticien assidu de l'hôpital du Midi, ayant suivi les cliniques de Sigmund à Vienne et ayant passé deux ans comme interne à Lourcine, j'ai vu beaucoup de syphilitiques. Je pourrais aussi répondre qu'étant l'élève de plusieurs, je ne suis l'organe de personne; que j'apprécie les faits en respectant les savants; enfin, puisque vous me dites : *Go ahead*, je commence, en prenant pour devise : *Amicus Plato sed magis amica veritas*.

LE CHANCRE. — LES DUALISTES.

Les auteurs qui, les premiers, décrivirent l'ulcère syphilitique, les Vigo, les Fallope, les Botal, les Blegny, les Lobréra, les N. Massa, insistèrent sur une particularité importante : l'induration; l'ulcère dur, le chancre *calleux*, précédait, d'après ces remarquables observateurs, les accidents généraux de la syphilis.

J.-L. Petit comprenait bien les conséquences de l'induration lorsque, dans son TRAITÉ DES MALADIES DES OS, il s'exprimait comme il suit :

« Le chancre, si bien qu'il soit traité, cause *presque* toujours la vérole, surtout s'il *durcit*, s'il reste *quelque dureté* après la cicatrisation de l'ulcère, ou si le prépuce demeure gonflé, ou enfin si *quelque glande de l'aine reste dure* et plus grosse qu'elle ne doit être naturellement. »

Le célèbre chirurgien avait trop bien observé pour ne pas ouvrir les yeux à ses contemporains et aux cliniciens qui lui succédèrent : Hunter décrivit le chancre *huntérien*, admis ensuite par Babington, Carmichael, S. Cooper, et qui précédait nécessairement la vérole.

En 1852, un esprit éminent, un observateur sagace, reprit la question que le TRAITÉ DE L'INOCULATION de M. Ricord (1) avait un peu étouffée : M. Bassereau publia son remarquable TRAITÉ DES AFFECTIONS DE LA PEAU SYMPTOMATIQUES DE LA SYPHILIS (2). Il établit que la généralisation de la syphilis dans l'organisme est précédée d'un accident primitif spécial : le chancre induré. Il distingue le chancre induré du chancre mou : le premier se reproduit dans son espèce, et la confrontation de l'individu infecté avec la personne contaminée démontre que le porteur de chancre induré a pris son mal chez un sujet qui a eu un chancre induré et ses conséquences, c'est-à-dire la généralisation syphilitique.

M. Bassereau ne s'en tint pas là : il s'efforça de prouver, par des recherches historiques, que le chancre mou existait bien avant l'épidémie du XV^e siècle; qu'il était connu dans l'antiquité, et qu'aucune description ancienne ne se rapporte à la syphilis. Au contraire, dès 1500, on décrit l'ulcère induré et les accidents syphilitiques constitutionnels : il concluait donc que la vérole date de la fin du XV^e siècle, et que le chancre induré la précède le plus ordinairement. Après avoir, sur 170 observations d'érythème syphilitique, noté que la gé-

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes, recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation*. Paris, 1838, J. Rouvier et E. Le Bouvier.

(2) Paris, 1852, J.-B. Baillière.

l'admission des malades dans les hôpitaux, et en les soustrayant aux formalités actuelles, qui obligent une certaine catégorie d'aliénés à passer par la préfecture de police pour entrer dans les établissements hospitaliers; formalités blessantes, qui heurtent la délicatesse des familles en même temps qu'elles troublent parfois profondément et précipitent plus avant dans la déraison ceux qui en sont l'objet.

C'est cet asile clinique qui doit être le premier construit, et la commission s'occupe en ce moment même d'en déterminer l'emplacement. Ici se présente, comme on s'y attendait bien, une grave difficulté. Un établissement destiné spécialement à l'instruction des élèves ne doit pas être trop éloigné du quartier de l'École de médecine; un établissement qui sera consacré au traitement de l'aliénation mentale, qui devra contenir quatre ou cinq quartiers séparés *pour chaque sexe* agités, tranquilles et semi-tranquilles, gâteux, malades de l'infirmerie, où devront se trouver de vastes préaux et un sol réservé aux occupations agricoles; cet établissement doit occuper une grande surface de terrain. Or, on sait le prix énorme du terrain *intra-muros*. Le secrétaire de la commission, M. Girard de Cailleux, qui est, on le sait, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, a été chargé de faire à cet égard quelques recherches, et n'a rien trouvé, paraît-il, dans l'intérieur de Paris, qui fût propre à la destination voulue. On avait songé aux jardins de la Salpêtrière; mais ces jardins, dont le choix ramènerait un inconvénient qu'on s'est proposé d'éviter, à savoir le voisinage d'un hôpital, n'ont que 6 hectares de superficie, tandis qu'un asile de 600 malades en exigerait le double ou le triple. Les terrains qui entourent la maison municipale de santé ont été également visités dans le même but; mais outre que, ici encore, l'espace est insuffisant, peut-on songer à enfouir un établissement d'aliénés dans un quartier populeux, agité, rempli de fabriques et de métiers bruyants, et où d'ailleurs le prix du sol est déjà fort élevé ?

En présence de cette difficulté, la commission se trouve dans cette alternative : ou de réduire son asile clinique à de petites

néralisation de la syphilis avait été 157 fois précédée de chancres nettement indurés et 13 fois de chancres dont l'induration était douteuse (et encore 4 de ces derniers chancres étaient phagédéniques), M. Bassereau dit (*loc. cit.*, p. 139) : « On voit quelle énorme proportion forment ici les chancres indurés. Si leur prédominance est proportionnellement la même dans les autres syphilides, il faudra bien admettre *une étroite connexité* entre la forme *indurée* du chancre et *les accidents constitutionnels*, puisqu'il est certain, d'ailleurs, qu'il n'existe jamais d'induration dans les chancres à la suite desquels on n'observe pas d'accidents syphilitiques constitutionnels. »

C'était un élève de M. Ricord qui, à une époque de passion et d'enthousiasme, osa proclamer le contraire de ce qu'on professait à l'hôpital du Midi. Le célèbre annotateur de Hunter professait alors et imprimait que « l'induration de la base ou des bords du chancre n'a d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe, car des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui de la *production des accidents consécutifs*. » Ceci n'était pas une profession de foi dualiste, et, s'il fallait un grand courage pour ne pas se laisser entraîner par la parole éloquente du maître, il fallait une plus grande énergie encore pour déclarer à cette époque que le chancre inoculable par excellence, que le chancre mou, n'était jamais suivi d'accidents constitutionnels.

Depuis lors, M. Ricord s'est rattaché à cette école qui, disait-il, naissait de lui : le livre SUR LE CHANCRE (1) le prouve jusqu'à la 321ᵉ page. Le spirituel chirurgien du Midi dit : « Il faudrait admettre deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la vérole et développant le chancre simple. » Ceci est clair et net. Mais alors comment comprendre la phrase qui suit immédiatement p. 322 : « La dualité du virus chancreux n'est encore qu'*une hypothèse* que l'avenir *jugera*. L'unicité du virus syphilitique, croyez-le bien, est une vérité jugée par l'expérience et par le temps. »

Pour être juste, nous admirerons les développements et la forme élégante, séduisante, de ce livre SUR LE CHANCRE ; nous ferons à M. Fournier des compliments autant pour sa rédaction que pour ses recherches personnelles. Lui aussi a dû aider la conversion du maître, et la phrase de Barthélemy est une heureuse entrée en matière. Tout en regrettant l'endroit où M. Ricord a pris cette phrase devenue célèbre : « L'homme absurde est celui qui ne change jamais », félicitons M. Bassereau d'avoir bien observé et d'avoir su conclure, M. Fournier d'avoir aidé par ses recherches personnelles à la conversion du maître, et enfin M. Ricord de s'être converti... pendant 321 pages au moins.

(1) *Leçons sur le chancre*, par le docteur Ricord, rédigées et publiées par Al. Fournier, 2ᵉ édit. Paris, 1860, chez A. Delahaye.

M. Clerc, quoique élève de M. Ricord, n'a pas eu, comme M. Bassereau, le don de lui plaire. Pour le médecin de Saint-Lazare (1), il existe deux variétés distinctes de chancres syphilitiques dont l'une est le chancre induré et infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant, ou chancre simple (*loc. cit.*, p. 6).

Chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique. Le chancre simple ou non infectant est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle : il est l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine, d'où la dénomination de *chancroïde* proposée par M. Clerc.

De nombreuses objections ont été faites à cette manière de voir : comment regarder comme appartenant à la même famille deux accidents dont l'un, le chancre induré, est très rarement (le plus grand nombre des observateurs dit n'est jamais) inoculable au porteur, tandis que l'autre, le chancre mou, peut être inoculé des milliers de fois à l'individu qui en est atteint ?

Le chancre induré donne fatalement la vérole. M. Cullerier lui-même en convient, et il le déclare :

« Après le chancre induré, toujours la vérole ;

» Après le chancre mou et l'adénopathie multiple et indolente, souvent la vérole ;

» Après le chancre mou sans adénopathie, quelquefois la vérole. »

Enfin MM. Fournier (2) et Caby, après M. Ricord (3), Cullerier (4), Melchior Robert et Dron (5), ont vu des chancres mous provenant de sujets syphilitiques produire chez des sujets vierges de syphilis les symptômes d'une infection syphilitique constitutionnelle. Ces observations démontreraient au moins, contrairement à ce qu'avance M. Clerc, que le chancroïde peut produire la vérole et qu'il ne se transmet pas dans son espèce pathologique ; en un mot, qu'un chancroïde peut produire un chancre induré.

La voie ouverte par M. Bassereau a été fécondée par M. Rollet (de Lyon) et par les élèves de ce dernier. Tandis que, sous l'inspiration du maître, M. Chaballier (6) continuait les recherches historiques de M. Bassereau, M. Rollet résumait ses opinions en syphilis dans une remarquable brochure (7). Non-seulement cette brochure est un résumé clair, substantiel et

(1) *Du chancroïde syphilitique*, chez Labé, Paris, 1854. — et dans : *Réponse au rapport de M. Cullerier*, Paris, 1855, H. Plon ; — enfin dans la thèse de M. Blacheyre : *Diagnostic différentiel du chancre et du chancroïde*, Paris, 1855.

(2) *De la contagion du chancre*, Paris, 1857, chez A. Delahaye, p. 57-65.

(3) Leçons cliniques de 1858.

(4) Société de chirurgie, 1855.

(5) *Du double virus syphilitique*, par Achille Dron.

(6) *Thèses de Paris*, 1860 ; *Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes*.

(7) *De la pluralité des maladies vénériennes*. Paris, 1860, chez Savy.

---

proportions, en le plaçant dans Paris à la portée des élèves, ou de le reléguer plus ou moins loin, hors Paris, en avisant aux moyens d'y attirer néanmoins les élèves. C'est ce dernier parti que M. Girard a pris pour son compte et proposé de prendre à ses collègues, et il aurait voulu que l'administration acquît, à cette fin, le domaine d'Issy. Sur ce point, les opinions se sont très divisées dans la commission (1).

Le projet de fonder dans l'intérieur de Paris un asile restreint, contenant, par exemple, 200 à 250 malades, ainsi qu'on l'a proposé, est-il praticable ? Rien de plus simple au premier aspect. On réduit la population, avec elle le terrain et les constructions ; partant on paye moins cher. Mais on ne réfléchit pas que ce calcul est inconciliable avec les conditions d'un asile d'aliénés. Ce qui, dans un pareil établissement, dévore

(1) Quoique la question de la construction des asiles extérieurs soit moins avancée, M. Girard propose dès à présent d'acquérir et d'affecter à cette destination le domaine de la Ville-Évrard (à Neuilly-sur-Marne, arrondissement de Pontoise) et le domaine de Villegenis (arrondissement de Corbeil).

le terrain et multiplie les constructions, ce n'est pas précisément la nécessité d'y loger les malades ; c'est la nécessité de les classer, d'isoler les catégories, de ménager des moyens de distraction, des moyens de travail, des promenades, etc. Et toutes ces causes d'envahissement se doublent quand les deux sexes sont réunis, comme il le faudra bien dans un asile qui sera comme l'école d'instruction des aliénistes ; de sorte que, s'il est besoin de quatre catégories (au minimum), de quatre préaux, de quatre réfectoires, etc., pour tous les aliénés d'un sexe, il en faut huit pour les deux sexes. Les 3 ou 4 hectares proposés seraient donc tout à fait insuffisants. Il a été question encore, pour faciliter la création d'un asile restreint, de n'y garder les aliénés que le temps nécessaire pour servir à la démonstration, et de les diriger ensuite sur les asiles extérieurs ; mais l'étude complète de l'aliénation n'est possible qu'à la condition de suivre la maladie dans toutes ses phases, le traitement dans tous ses effets, et de scruter le cadavre comme le vivant. Pour notre part donc, nous regardons comme

Digitized by Google

concis, des opinions de l'auteur, mais encore c'est un livre remarquable par l'élégance de la forme, l'habileté d'exposition et la profondeur des vues. Je n'ai pas l'honneur de connaître M. Rollet, et l'on ne me fera pas le reproche de partialité lorsque je lui exprimerai tout le plaisir que ce travail m'a causé. Du reste, les recherches du chirurgien de l'Antiquaille sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche (1), nous avaient révélé le clinicien et l'observateur. Depuis, M. Rollet a publié (2) et fait publier par ses élèves des travaux si remarquables que c'est avec un sentiment de douleur que nous avons récemment entendu l'un de nos syphilographes les plus estimés comparer à un inventeur de préservatifs cette personnalité si distinguée de l'École de Lyon.

En science comme dans la basse-cour, il serait bon de séparer les cygnes des canards et d'envoyer ces derniers barboter dans la mare de la réclame.

Du reste, l'avenir décidera; mais, dès aujourd'hui, les esprits impartiaux ont jugé.

Dans l'ouvrage cité plus haut, M. Rollet sépare nettement le chancre mou du chancre induré; il a trouvé la pierre de touche pour reconnaître les deux sortes d'accidents : c'est l'auto-inoculabilité du chancre mou. On peut le reproduire des milliers de fois, non-seulement sur le malade lui-même, mais encore sur tout autre sujet, tandis que le chancre syphilitique non-seulement n'est pas inoculable à l'individu qui le porte, mais ne saurait être inoculé à aucun sujet syphilitique, à quelque période de la maladie, primitive, secondaire ou tertiaire, que se trouve ce sujet.

Le chancre simple n'a pas d'incubation. Le chancre syphilitique a une incubation dont le minimum, d'après les faits connus, a été de 9 jours, le maximum de 42 jours, la moyenne de 25 jours (3).

Le chancre simple, d'après M. Rollet (*loc. cit.*, p. 26, 27), se présente généralement sous la forme d'une ulcération assez profonde intéressant toute l'épaisseur du tégument, ulcération à *fond grisâtre et pultacé*, à bords taillés à pic, et plus ou moins déchiquetés, décollés, déchaussés, donnant naissance à une suppuration abondante et sanieuse. Ce chancre est presque toujours souple à sa base; il est quelquefois dur, mais par le fait d'un engorgement inflammatoire, sans élasticité.

Le chancre syphilitique se présente, au contraire, sous la forme d'une ulcération généralement superficielle, n'intéressant dans les neuf dixièmes des cas que la surface du tégument : ulcération à surface rouge cuivreux, chair de jambon, ou même rouge vineux, à bords inclinés, se raccordant avec le fond, et le plus souvent continus et de niveau avec lui, donnant naissance à une suppuration peu abondante, laquelle a une grande tendance à se concréter et à former, soit une pellicule blanche, mince, comme couenneuse, soit une véritable croûte.

Le chancre syphilitique repose sur une base dure, élastique, donnant la sensation d'une feuille de parchemin ou d'une rondelle de caoutchouc, d'un morceau de fibro-cartilage ou même de cartilage : c'est l'induration parcheminée, élastique, chondroïde, existant généralement chez l'homme, et manquant quelquefois chez la femme.

Le chancre simple s'accompagne ordinairement d'adénite inflammatoire, de bubon uni-latéral n'atteignant, en général, qu'un seul ganglion, celui auquel se rendent les lymphatiques de la partie où siége le chancre mou; le ganglion suppure, et un abcès se forme et s'ouvre; le pus qu'il produit est inoculable au malade lui-même; le chancre s'étend au bubon, dont les parois sont grisâtres, anfractueuses, à bords déchiquetés et taillés à pic.

L'adénite qui accompagne le chancre syphilitique est bilatérale, et dans chaque aine il y a habituellement plusieurs ganglions simultanément affectés; dans le nombre, il y en a toujours un plus développé que les autres, dur, mobile, peu ou point douloureux, n'acquérant pas de grandes dimensions, et, à moins de complications, ne suppurant jamais.

Des confrontations très nombreuses portant sur des centaines de malades (1) ont montré que le chancre simple provient toujours et uniquement du chancre simple; que, de son côté, le chancre syphilitique provient toujours et uniquement du chancre syphilitique.

Enfin les deux chancres diffèrent encore au point de vue de la nature du traitement qui les guérit; pour le chancre simple, affection locale, il suffit d'une cautérisation locale bien faite; cela est vrai, même dans le cas où le phagédénisme (sur lequel nous reviendrons tout à l'heure) s'empare du chancre simple.

M. Rollet l'a démontré par les observations contenues dans la thèse inaugurale de M. Debeauge et par un travail tout spécial (2). Quand on a entièrement détruit le chancre, on n'a plus qu'une plaie simple, non inoculable.

Mais le chancre syphilitique n'est qu'aggravé par les moyens locaux. C'est le signe d'une infection générale. La vérole est

(1) *Archives générales de médecine*, février, mars, avril 1859.

(2) *Recherches expérimentales et cliniques sur la syphilis*, Paris, 1862, chez Savy.

(3) M. Guyenot, élève de M. Rollet, a rassemblé les cas les plus authentiques d'inoculation réussie, soit en France, soit à l'étranger, dans sa thèse soutenue en 1859, à Paris, et ayant pour titre : *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle.*

(1) Voy. Bassereau, *Ouvrage cité*, et A. Diron, ancien interne de l'Antiquaille (*Thèses de Paris*, 1859).

(2) *Note sur la destruction du chancre phagédénique serpigineux par la cautérisation actuelle*, par M. Rollet (*Annuaire de la syphilis*, Paris, 1859, chez J.-B. Baillière et fils, et Lyon, chez Mégret, p. 117).

extrêmement difficile, comme impossible même, à moins de sacrifices énormes, d'instituer dans Paris un asile qui réponde tout ensemble aux conditions de bonne installation et de bonne hygiène que la science reconnaît comme nécessaires, et aux besoins d'un large enseignement.

Reste le transport de l'asile hors de Paris. Dans cette combinaison la lutte est établie surtout entre la ferme Sainte-Anne (près Bicêtre) et le domaine d'Issy. Disons d'abord que, bien que la ferme Sainte-Anne soit plus rapprochée de Paris que le domaine d'Issy, les élèves ne feront pas plus de difficulté, sans doute, de se rendre à l'un qu'à l'autre, pourvu qu'ils trouvent aisément des moyens de transport. Dans aucun cas ils ne feront le chemin à pied chaque matin, et s'ils ont à leur disposition une voiture ou un chemin de fer, une différence de 3 ou 4 kilomètres leur importera peu. Notez que cette excursion quotidienne ou du moins très fréquente ne sera guère entreprise que par des élèves jaloux de grossir la pépinière des médecins d'asile, et fort intéressés, dès lors, à sacrifier leur temps et leurs peines. Il n'y a pas ici à arguer de la répugnance que montrent les internes et les élèves bénévoles pour les hôpitaux excentriques; cette répugnance est naturelle du moment que d'autres hôpitaux, placés au centre de la ville, leur offrent des moyens égaux et même supérieurs d'instruction. Mais cela n'empêche pas que, pour aller recueillir un enseignement spécial, ils n'affluent souvent dans des hôpitaux très éloignés, et l'on n'a pas vu chômer la clinique de Ferrus à Bicêtre, de M. Falret et de M. Baillarger à la Salpêtrière. Si donc, encore une fois, des moyens de transport peuvent être offerts aux élèves, il importera peu que l'asile soit un peu plus ou un peu moins distant de Paris, surtout quand la plus grande distance ne dépasse pas 6 kilomètres et demi, qui est celle du domaine d'Issy aux tours Notre-Dame. En ce moment, il n'est guère plus long d'aller à Issy qu'à Sainte-Anne, parce que le chemin de fer de l'Ouest mène à la première localité, et qu'on n'arrive à la seconde que par une voiture publique. Mais il y aurait quelque chose de mieux, qui a été proposé à la com-

Digitized by Google

faite quand l'induration existe : le chancre mou, détruit sur place, guérit, si la destruction porte sur toutes les parties affectées. Il n'en est pas de même pour le chancre syphilitique. J.-L. Petit, suivant l'exemple d'un de ses maîtres, M. de Corbis, avait, dans le début de sa pratique, commencé par exciser les chancres préputiaux indurés de ses malades; jamais il ne réussit à arrêter la vérole, il fut forcé de renoncer à ce procédé.

Depuis, la cautérisation du chancre syphilitique a été regardée comme une mauvaise méthode de traitement, et M. Diday a publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (1er mars 1858) et dans l'ANNUAIRE DE LA SYPHILIS (p. 134) des faits qui prouvent l'insuffisance de la destruction de l'ulcère primitif infectant comme moyen de prévenir la syphilis constitutionnelle.

Pour combattre le chancre syphilitique, il faut des moyens généraux : le protoiodure de mercure, qui réussit à atténuer les effets de la syphilis constitutionnelle, n'a aucune action favorable sur le chancre mou.

Cette comparaison des deux chancres conduit M. Rollet à les séparer l'un de l'autre. Les premiers témoins de l'épidémie du XVe siècle ne confondaient pas la terrible maladie qu'ils ont si bien décrite, qui les a si fort étonnés; ils posaient le diagnostic entre la *caries gallica* et la *caries non gallica*, et ne confondaient pas les ulcérations syphilitiques avec la blennorrhagie ou le chancre mou. Mais, plus tard, Brassavole et N. Massa réunirent toutes les affections vénériennes (blennorrhagie, chancres mous, syphilis), sous le même nom : vérole.

La cause de cette erreur tient à ce que toutes ces maladies peuvent exister simultanément sur le même individu.

Il peut se faire qu'après un coït infectant un malade s'aperçoive, au bout de deux jours, d'un chancre mou; au bout de huit jours, d'une blennorrhagie; au bout de trois semaines, d'un chancre induré.

Quoi de plus naturel que d'attribuer au symptôme qui s'est manifesté le premier les effets qui se produisent consécutivement?

Ici encore M. Rollet et M. Laroyenne (1), son élève, viennent nous aider à débrouiller bien des faits qui seraient restés inexplicables sans leurs expériences.

Un malade est atteint de chancre syphilitique bien net, bien induré, accompagné de la pléiade ganglionnaire roulante, dure, multiple, indolente. Si vous essayez d'inoculer sur la cuisse de ce malade le pus de son chancre, ce pus ne prendra pas, ne produira pas de pustule. Le chancre syphilitique n'est pas auto-inoculable.

Un second malade non syphilitique possède des ulcérations molles, accompagnées d'adénite inflammatoire, d'un seul bubon douloureux, volumineux. Vous prenez du pus de son chancre, vous l'inoculez à sa cuisse, dès le lendemain vous avez un point inoculé, une vésico-pustule qui augmente, se rompt, et vous montre l'ulcération du chancre mou. Le chancre mou est auto-inoculable.

Prenez le pus du chancre mou de votre second malade, et portez-le sur le chancre syphilitique du premier sujet, au bout de deux jours le chancre syphilitique sera modifié dans sa forme, l'adénopathie ne sera plus dure et indolente, le premier ganglion sera douloureux et plus volumineux. Le pus du chancre syphilitique transformé en chancre *mixte* (Rollet) sera auto-inoculable, et cela pendant trois semaines, un mois et plus.

J'ai répété ces expériences à Lourcine, et j'ai lu à la Société médicale d'observation la relation d'un fait qui m'a démontré la vérité de ce qu'avançaient MM. Rollet et Laroyenne. M. Melchior Robert, dans son remarquable TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, admet aussi ce fait qu'il suffit d'expérimenter pour le vérifier. Du reste, le chancre mou prend sur tous les tissus normaux et pathologiques; on peut l'inoculer avec succès sur le cancer, sur l'enchondrome, sur le lipome, etc., etc.

Ceci nous conduit au fameux chancre céphalique, si bien étudié par M. Alfred Fournier (1) : aux dualistes, qui battaient en brèche la vieille doctrine de l'unicité, muette depuis Hunter, les unicistes répondirent : l'on méconnaît l'influence que peuvent exercer sur le chancre les prédispositions individuelles et les conditions locales, et cependant cette influence est incontestable. Telle condition *de siége*, par exemple, imprime au chancre un caractère constant : ainsi les chancres des lèvres, de la langue, de la face, en général, se présentent toujours sous la forme indurée, prélude de l'infection constitutionnelle. *Le chancre céphalique est toujours infectant.*

M. Alfred Fournier, outre ses recherches personnelles au Midi et à Saint-Lazare, s'appuie sur l'école du Midi, qui est unanime sur ce point. Les chancres qui se développent sur la face et sur les muqueuses des cavités qui en dépendent (bouche, fosses nasales), comme peut-être aussi *les chancres que bien* plus rarement on rencontre sur le crâne, paraissent appartenir comme fatalement à une espèce unique, l'espèce indurée, et donner lieu invariablement à la vérole constitutionnelle.

L'école de Lyon, divers docteurs de Paris étaient d'accord à cet égard ; jamais ils n'avaient observé à la face de chancre mou. M. Fournier concluait donc (*loc. cit.*, p. 46) :

1° Les chancres que l'on rencontre sur la face semblent appartenir, comme fatalement, à l'espèce indurée. Le chancre simple de la face, si tant est qu'il existe, est extrêmement rare et véritablement exceptionnel.

2° Le caractère univoque du chancre facial ne saurait être

(1) *Études expérimentales sur le chancre*, par M. Laroyenne, ex-interne de l'Antiquaille; *Annuaire de la syphilis*, p. 235.

(1) *Étude sur le chancre céphalique*, par A. Fournier. Paris, A. Delahaye, 1858, p. 7.

---

mission par M. Girard, ce serait d'imiter Strasbourg, qui, en reportant son dépôt d'aliénés à Stephansfeld, à près de 12 kilomètres de la ville, *a créé un service gratuit d'omnibus pour les élèves*. Un omnibus de ce genre qui stationnerait à Paris, dans le quartier des Écoles, *ne faisant qu'un service par jour*, d'une ou de deux voitures seulement, entraînerait une dépense si minime en présence de la vaste entreprise de réforme dans laquelle s'engage l'administration, en présence de l'énorme écart qui existe entre la valeur des terrains dans Paris et leur valeur dans la banlieue, que nous ne concevrions pas qu'on s'y arrêtât sérieusement.

Cela posé, il n'y a plus qu'à voir lequel des deux emplacements, ou de la ferme Sainte-Anne ou du domaine d'Issy, est préférable pour l'installation de l'asile clinique. Nous n'avons pas visité le domaine d'Issy; nous ne connaissons que médiocrement la ferme Sainte-Anne. Nous savons seulement que le domaine d'Issy, d'une vaste étendue, a la réputation d'être riche en sources, en beaux arbres, en riantes perspectives, et qu'il porte un château dont on pourrait sans doute tirer parti dans la circonstance. Nous savons aussi que le terrain de la ferme Sainte-Anne, d'une superficie de 12 hectares seulement, est dépourvu d'eau et d'ombrages, et que le sol en a été fouillé çà et là pour le travail des carrières. Mais nous ne sommes pas en mesure, sur la question d'option entre les deux propriétés, d'émettre un avis motivé. Il serait possible d'ailleurs que la ferme Sainte-Anne, insuffisante aujourd'hui, devînt, par des acquisitions nouvelles et de nouvelles appropriations, un terrain convenable pour l'installation de l'asile. Nous ne pensons pas du reste que l'administration ait pris encore un parti définitif.

A. DECHAMBRE.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se fonder à Chambéry pour les médecins du département de la Savoie.

Digitized by Google

attribué à une transformation *in situ* subie par le chancre simple sous une influence de région ou de tissu; une semblable modification, hypothétique en principe, est démentie par l'observation et par les résultats des recherches les plus récentes sur la transmission du chancre.

3° Si le chancre induré est la seule espèce de l'accident primitif que l'on observe sur la face, cela ne tient probablement qu'à la condition d'une immunité spéciale de cette région contre l'autre espèce : en d'autres termes, le chancre simple ne se rencontre pas sur la face, parce qu'il ne peut y germer, parce qu'il n'y a pas accès.

4° En dernier lieu, cette hypothèse d'une immunité locale semble légitimée par l'inaptitude analogue de certaines régions à contracter différents états morbides.

Ce que la contagion ne fait pas, l'expérimentation seule le produisit; quelques mois après le travail de M. Fournier, l'inoculation força la porte, suivant l'expression pittoresque de M. Diday. M. Nadau des Islets, dans une thèse remarquable intitulée : *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique, au point de vue de la distinction à établir entre les deux virus chancreux*, etc. (1), arriva aux conclusions suivantes : les inoculations faites sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique, avec du pus de chancre induré fourni par le sujet inoculé, ont toujours donné des résultats négatifs, à la tête comme au flanc (12 observations). Les résultats sont les mêmes quand le pus de chancre syphilitique a été pris chez d'autres sujets (3 observations).

Les inoculations faites sur des sujets en puissance de la diathèse syphilitique, avec du pus de chancre mou fourni par le sujet inoculé, ont donné des résultats positifs à la tête comme aux flancs (2 observations). Les résultats sont les mêmes quand le pus de chancre mou a été pris sur un autre sujet (4 observations).

Enfin (et ceci tranche la question du chancre céphalique) les inoculations faites sur des sujets vierges de toute affection antérieure, avec du pus de chancre mou recueilli sur eux-mêmes, ont donné des résultats positifs *à la tête* comme au flanc.

M. Nadau a inoculé le chancre mou à la région sous-mentonnière (obs. XIII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV), au menton (obs. XXV, XXVI, XXVII, XXVIII), à l'apophyse mastoïde (obs. XXIX), à la région mastoïdienne (obs. XIV, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII), à la région sincipitale (obs. XXXIV). Tout en concédant, d'un côté, que la tête semble un terrain mal approprié au développement du chancre mou, tout en admettant que les dimensions de l'ulcération molle sont moins considérables à la région céphalique que sur le reste du corps, que la marche de l'ulcération vénérienne est plus rapide et sa cicatrisation plus prompte, il reste démontré que le pus du chancre mou s'inocule dans tous les points du corps.

Depuis lors, divers travaux sont venus prouver la vérité de ce fait. (M. Buzenet (2), élève de M. Ricord, publia dans sa thèse six inoculations *du chancre simple sur les lèvres*, pratiquées par un syphilographe éminent, M. Bassereau. Dans six cas, l'inoculation produisit des *chancres simples*.) M. Rollet (3) (de Lyon), avait déjà, en 1857, inoculé à un vieillard cancéreux un chancre simple (*Gazette médicale de Lyon*, 31 décembre 1857) à l'apophyse mastoïde. Puis, enfin, M. de Hubbenet (4) (de Kiew) et M. Melchior Robert (*loc. cit.*, p. 380) démontrèrent la possibilité d'inoculer le chancre mou à la joue, à la tempe, à la lèvre inférieure, aux narines.

Cependant, quoique l'expérimentation ait démontré la possibilité du développement du chancre mou à la face, c'est presque toujours le chancre infectant qu'on y observe, et ce chancre syphilitique est proportionnellement rare, si on le compare aux chancres indurés des organes génitaux. La raison de ce fait, M. Rollet nous la donne dans son mémoire sur la contagion de la syphilis secondaire (1). Après avoir démontré la contagionabilité des accidents secondaires, après avoir établi que le foyer de la syphilis secondaire est la bouche, M. Rollet s'écrie (*loc. cit.*, p. 40-41) : « Oui, s'il y avait entre individus, de la bouche à un autre organe déterminé, des rapports physiologiques normaux fréquents, intimes, comparables à l'acte génésique, on verrait la syphilis s'engendrer dans ces rapports avec une fécondité qui aurait depuis longtemps dessillé tous les yeux. Rien de semblable ne s'observe chez l'adulte : aussi toutes les contagions par la bouche ne se montrent chez lui qu'à l'état de faits relativement peu nombreux. Il n'en est pas de même chez le nouveau-né; il y a, en effet, de la bouche de celui-ci aux mamelles de la nourrice, des contacts aussi répétés, aussi intimes qu'entre les organes génitaux des deux sexes, etc. Après avoir, par plusieurs observations, prouvé que la vérole résultant de la contagion secondaire débute par un chancre induré, M. Rollet a fourni d'excellentes raisons pour expliquer : 1° la rareté du chancre mou à la face; 2° le peu de fréquence du chancre induré sur le visage des adultes.

Mais arrivons aux défenseurs de l'unicité.

P. Picard.

(*La suite prochainement.*)

III

REVUE CLINIQUE

SUR UN CAS D'ATROPHIE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES RACINES POSTÉRIEURES (*Ataxie locomotrice progressive*).

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a, comme on le sait, appelé l'attention des médecins sur un trouble particulier de la motilité caractérisé par une désharmonie des mouvements volontaires coïncidant avec l'intégrité de la puissance individuelle des muscles : ce trouble, observé d'ordinaire d'une façon prédominante dans les membres inférieurs et confondu auparavant dans le groupe des paraplégies, il le nomme *ataxie locomotrice*. De plus, ayant été conduit à penser que cette perturbation du mouvement n'est que le phénomène le plus saillant d'un état morbide offrant une marche assez uniforme et un enchaînement de symptômes presque constant, tendant à se généraliser et enfin se terminant presque toujours par la mort après une durée plus ou moins longue, il vit là une maladie spéciale, très distincte des autres maladies jusqu'alors connues du système nerveux, et la désigna sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive* (2). M. le professeur Trousseau, en prêtant aux idées de M. Duchenne l'autorité incontestée de sa parole (3), a contribué à les faire accepter d'un grand nombre de cliniciens.

Lors de la publication de son mémoire, M. Duchenne (de Boulogne) ne connaissait qu'une nécropsie relative à la maladie qu'il décrivait, et dans cette nécropsie, faite sur un sujet mort à l'hôpital de la Charité chez M. Nonat, toutes les parties du système nerveux avaient paru saines. Aussi M. le professeur Trousseau, qui considère l'ataxie locomotrice progressive comme une névrose, avait-il vu dans le résultat de cette nécropsie un argument en faveur de son opinion. Depuis lors, les choses ont bien changé de face : M. le docteur Bourdon, le

(1) *Thèses de Paris*, 1858, n° 284.
(2) *Du chancre de la bouche : son diagnostic différentiel*, thèses de Paris, 1858.
(3) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, par M. Melchior Robert. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1861.
(4) *Beobachtung und Experiment in der Syphilis*. Leipzig, 1850.

(1) *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche*, par J. Rollet. Paris, Bignoux, 1859.
(2) *Archives générales de médecine*, décembre 1858, janvier, février, avril 1859. *De l'ataxie locomotrice progressive, recherches sur une maladie caractérisée spécialement par des troubles généraux de la coordination des mouvements.*
(3) *Union médicale* (*Leçons cliniques sur l'ataxie locomotrice progressive*, 1861, 26 janvier, 2 février et 13 février).

Digitized by Google

28 août 1861, communiqua à la Société des hôpitaux (1) un fait d'ataxie locomotrice progressive dans lequel l'autopsie avait révélé l'existence d'une altération profonde des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines postérieures. Cette altération, étudiée à l'aide du microscope par M. le docteur Luys, consistait essentiellement en une atrophie des tubes nerveux. Cette année, M. le docteur Duménil a publié dans l'Union médicale (2) une observation où l'autopsie, faite avec le plus grand soin, a montré également une altération des cordons postérieurs de la moelle et des racines postérieures. Tout récemment, M. le docteur Oulmont vient de lire à la Société des hôpitaux (3) la relation d'un cas du même genre, et M. le docteur Luys, qui a examiné les faisceaux postérieurs et les racines postérieures, a reconnu une altération très analogue à celle qu'il avait constatée dans le cas de M. Bourdon. Enfin, dans le dernier numéro des Archives générales de médecine (avril 1862), M. Bourdon a publié un second mémoire dans lequel il rapproche des observations récentes celles qu'il a empruntées à divers auteurs, et où l'on retrouve les traits caractéristiques de la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne) : il réunit ainsi un total de treize cas suivis d'autopsie, et dans lesquels on a constaté invariablement une dégénérescence grisâtre des cordons postérieurs de la moelle, étendue presque toujours aux racines postérieures.

L'histoire de l'ataxie locomotrice progressive entre ainsi dans une phase nouvelle, et elle paraît exciter de plus en plus vivement l'intérêt. En même temps que les recherches nécroscopiques se poursuivent, on aborde de nouveau les questions relatives à la nature de l'affection et à la signification nosographique qu'il faut lui reconnaître. Dans cette voie, outre les auteurs que nous venons de citer, nous rencontrons M. le docteur Teissier (de Lyon) (4), M. le docteur Jaccoud (5), M. le docteur Dujardin-Beaumetz (6) et quelques autres. Comme tous les problèmes que soulève, sous ces divers rapports, l'étude de l'ataxie locomotrice sont loin encore d'avoir reçu leur solution définitive, comme le nombre des cas dans lesquels l'examen nécroscopique et surtout microscopique de la moelle a été pratiqué est encore très restreint, nous croyons devoir faire connaître un cas que nous venons d'observer à l'hospice de la Vieillesse (femmes), et dans lequel les faisceaux postérieurs de la moelle épinière et les racines postérieures des nerfs rachidiens ont offert des lésions semblables à celles qu'ont signalées MM. Bourdon et Luys.

Obs. — La nommée P..., âgée de quarante deux ans, célibataire, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 27 avril 1861 ; elle a été admise à l'infirmerie, salle Saint-Jacques, n° 4, le 6 juillet 1861.

Cette femme, d'une constitution faible, et présentant les attributs du tempérament lymphatique, paraît n'avoir jamais eu une forte santé. Elle ne peut donner que des renseignements assez vagues concernant sa famille ; elle sait seulement que sa mère a été atteinte à trois reprises d'attaques d'hémiplégie, et qu'elle a succombé à la suite de la dernière de ces attaques.

P... a été réglée à l'âge de treize ans et demi, et elle a éprouvé à cette époque de fréquents maux de tête qui ont persisté jusqu'à l'âge de vingt-deux ou vingt-trois ans; la menstruation n'a d'ailleurs jamais été bien régulière. Elle avoue avoir, à l'âge de vingt-deux ans, contracté un chancre qui n'aurait pas duré plus d'une quinzaine de jours. Peu de temps après elle aurait éprouvé un mal de gorge qui aurait duré six semaines ; et cinq ans après elle aurait remarqué sur ses épaules des taches qu'elle désigne sous le nom de dartres.

En 1849, après avoir habité pendant six semaines une chambre très humide, où elle souffrait constamment du froid aux pieds, P... éprouva dans plusieurs parties du corps des douleurs vives, revenant irrégulièrement, et qui, siégeant plus particulièrement dans le dos, s'irradiaient dans le sein gauche. Jamais elle n'a éprouvé de douleurs articulaires. Ces douleurs auraient été désignées par le médecin alors consulté sous le nom de rhumatisme nerveux.

Vers la même époque, vifs chagrins, puis fatigues excessives et prolongées à l'occasion de la maladie d'une personne auprès de laquelle P... était placée comme garde-malade. Elle éprouva alors un affaiblissement de la vue qui persista pendant trois mois, mais qui disparut sans laisser de traces.

En 1851, P... contracte une pleurésie du côté droit. Pendant le cours de cette affection, les troubles de la vision reparaissent plus intenses que la première fois. Elle voyait, dans les premiers temps, les objets colorés en vert, en jaune ; l'œil gauche fut atteint le premier ; elle y éprouva pendant longtemps une sensation de corps étrangers fort pénible. La vue y baissa graduellement : cet œil était complétement perdu en 1852. Dans l'œil droit la vue a commencé à s'affaiblir quelques mois après le début de l'amaurose de l'œil gauche ; en 1855, elle y était complétement abolie. En somme, depuis 1855 P... est complétement aveugle.

En 1857, elle fut admise dans l'établissement des incurables de Villers-Cotterets. Pendant les trois premières années de son séjour dans cet établissement, elle se porta relativement assez bien ; seulement elle éprouvait fréquemment des douleurs intercostales, des accès de cardialgie, et même parfois des lipothymies.

C'est au commencement de 1860 seulement que la faiblesse des membres inférieurs s'est déclarée pour la première fois. La malade dépeint les sensations qu'elle éprouva alors en disant que ses jambes lui paraissaient légères, qu'il lui semblait avoir les jambes d'un enfant. En même temps elle éprouvait dans les jambes et dans les pieds surtout un sentiment de froid très pénible et des engourdissements. Au bout de peu de temps, la marche devint très difficile, à peu près impossible même, sans l'aide d'une autre personne. P... ne pouvait pas marcher lentement, il lui fallait toujours presser le pas ; souvent les jambes, et principalement la gauche, qui lui a toujours paru être la plus faible, se projetaient involontairement, soit en dehors, soit en dedans, et venaient s'embarrasser dans celles des personnes qui lui servaient de soutien. Au bout de deux ou trois mois de cet état, les pieds et les articulations des cous-de-pieds devinrent, paraît-il, tout à coup rouges et tuméfiées ; en même temps il se manifesta une fièvre assez intense ; il survint aussi une douleur en ceinture occupant la base de la poitrine, et des fourmillements dans les membres inférieurs plus prononcés à gauche qu'à droite. A la suite de cet état aigu, qui persista pendant cinq ou six jours, la paralysie devint complète, et resta telle pendant deux mois environ ; puis, à la suite d'applications successives de vésicatoires et de cautères le long de la colonne vertébrale, il y eut une amélioration assez prononcée pour que la malade pût, sinon marcher, du moins faire quelques pas, et se traîner, par exemple, de lit en lit dans les salles de l'hospice.

En juillet 1860, elle est conduite à l'Hôtel-Dieu de Paris dans l'état qui vient d'être décrit. Au bout de deux mois de séjour dans cet hôpital, la paralysie était redevenue de nouveau complète, c'est-à-dire que la station et la marche étaient tout à fait impossibles. Dix mois après, considérée comme incurable, P... était dirigée sur l'hospice de la Salpêtrière, où elle fut admise en avril 1861.

Depuis son admission à l'hospice de la Salpêtrière, sa santé s'est profondément altérée ; il y a eu un amaigrissement rapide ; une toux habituelle s'est déclarée ; jamais il n'y a eu d'hémoptysies.

État de la malade en janvier 1862. — Amaigrissement très prononcé, et portant principalement sur les membres inférieurs, les jambes surtout, qui sont comme atrophiées, en même temps que les muscles y présentent une flaccidité remarquable. Pâleur des téguments. La physionomie porte l'expression de la souffrance.

Strabisme divergent portant principalement sur l'œil gauche, et qui paraît tenir à une faiblesse du muscle droit interne correspondant. La cécité est complète, absolue. L'examen ophthalmoscopique fait avec l'aide de M. le docteur Herschell a donné les résultats suivants : atrophie très prononcée des papilles optiques, et marquée surtout 1° par une diminution de volume des gros vaisseaux, et en particulier des artères ; 2° par une disparition à peu près complète des vaisseaux capillaires ; 3° par la coloration d'un blanc nacré de la papille. La rétine n'a paru présenter aucune altération appréciable. On constate en même temps une perte complète de la vision quantitative dans les deux yeux.

L'examen de la poitrine a donné les résultats suivants : craquements humides, volumineux, et matité très prononcée sous la clavicule droite ; il y a une toux très fatigante, principalement la nuit ; des douleurs entre les deux épaules, et qui se répandent dans le bras droit ; la bouche est habituellement pâteuse ; il y a peu d'appétit, et souvent des rapports nidoreux ; constipation habituelle.

La paraplégie paraît complète en ce sens que la malade ne peut faire exécuter à ses membres inférieurs aucun mouvement d'ensemble lui per-

(1) *Archives générales de médecine*, novembre 1861, *Études cliniques et histologiques sur l'ataxie locomotrice progressive*.

(2) *Union médicale*, 11 février 1862, *Note sur la dégénérescence, avec atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et ses rapports avec l'ataxie locomotrice progressive*.

(3) *Union médicale*, 8 avril 1862, *Observation d'ataxie locomotrice*.

(4) *De l'ataxie musculaire*, Paris, in-8.

(5) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, n° 8.

(6) *De l'ataxie locomotrice*, thèses de Paris, février 1862.

Digitized by Google

mettant, par exemple, de se déplacer dans son lit; mais, examinés séparément, ces membres, bien que fort grêles, paraissent cependant avoir conservé une bonne partie de leur force musculaire. Ainsi P... peut fléchir fortement les cuisses sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, et lorsqu'elle a pris cette attitude, il devient à peu près impossible, pour peu qu'elle s'y oppose, de ramener de force le membre inférieur à l'extension. Si l'on enjoint ensuite à la malade d'étendre brusquement le membre inférieur préalablement fléchi, et de le diriger, soit à droite, soit à gauche, soit en avant, comme pour donner un coup de pied dans la direction indiquée, elle exécute ces mouvements avec énergie; mais elle le fait d'une manière saccadée, en plusieurs temps, pour ainsi dire, sans précision et sans mesure. En somme, on ne peut lui faire produire que des mouvements extrêmes; elle ne sait point prendre les attitudes moyennes, et dépasse toujours de beaucoup le but qu'elle se propose d'atteindre. Un sentiment de fatigue excessive et très rapidement survenue est le résultat constant de toutes ces tentatives.

Portée hors de son lit et placée sur une chaise, P... peut conserver, mais non sans fatigue, la position assise. On essaye ensuite de la placer dans la situation verticale en la faisant soutenir par deux aides. Mais on observe alors que ses membres inférieurs sont tout à fait incapables de la soutenir. Ceux-ci sont, en effet, mous et pendants; et si la malade essaye de les mouvoir pour marcher, ils sont pris de mouvements mal dirigés; l'un d'eux se fléchit, tandis que l'autre s'étend; celui-ci se porte fortement en avant, tandis que l'autre se dirige invinciblement en dehors. En un mot, toute coordination, même imparfaite, est impossible.

Dans l'état habituel, la malade étant au lit, ses membres inférieurs sont habituellement étendus, sans roideur, sans contracture; si on les soulève, ils retombent inertes, comme s'ils étaient complétement paralysés. De temps à autre, ils sont pris de mouvements involontaires, se fléchissent successivement et s'étendent brusquement, ou bien il y survient des soubresauts. Ces agitations convulsives étaient accompagnées de douleurs musculaires et de sensations de crampes. Lorsque l'on saisissait les masses musculaires des diverses régions d'un membre inférieur et qu'on exécutait une sorte de massage, on déterminait une contraction tonique, douloureuse, de ces muscles, qui durait plusieurs secondes.

Les membres supérieurs paraissent avoir conservé toute la liberté et toute la précision de leurs mouvements.

La sensibilité dans les membres inférieurs, seules parties où elle ait été explorée avec soin, présente des modifications remarquables. Aux jambes et aux pieds, la malade perçoit bien les excitations, les contacts, mais elle n'a pas la conscience des objets à l'aide desquels ces excitations sont produites, non plus que du degré de l'excitation. En général, pour une excitation même très modérée, un léger pincement de la peau par exemple, elle éprouve une douleur vive. Elle ne pouvait supporter sur les jambes le contact de la laine qui, à son dire, lui causait une sensation de chatouillement et de picotement très pénible. Il ne nous a pas paru qu'il y eût retard dans la transmission des impressions. La sensation du chaud et du froid est conservée et même exaltée. Ainsi, P... ne peut endurer une boule d'eau chaude placée à ses pieds, parce que cela lui cause, dit-elle, une sensation intolérable. Cependant elle éprouve habituellement aux jambes et aux pieds un sentiment de froid très pénible.

En outre de cette sensation de froid, qui ne s'accompagne pas d'un abaissement de température appréciable, P... éprouve encore dans les jambes et dans les pieds, en dehors de toute excitation, des fourmillements, des inquiétudes, des élancements accompagnés de soubresauts, un sentiment très prononcé de fatigue à la suite des moindres mouvements. Elle dit souvent que ses jambes lui paraissent légères. Aux cuisses, les troubles de la sensibilité sont moins prononcés; ils cessent à peu près complétement au voisinage de l'origine du membre.

La notion de position nous a paru persister assez nette. La malade pouvait rendre compte des diverses attitudes qu'on imprimait à ses membres inférieurs; elle indiquait avec assez de précision les points sur lesquels les excitations étaient portées. Nous devons dire toutefois que sous ce rapport l'examen est resté incomplet.

Vers le commencement du mois de mars, P... se plaint pour la première fois d'éprouver de la douleur en urinant. Elle urine difficilement et goutte à goutte. Les urines rendues sont troubles et contiennent, au moment même de l'émission, un dépôt blanc, opaque, glaireux, très abondant. A l'examen microscopique, ce dépôt parait composé surtout : 1° de masses opaques, amorphes, volumineuses, qui, traitées par l'acide acétique, se dissolvent lentement et laissent à leur place des cristaux rhomboédriques d'acide urique; 2° de cristaux très nombreux, très volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien; 3° le dépôt contient encore de nombreux globules de pus, des cellules épithéliales de la vessie et quelques globules rouges du sang. Examinées les jours suivants au moment de l'émission, ou extraites à l'aide de la sonde, les urines ont constamment présenté une réaction fortement alcaline.

A partir du 21 mars, la constipation habituelle fait place à une diarrhée incoercible. La malade va sous elle; elle urine aussi dans son lit. Des excoriations se manifestent au siége. L'amaigrissement fait des progrès rapides; la toux est presque incessante, surtout la nuit. L'inappétence est complète. Il y a des vomissements, des vomituritions. La prostration et la faiblesse deviennent extrêmes. Il se produit de l'œdème aux membres inférieurs. La terminaison fatale survient le 7 avril 1862 à dix heures du matin.

EXAMEN NÉCROSCOPIQUE FAIT LE 8 AVRIL 1862. — *Thorax.* — Le lobe supérieur du poumon droit est, dans toute son étendue, farci de tubercules volumineux. Il y a au sommet quelques excavations. Le poumon gauche contient aussi au sommet des tubercules, mais en quantité moindre. Le cœur et les vaisseaux qui en partent ne présentent aucune altération.

Abdomen. — Le foie est très volumineux, d'une coloration jaune clair très accentuée (foie gras). Les dernières parties de l'intestin grêle présentent de nombreuses ulcérations tuberculeuses.

La vessie paraît revenue sur elle-même, comme contractée. Ses parois sont très épaissies. Cet épaississement dépend en partie de l'hypertrophie qu'a subie la tunique musculeuse, mais elle dépend aussi des altérations que présente la muqueuse. Celle-ci est épaissie dans toute son étendue, mais elle présente en outre à sa face interne, çà et là, de nombreux mamelons ou champignons, de coloration ardoisée, violacée, qui font saillie dans la cavité de l'organe. Ces mamelons, dont plusieurs atteignent les dimensions d'une petite cerise, sont recouverts par une couche mince d'une substance de consistance plâtreuse, de couleur jaunâtre, adhérant assez faiblement aux parties sous-jacentes, et renfermant çà et là de petites concrétions aplaties, qui résonnent sous le choc d'un corps métallique, et qui ont une consistance calcaire. La couche plâtreuse, à l'examen microscopique, paraît composée d'une substance amorphe, visqueuse, renfermant de nombreux globules de pus et des cellules épithéliales granuleuses, de nombreux et volumineux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, et enfin de petites masses opaques, arrondies, moriformes, dont la nature n'a pas été déterminée, non plus que celle des petites concrétions calcaires, aplaties.

L'uretère et les reins ne présentent pas d'altération notable.

Examen des centres nerveux céphalo-rachidiens. — La surface interne de la cavité crânienne et celle du canal vertébral n'offrent aucune altération.

Moelle épinière. — La dure-mère spinale est dans l'état normal; il en est de même du feuillet pariétal de l'arachnoïde. Sur le feuillet viscéral, on trouve plusieurs petites plaques blanchâtres de 1 à 3 ou 4 millimètres de diamètre, disséminées sur les faces antérieure et postérieure de la moelle. Ces plaques, à contour irrégulièrement arrondi, sont formées, comme nous l'avons vu dans d'autres cas, par l'agglomération de petits sphéroïdes fibreux, à couches concentriques, dont quelques-uns sont passés à l'état osseux. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde a conservé sa transparence; il est, en certains points, assez fortement adhérent à la pie-mère spinale, au niveau de la face postérieure de la moelle, pour qu'on ne puisse le séparer qu'avec une très grande difficulté. Une fois qu'on a enlevé aussi complétement que possible ce feuillet, on voit d'une façon très nette, ce qu'on apercevait déjà auparavant par transparence, à savoir que les faisceaux postérieurs ont une teinte grise tout à fait anormale. A la partie supérieure de la moelle, cette teinte paraît limitée aux pyramides postérieures et aux cordons médians postérieurs qui font suite à ces pyramides. Un examen plus attentif permet de voir qu'au bord externe des faisceaux postérieurs proprement dits, lesquels ont l'aspect normal, il y a de chaque côté, au lieu d'implantation des racines postérieures, une étroite bande ayant la même teinte grise : c'est au milieu de ces bandes linéaires de tissu altéré que les racines postérieures pénètrent dans la moelle. Ces bandes grisâtres disparaissent au voisinage du bec du *calamus scriptorius;* elles se prolongent en bas, plus ou moins distinctes, jusqu'à l'extrémité inférieure du renflement dorso-lombaire. Jusqu'à la partie inférieure du renflement cervical, les faisceaux postérieurs proprement dits conservent leur apparence ordinaire; mais, à partir de ce point, leur surface devient grise, et il en est ainsi dans tout le reste de la longueur de la moelle. En dedans de la bande grisâtre, au travers de laquelle passent les racines postérieures, il reste de chaque côté un étroit filet blanc constitué évidemment par une petite portion des faisceaux qui a échappé à l'altération. Vers la partie inférieure de la moelle, sur le fond gris des faisceaux postérieurs se détachent de chaque côté deux ou trois stries blanches, longitudinales, plus ou moins larges, formées aussi par du tissu sain.

Les coupes de la moelle épinière, faites à diverses hauteurs, montrent que les teintes grises dont nous venons de parler ne sont pas superficielles, mais qu'elles s'étendent à une certaine profondeur dans la moelle. Ainsi, à la région cérébrale, près du bec du *calamus*, les faisceaux mé-

Digitized by Google

dians postérieurs sont d'une coloration grisâtre dans toute leur épaisseur : quant aux bandes grisâtres que traversent les racines postérieures, elles s'étendent en profondeur jusqu'au contour des cornes postérieures de la substance grise de la moelle, peut-être même empiètent-elles un peu sur ces cornes : elles sont plus larges à l'intérieur de la moelle qu'à la surface. A la région dorsale de la moelle épinière, on constate que les faisceaux postérieurs ont une teinte grise dans toute leur épaisseur, jusqu'à la commissure postérieure. Les stries blanchâtres que nous avons mentionnées, pénètrent aussi plus ou moins régulièrement jusqu'à cette commissure, et l'on voit qu'elles contiennent des fibres à direction postéro-antérieure, allant de la surface des cordons postérieurs vers le centre de la moelle. Même étendue en profondeur de la modification des faisceaux postérieurs à la région dorso-lombaire.

Sur les coupes que l'on a pratiquées, il est facile de reconnaître que la coloration grisâtre des faisceaux postérieurs, est un peu différente de la teinte de la substance grise de la moelle. La coloration des faisceaux altérés a quelque chose de demi-transparent qui contraste avec la teinte mate, légèrement rosée de la substance grise. Le tissu des parties devenues grisâtres, paraît un peu mollasse : il n'y a pas d'affaissement appréciable de ces parties, de telle sorte que le contour des coupes de la moelle n'est pas changé.

Enfin, l'examen à l'œil nu, mais surtout à la loupe, fait voir, à la surface des cordons postérieurs altérés, de petits points blanchâtres, d'une teinte de craie, ou de petites lignes extrêmement déliées, de la même couleur, et quelquefois ramifiées. Sur les coupes de la moelle, on retrouve dans ces cordons les mêmes points et les mêmes lignes : l'une de ces lignes que l'on aperçoit sur toutes les coupes est un peu moins grêle que les autres, a une direction antéro-postérieure, et semble immédiatement représenter une des nombreuses branches artérielles qui pénètrent d'arrière en avant dans le sillon médian postérieur.

Les faisceaux antéro-latéraux de la moelle présentent une apparence complétement normale ; il en est de même de la substance grise, en exceptant, et encore sous forme dubitative, la partie des cornes postérieures la plus rapprochée de la surface de la moelle.

Racines des nerfs. — Les racines antérieures paraissent à l'état normal dans toute la hauteur de la moelle.

Les racines postérieures semblent pareillement saines dans toute la partie cervicale de la moelle : elles ont là leur volume habituel et leur coloration ordinaire. Les filets de la racine postérieure du dernier nerf qui naît à la partie inférieure du renflement cervical, offrent de chaque côté une diminution très apparente de leur volume, et leur teinte est moins franchement blanche que celle des racines postérieures des nerfs supérieurs. Les racines postérieures des nerfs de la région dorsale sont très grêles, bien plus grêles que les racines antérieures correspondantes, et elles ont une coloration très analogue à celle des faisceaux postérieurs; ce n'est qu'en les examinant avec la plus grande attention, et avec le secours d'une loupe, que l'on voit quelques stries blanchâtres dans certains de leurs filets ; mais rien n'est plus frappant comme contraste que la vue simultanée des deux racines d'un même nerf, l'une relativement volumineuse et blanche, c'est l'antérieure, l'autre grêle et grisâtre, c'est la postérieure. Au niveau du renflement lombaire, bien que la différence entre les racines antérieures et les racines postérieures soit encore très manifeste, cependant elle est moins saillante : au milieu de la teinte grise des racines postérieures, on découvre un nombre plus considérable de stries blanchâtres, constituées sans aucun doute par des faisceaux de tubes nerveux à l'état sain.

Examen microscopique de la moelle épinière et des racines des nerfs. — Les faisceaux antéro-latéraux de la moelle sont dans l'état le plus sain. Nous n'avons de même constaté aucune altération de la substance grise ; il y avait seulement quelques corps amyloïdes dans les préparations des cornes postérieures, mais il se peut faire que ces corps aient été transportés là par l'instrument qui a servi à faire les coupes de la moelle et qui passait à travers les faisceaux postérieurs altérés et remplis, comme nous allons le dire, de corps amyloïdes. Toutes les cellules nerveuses que nous avons vues étaient normales ; il ne nous a pas été possible de reconnaître si ces cellules avaient leurs connexions normales, ni même de suivre leurs prolongements à une certaine distance.

Les faisceaux médians postérieurs et les faisceaux postérieurs, dans toutes les parties où l'on a constaté qu'ils présentaient une coloration grisâtre, ont subi une profonde altération. Les tubes nerveux ont presque tous disparu dans les points où la teinte grise est uniforme; cependant on en voit encore quelques-uns très sains, très ténus en général, disséminés au milieu du tissu fibrillaire, qui forme la presque totalité des parties altérées. Ce tissu a l'apparence du tissu conjonctif; il est probable qu'il est formé en grande partie par les gaines des tubes nerveux dont la substance médullaire s'est détruite. Mais comme le volume des cordons postérieurs n'est pas sensiblement diminué, ainsi que nous l'avons dit, il doit y avoir eu hyperplasie du tissu conjonctif et de la névroglie de l'état normal. Les traînées blanchâtres qui forment deux bandes étroites au voisinage des racines postérieures, sont composées, comme on l'avait soupçonné, de faisceaux de tubes nerveux intacts. Nous avons dit qu'il y avait aussi des points et des stries d'une couleur blanche, crayeuse, et que quelques-unes de ces stries étaient ramifiées. On reconnaît, à l'aide du microscope, que ce sont là des vaisseaux grêles, dont les parois sont chargées d'une couche épaisse de granulations graisseuses, de faible diamètre, et très réfringentes, et dont un grand nombre sont cohérentes et constituent des corps granuleux. Ces vaisseaux sont d'ailleurs perméables ; ils contiennent du sang. Dans toutes les préparations, on voit de plus un riche semis de corps granuleux, pour la plupart de forme elliptique et d'assez grandes dimensions, et qui, peut-être, avant que l'on eût exercé une compression sur les parcelles de tissu soumises à l'examen, étaient pour la plupart appliqués sur les parois des vaisseaux, disposition que nous avons observée dans d'autres cas analogues d'altérations vasculaires. Outre les corps granuleux, on voit une quantité très considérable de corps amyloïdes de dimensions variées. La solution aqueuse d'iode, aidée par l'addition d'acide sulfurique, brunit ces corps amyloïdes sans les faire bleuir, ce qui tient peut-être uniquement à ce que les proportions nécessaires d'acide sulfurique n'ont pas été mises en usage. Au milieu des granulations graisseuses dont sont chargés les vaisseaux altérés, on reconnaît un certain nombre de corps amyloïdes.

Les racines antérieures des nerfs sont tout à fait normales. Les racines postérieures offrent des caractères histologiques différents, suivant les régions de la moelle épinière où on les examine. A la région cervicale, les caractères histologiques correspondent pleinement aux données de l'examen à l'œil nu. En effet, dans cette région, il n'y a aucune altération appréciable, il n'y a pas augmentation du tissu conjonctif; les tubes nerveux ont leur aspect et leur diamètre normaux. A la région dorsale, les filets radiculaires paraissent au premier coup d'œil ne plus renfermer un seul tube nerveux ; mais en regardant plus attentivement, on distingue en général dans chaque filet d'un à trois tubes de diamètre normal et un nombre assez grand de tubes nerveux très ténus, prenant presque tous l'aspect variqueux. L'addition d'une goutte d'une solution de potasse caustique, en faisant pâlir le tissu fibrillaire très abondant, au milieu duquel ils sont disséminés, rend ces tubes bien plus nettement visibles. Non-seulement ils sont ténus et deviennent facilement variqueux, mais leurs bords n'ont pas l'aspect sombre de ceux des tubes larges ; en un mot, ils ont une grande analogie d'aspect avec les tubes cérébraux. Leur diamètre varie, mais les plus gros de ces tubes ont de 4 à 8 millièmes de millimètre de largeur. Ils ont la plus grande ressemblance avec les tubes nerveux de nouvelle formation qui se montrent dans les parties périphériques des nerfs que l'on a divisés transversalement, lorsqu'un temps suffisant s'est écoulé depuis le moment de l'opération. Quant au tissu fibrillaire qui forme la plus grande partie de l'épaisseur des racines, il est constitué très vraisemblablement par les gaines des tubes nerveux atrophiés. A la région dorso-lombaire, les filets radiculaires postérieurs renferment encore une grande quantité de tissu fibrillaire, pâlissant sous l'action de la solution de potasse. Mais, au milieu de ce tissu, on distingue avec la plus grande facilité un nombre assez considérable de tubes nerveux dissociés, dont les uns ont les dimensions ordinaires des tubes nerveux, de 10 à 15 millièmes de millimètre de diamètre, et dont les autres, en nombre à peu près égal, disséminés dans l'intervalle des précédents, ont des dimensions plus petites, de 4 à 8 millièmes de millimètre de diamètre. Leurs parois sont moins épaisses, leurs bords sont moins réfringents, et beaucoup de ces tubes deviennent variqueux sous l'influence de la préparation. Ils sont en tout semblables à ceux que nous avons signalés dans les racines postérieures des nerfs de la région dorsale. Dans aucune des racines postérieures on n'a trouvé des tubes à contenu granuleux.

Le bulbe rachidien ne présente aucune altération. De même, les diverses parties du cerveau, les pédoncules cérébraux, le cervelet et la protubérance sont à l'état sain.

Les nerfs qui naissent du bulbe, du pont de Varole, ou de l'intervalle des pédoncules cérébraux sont sains aussi.

Les nerfs optiques sont très altérés. Ils sont un peu moins volumineux que dans l'état normal, et ont une coloration grise, un peu jaunâtre, dont aucune strie blanche ne vient interrompre l'uniformité. Le chiasma et les bandelettes optiques offrent la même modification d'aspect. Les bandelettes, après avoir contourné les pédoncules cérébraux sur lesquels elles sont aplaties et réduites en couche mince, demi-transparente, peuvent être suivies de chaque côté jusqu'au niveau de l'intervalle qui sépare le corps genouillé externe de l'interne ; elles se terminent là, la couche qu'elles forment s'amincissant et s'élargissant encore avant de disparaître. Cette couche est tout à fait superficielle, les coupes faites sur les pédoncules et les corps genouillés montrant que la coloration grisâtre ne pénètre pas du tout à l'intérieur de l'une

Digitized by Google

ou de l'autre de ces parties. Les tubercules quadrijumeaux ont leur relief normal et leur coloration ordinaire, soit extérieurement, soit intérieurement. A l'aide du microscope, on constate que les nerfs et les bandelettes optiques ne contiennent plus un seul tube nerveux sain. On ne trouve plus qu'un tissu fibrillaire, se comportant sous l'influence des réactifs comme le tissu conjonctif et parsemé de fines granulations graisseuses et de granulations très petites aussi, un peu jaunâtres, qui ont peut-être une origine hématique. Les vaisseaux rencontrés dans les préparations étaient sains.

Globes oculaires. — Toutes les parties des deux yeux sont à l'état normal. La rétine elle-même, examinée à l'œil nu et au microscope, a conservé ses caractères normaux, si ce n'est cependant qu'on n'y trouve pas de tubes nerveux. La papille du nerf optique est plus petite qu'elle ne l'est d'ordinaire, et elle a une teinte grise un peu blanchâtre ; lorsqu'on a enlevé la rétine à ce niveau, la coloration est brunâtre, et l'on retrouve dans cette extrémité des nerfs optiques les altérations qu'on a observées dans les parties voisines du chiasma et dans les bandelettes optiques, c'est-à-dire l'absence de tubes nerveux sains, et la présence, au milieu du tissu fibrillaire qui constitue le nerf, de granulations graisseuses transparentes et de fines granulations jaunâtres de nature indéterminée.

Nous ferons suivre cette observation de remarques à propos des particularités qui y sont le plus dignes d'attention.

J.-M. Charcot et A. Vulpian.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL (SUITE).

« Tels sont les faits, dit l'auteur, que l'expérimentation et l'observation directe m'ont permis de constater, tant chez l'homme que chez les animaux. Il suffit de les rapprocher des opinions diverses qui ont été passées en revue pour s'assurer que chaque théorie a roulé sur un point de détail observé incomplètement et trop généralisé. C'est ainsi que les auteurs qui ont attribué tout le travail de régénération au tissu cellulaire ambiant, comme ceux qui l'ont principalement rapporté à la gaine du tendon, ont constaté certains phénomènes, mais se sont aussitôt égarés sur leur valeur et ont pris des apparences pour la réalité. Il en est de même de ceux qui ont dit que la lymphe fait tout, et de ceux qui font tout provenir du caillot sanguin, subissant un premier travail de résorption et se combinant avec la lymphe.

» Avant de formuler à notre tour une théorie, rappelons en peu de mots quels sont les phénomènes que l'expérimentation chez les animaux, l'examen direct et microscopique chez l'homme, ont fait ressortir d'une manière constante :

» 1° L'écartement plus ou moins considérable des deux bouts divisés immédiatement après la solution de continuité ; 2° le rétablissement de continuité de la gaine, rétablissement qui se produit avec une rapidité et une perfection telles, que souvent, au bout de peu de jours, il est absolument impossible de retrouver le point par où l'instrument a pénétré pour couper le tendon ; 3° le dépôt du sang dans l'intérieur de la gaine et dans l'intervalle qui sépare les bouts rétractés du tendon.

» C'est de ce liquide que naît le produit tendineux sur la nature, l'origine et les caractères duquel nous allons fixer notre attention.

» Il ressort, selon moi, de l'examen des faits que le tendon se reproduit, se régénère directement et complétement au moyen du sang qui vient, après la section sous-cutanée, remplir l'espace laissé par la rétraction tendineuse. Il ne faut pas croire que ces phénomènes de régénération puissent se produire sur tous les points du système tendineux. Ils n'ont été observés que là où il existe un degré de vascularisation et de vitalité, c'est-à-dire là où l'abord du sang a lieu en suffisante abondance. Il y a aussi une conclusion chirurgicale à tirer de là : c'est que toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer la ténotomie sur des tendons dont le tissu et les gaines seront riches en réseaux sanguins, on aura de grandes chances de réussite, tandis que là où le sang artériel n'arrive qu'en très petite quantité, comme dans les tendons longs et grêles, et qui glissent dans des coulisses séreuses, l'opération sera d'autant plus compromise qu'il y aura moins de sang pour remplir l'espace laissé par la rétraction des deux bouts. C'est précisément dans ces cas qu'au lieu d'une régénération on aura de simples cicatrisations, c'est-à-dire que chacun des deux bouts ira isolément se fixer sur une des parties voisines, et la continuité ne sera pas rétablie.

» C'est donc du sang sorti de ses vaisseaux que découlent tous les phénomènes de régénération du tissu tendineux ; mais ces phénomènes ne se passent pas du tout comme on l'a supposé dans les théories précédemment citées et qui font jouer un rôle plus ou moins considérable au caillot sanguin, lequel éprouverait un travail de résorption que l'observation, comme le raisonnement, démontrent purement imaginaire.

» Voici la série des transformations organiques que le sang éprouve pour constituer un tissu nouveau :

» 1° Période liquide ; 2° passage de l'état liquide à l'état de caillot ; 3° transformation du caillot en fibrine organisée ; 4° transformation tendineuse.

» Dans la première période, la gaine tendineuse est remplie d'un amas de sang qui constitue cet état transitoire que l'on pourrait désigner sous le nom de *caillot naissant*.

» Dans la seconde période, on trouve un caillot sans apparence de trame organique, n'ayant encore établi que de très faibles rapports avec les parties voisines.

» C'est pendant la troisième période que le caillot se transforme en fibrine organisée et que la matière déposée commence à prendre les apparences d'un tendon nouveau. La teinte foncée disparaît pour faire place à une teinte couleur de chair semblable à celle de la fibre musculaire un peu décolorée. Déjà les fibres se dessinent nettement et peuvent être suivies.

» La quatrième période se caractérise par la transformation tendineuse du produit épanché, transformation qui, de même que les précédentes, est plus lente chez l'homme que chez les animaux, et s'opère en procédant de la circonférence vers le centre. A ce degré, les fibres du tendon nouveau ont la même structure que celles de l'ancien tendon. La résistance, la solidité des deux tissus est la même, et il ne reste plus pour les distinguer que cette différence dans l'aspect et la couleur dont il a déjà été fait mention. »

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les Basses-Alpes. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Van Heck* sur la ventilation et le chauffage des hôpitaux. — *b*. Une note sur l'hygiène des établissements hospitaliers, par M. le docteur *Foucris*. (Comm. : M. Gosselin.) — *c*. Une lettre de M. *Adamowicz*, professeur de médecine à Vilna, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. *Larrey* dépose sur le bureau deux observations intitulées, l'une : *Absence congénitale de l'urèthre ; rétablissement artificiel de ce canal* ; — l'autre : *Calcul développé dans la région prostatique ; taille hypogastrique*, par le docteur *Duplan* (de Tarbes). (*Comm.* : MM. Cloquet, Larrey et Ségalas.)

Lectures.

M. le docteur *Girard de Cailleux* lit un travail intitulé : *De*

Digitized by Google

l'influence de la translation des aliénés dans les divers départements de France.

L'auteur terminera cette lecture dans la prochaine séance.

Élections.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

La section avait présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Roger; 2° M. Monneret; 3° M. Nonat; 4° M. Barthez; 5° MM. Béhier et Hardy, *ex æquo.*

Sur 78 votants, M. *Roger* obtient 45 suffrages; M. *Monneret*, 30; MM. *Nonat*, *Barthez* et *Béhier*, chacun 1.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Tardieu.* Vous n'avez pas oublié, messieurs, avec quelle véhémence M. Malgaigne a dénoncé dans cette enceinte l'insalubrité des hôpitaux de Paris; vous vous souvenez surtout de ce que sa verve indignée a répandu de reproches amers sur le plus beau d'entre eux, sur celui que nous étions habitués à regarder comme le modèle des établissements hospitaliers, sur l'hôpital de Lariboisière. Médecin de cet hôpital depuis le jour de son inauguration, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de relever le gant jeté par notre honorable collègue, et, après avoir pris l'avis des autres médecins de cet établissement, je viens, en leur nom comme au mien, protester à cette tribune contre les assertions exagérées et les fausses interprétations dont elle a retenti dernièrement.

M. Malgaigne s'étonne qu'aucun médecin des hôpitaux, si ce n'est M. Briquet, ne soit venu jusqu'à présent prendre une part directe à cette discussion. Mais la raison de cette abstention, c'est que nous n'avons point de statistique, et que sans elle il est impossible d'apporter quelque lumière dans le débat.

Plus heureux que nous, M. Malgaigne a produit ici des statistiques qui ont singulièrement ému le public médical. Mais n'a-t-on pas lieu d'être surpris qu'un statisticien de la valeur de M. Malgaigne soit venu jeter un chiffre brut de mortalité dans une question d'hygiène hospitalière, comme si mortalité et insalubrité étaient deux termes équivalents, comme si même ils étaient corrélatifs!

Mais je ne veux pas traiter ce point de la discussion; je me renfermerai exclusivement dans le cercle des accusations dont l'hôpital de Lariboisière a été l'objet.

M. Malgaigne a donc proclamé que l'hôpital de Lariboisière était le plus insalubre des hôpitaux, le plus détestable au point de vue de l'hygiène. Tous ceux qui ont visité cet hôpital, et qui en connaissent l'admirable disposition, ont déjà protesté certainement contre un semblable reproche. Qu'il y ait à Lariboisière quelques inconvénients de service, certaines imperfections de détail, je ne le nierai pas; il est impossible qu'un établissement de ce genre soit absolument sans défaut; mais je défie qui que soit de prouver que, dans son ordonnance générale, dans ses grandes dispositions d'ensemble, cet hôpital ne réunit pas toutes les conditions réclamées par l'hygiène, et qu'il ne réalise pas, en quelque sorte, le type des établissements hospitaliers en ce qui concerne la salubrité. Pavillons isolés, à deux étages seulement; salles élevées, largement aérées; murs stuqués, impénétrables aux miasmes, et pouvant se laver facilement; excellents procédés de chauffage et de ventilation, rien ne manque dans cet hôpital, et tout y justifie l'admiration dont il est l'objet de la part des médecins étrangers.

Et que reproche-t-on encore à l'hôpital de Lariboisière? D'avoir été construit sur les simples données d'un architecte, sans qu'on ait songé à s'entourer des conseils et des lumières des médecins et des chirurgiens des hôpitaux! On lui reproche d'être plutôt un monument d'architecture qu'un établissement hospitalier. Eh bien! je crois, au contraire, que l'architecte chargé de construire Lariboisière a peu puisé dans son propre fonds. Cet hôpital, en effet, n'est que la reproduction, la copie d'un projet d'hôpital proposé à la fin du siècle dernier par une commission de l'Académie des sciences, dont faisaient partie Lavoisier, Tenon et Coulon, alors qu'il était question de reconstruire l'Hôtel-Dieu. Tenon et Coulon, après avoir longuement étudié le système des hôpitaux anglais, dressèrent, de concert avec un architecte célèbre de l'époque, un plan d'hôpital qui paraît avoir servi de modèle à l'architecte de Lariboisière. (M. Tardieu donne lecture de plusieurs passages du travail de Tenon et de Coulon qui semblent avoir en vue la description de l'hôpital de Lariboisière, tant il y a une parfaite analogie entre les dispositions adoptées dans cet hôpital et celles que recommandent les commissaires de l'Académie des sciences.)

Le plan de Lariboisière, poursuit l'orateur, ne pouvait donc être mieux conçu. Il a été soumis à l'examen et à l'approbation d'une commission spéciale, dans laquelle figuraient plusieurs médecins éminents, nommément Orfila, MM. Louis et Rayer; et il n'a été définitivement adopté qu'après avoir subi l'épreuve d'une étude approfondie et d'une discussion décisive.

Je maintiens donc que l'hôpital de Lariboisière est parfaitement salubre.

Mais j'entends M. Malgaigne opposer à mon assertion un chiffre énorme de mortalité : 1 sur 5! Est-ce là un argument sérieux, une preuve décisive? Consultons la statistique mortuaire de tous nos hôpitaux, et vous verrez combien elle est variable, combien elle diffère d'une année à l'autre. La proportion de 1 sur 5, qui représente la mortalité de l'hôpital de Lariboisière pour les deux dernières années, se trouverait difficilement dans les statistiques des années précédentes, où l'on voit Lariboisière figurer dans un assez bon rang, tandis que la mortalité la plus grande frappe tantôt l'Hôtel-Dieu, tantôt la Pitié, tantôt la Charité, tantôt Saint-Antoine.

Un chiffre brut de mortalité est donc tout à fait insignifiant. Pour tirer des conclusions de quelque valeur, il faut nécessairement arriver à une analyse plus détaillée.

Examinons, par conséquent, d'une manière très sommaire, dans quelles conditions spéciales se trouve placé l'hôpital de Lariboisière. Je ne dirai rien, bien entendu, du service médical qui, là comme dans les autres hôpitaux, se compose des praticiens les plus éclairés et les plus éminents. Mais je crois devoir appeler l'attention de l'Académie sur deux points de vue d'une haute importance : 1° la nature des maladies traitées à Lariboisière; 2° et le genre de malades qu'on y reçoit le plus communément.

Premièrement, on ne saurait contester que de tous les hôpitaux ordinaires, Lariboisière est celui où abondent le plus les maladies chroniques, celui où la consultation externe est de beaucoup la plus nombreuse, celui qui se recrute le plus directement, et celui à qui le bureau central adresse le moins de malades. Les chiffres suivants renferment la preuve de ce que j'avance : en 1860, le nombre des consultations gratuites a été, à Lariboisière, de 29 686; à Saint-Antoine, de 16 200; à Beaujon, de 13 900; à la Pitié, de 12 200; à l'Hôtel-Dieu, de 11 200. Le recrutement par le bureau central a fourni, à l'Hôtel-Dieu, 40 105 malades; à la Pitié, 31 000; à la Charité, 21 000; à Lariboisière, 13 000. Vous voyez la différence dans le mode de recrutement pour ces divers hôpitaux! Qu'en résulte-t-il? C'est que Lariboisière, se recrutant en grande partie lui-même, par sa consultation gratuite, est certainement celui des hôpitaux qui admet le plus grand nombre de maladies graves.

On trouverait encore la preuve de ce que j'avance dans la durée du séjour des malades à l'hôpital, durée dont la moyenne est de beaucoup plus élevée à Lariboisière que dans les autres hôpitaux ordinaires.

Enfin, j'affirme que l'hôpital de Lariboisière reçoit plus de phthisiques qu'aucun des autres hôpitaux de Paris; et la preuve, c'est que, à l'heure qu'il est, sur 448 malades, il y a 137 phthisiques, c'est-à-dire plus de 30 pour 100.

Digitized by Google

Est-il donc si surprenant que le chiffre de la mortalité générale soit si élevé dans cet établissement?

Et, maintenant, quels sont les malades qui vont se faire soigner à Lariboisière? Il y en a de deux sortes : d'une part, les malheureux ouvriers qui habitent les quartiers populeux de la Chapelle, de la Villette et de Montmartre, gens durs au travail, sans famille, vivant dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, et n'entrant à l'hôpital qu'après quelques jours de maladie, quand déjà leur état s'est aggravé par le temps passé dans un méchant *garni*. D'autre part, ce sont des *pauvres honteux*, des transfuges de la maison de santé, de pauvres artistes, de pauvres gens de lettres, qui ne viennent chez nous qu'après avoir épuisé leurs ressources ailleurs.

Ce sont là les clients de Lariboisière!

Le chiffre élevé de la mortalité dans cet hôpital trouve donc une explication toute naturelle dans la nature des maladies qu'on y traite et dans la qualité des malades qu'on y reçoit; et je maintiens qu'il est faux, qu'il est injuste de l'imputer à son insalubrité.

Et pourquoi les pauvres honteux, les malades déclassés, choisissent-ils de préférence Lariboisière? C'est que, lorsqu'ils sont dans ce bel établissement, ils ne croient pas être tout à fait à l'hôpital!

Qu'on cesse donc de déclamer contre le luxe de cette maison! Ne faut-il pas, au contraire, applaudir à la généreuse pensée qui a cherché à entourer le pauvre malade de tout l'attrait du confortable et du bien-être? Au lieu de voir là un *luxe scandaleux* (suivant une regrettable expression qu'on ne saurait trop repousser), ne vaut-il pas mieux y voir un adoucissement offert à la misère, une forme délicate donnée à la charité, un pieux artifice, si je puis dire, pour rendre les épreuves de la maladie moins pénibles et les approches de la mort moins lugubres?

M. Malgaigne a appelé Lariboisière le *Versailles* de la misère; soit! à la condition que ces expressions voudront dire le *palais de la charité*. Oui, messieurs, Lariboisière est le palais du pauvre malade, comme l'asile impérial de Vincennes en est la *maison de Plaisance*.

— M. *Devergie* demande la clôture de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, s'appuyant sur ce que M. le directeur général de l'assistance vient de donner satisfaction aux vœux de l'Académie en nommant une commission spéciale chargée de résoudre les questions relatives à la salubrité des établissements hospitaliers.

— M. *Trebuchet* fait remarquer que cette commission est tout à fait temporaire; qu'elle a été instituée pour un but déterminé et pour un temps assez court, et qu'elle ne répond nullement à la proposition faite par M. Devergie, de créer, près de l'administration de l'assistance publique, une commission permanente d'hygiène.

M. *Devergie* retire sa motion, et ne s'oppose plus à ce que la discussion soit continuée.

M. *Briquet* demande la parole.

M. *Piorry* rappelle qu'au début de la discussion il a soumis à l'examen de l'Académie un projet de reconstruction pour l'hôpital de la Charité, qu'on paraît avoir trop oublié, et qui cependant n'était pas indigne de fixer l'attention des hygiénistes et des administrateurs.

On a dit que Lariboisière était le plus insalubre des hôpitaux. On s'est trompé. Le plus insalubre de tous, c'est la Charité; et, dans la Charité, les salles les plus insalubres, sont celles du service de clinique médicale. Encombrement, ventilation défectueuse, infection par les latrines; toutes les plus détestables conditions d'hygiène s'y trouvent réunies. C'est pourtant une des premières cliniques du monde! une des plus fréquentées de Paris!

On a proposé de construire des hôpitaux hors de Paris, en plein champ, loin des habitations... Pourquoi? Pour mettre les hôpitaux à l'abri des émanations du dehors. Erreur! Préjugé! Le mauvais air que nos malades respirent ne vient pas de l'extérieur; il vient d'eux-mêmes, de leur propre corps. Le foyer d'infection n'est pas hors de l'hôpital; il est dans nos salles! C'est là qu'il faut chercher l'ennemi; c'est là qu'il faut le combattre; et, pour cela, il faut de l'espace et un air bien pur, sans cesse renouvelé. C'est à tort qu'on a parlé des dangers de l'aération continue. M. Piorry l'a souvent pratiquée dans les salles, et jamais il n'a eu aucun accident à déplorer.

L'orateur termine en insistant de nouveau sur l'excellence du plan qu'il a proposé pour la reconstruction de la Charité. Jusqu'à présent, dit-il, je ne crois pas qu'on puisse suivre un meilleur modèle.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 18 AVRIL 1862.

M. *Chailly*, communication sur les accidents qu'on rencontre le plus communément en obstétrique, et des moyens d'y remédier.

M. *Guibout*, observation d'un chancre phagédénique de la verge, qui a nécessité son amputation.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 12 MARS AU 2 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

GUÉRISON SPONTANÉE DES VARICES. — EMPHYSÈME GÉNÉRAL SPONTANÉ. — ANUS ARTIFICIEL. — ULCÈRE DE COCHINCHINE.

M. *Blot* a communiqué deux observations de guérison spontanée de varices volumineuses chez des femmes enceintes.

Ces femmes, fortes et bien constituées toutes deux, en étaient au septième mois de leur grossesse, quand elles vinrent à la Clinique. Chez l'une, c'étaient surtout les veines qui répondent à la malléole interne qui étaient enflammées. Elles formaient un paquet dur et rouge, sur lequel la peau était légèrement ulcérée. Chez l'autre, on trouvait les mêmes phénomènes au côté interne du jarret. Le seul traitement employé dans les deux cas, consista dans le repos au lit, les cataplasmes et l'élévation du membre au moyen du plan incliné. Au bout de quinze jours chez l'une, au bout de trois semaines chez l'autre, les tumeurs variqueuses enflammées étaient guéries, et les veines qui les formaient avaient disparu. On ne sentait plus qu'une plaque dure, comme cicatricielle, à l'endroit où existaient les cordons noueux et saillants. Les caillots avaient entièrement disparu, probablement par résorption; enfin, on cherchait les veines et on ne les trouvait plus.

Ces deux malades, ainsi guéries de leurs varices plus d'un mois avant leur accouchement, furent encore gardées à la Clinique un mois après. A leur sortie, aucune veine n'avait reparu.

M. Blot a signalé ces deux faits à cause de la rareté de la guérison radicale et spontanée des varices par phlébite adhésive, surtout pendant la grossesse.

M. *Chassaignac* exprime des doutes sur la solidité de ces deux guérisons, que M. Blot a appelées des guérisons radicales. Que de fois, en effet, ne voit-on pas le sang reprendre son cours dans des veines qu'une inflammation avait momentanément oblitérées! Les caillots formés par les substances coagulantes n'assurent pas davantage la cure définitive des varices, car ils finissent toujours par être résorbés.

M. Chassaignac étend son scepticisme à propos des cures ra-

Digitized by Google

dicales, même à la guérison des hydrocèles par les injections irritantes.

Il a vu le liquide se reproduire dans des tuniques vaginales qui avaient été d'abord parfaitement oblitérées et avaient abondamment suppuré. Le plus souvent, ajoute M. Chassaignac, le mot de *cure radicale* constitue un mensonge thérapeutique.

M. *Depaul* pense que certaines récidives peuvent arriver plus ou moins longtemps après la guérison complète, radicale d'une maladie, sans qu'il soit permis de nier cette guérison. Un homme qui se briserait un os dans le point même où existerait un cal très bien conformé, n'en aurait pas moins été radicalement guéri de sa première fracture. Quant aux faits de M. Blot, bien qu'ils portent sur deux cas de guérison obtenue *avant* l'accouchement, ils auraient plus de valeur, comme exemples de guérison radicale, s'ils n'étaient pas relatifs à des femmes enceintes chez lesquelles des varices disparaissent habituellement quand la grossesse est terminée. A ce sujet, M. Depaul fait observer que ce n'est pas seulement à une cause mécanique que sont dues les varices des femmes grosses, attendu que ces varices se montrent parfois longtemps avant que le volume de l'utérus soit assez considérable pour comprimer les vaisseaux du bassin. Il y a donc à ces varices une cause spéciale encore inconnue.

M. *Boinet* reproche à M. Chassaignac d'avoir paru donner l'oblitération de la tunique vaginale comme la condition nécessaire de la guérison radicale de l'hydrocèle. Les faits observés par M. Velpeau et par M. Hutin prouvent au contraire que l'oblitération n'existe pas chez la plupart des individus opérés et guéris de l'hydrocèle depuis longtemps.

M. *Velpeau* affirme qu'il n'y a pas quatre récidives sur cent opérations d'hydrocèle, suivies ou non d'oblitération de la tunique vaginale (et l'oblitération, surtout définitive, est très rare). Peut-on, ajoute-t-il, soutenir que tous ces malades ne sont pas guéris radicalement, parce que quatre d'entre eux auront plus tard une autre hydrocèle?

Pour ce qui est de la guérison radicale des varices, M. Velpeau partage les doutes de M. Chassaignac. A l'appui de cette opinion, que les oblitérations veineuses ne sont presque toujours que temporaires, il cite le fait suivant : Il y a quelques années, M. Follin, qui remplaçait M. Velpeau à la Charité, traita par les injections de perchlorure de fer un individu affecté de varices. Il survint une inflammation intense, suivie d'abcès nombreux. Tous ces accidents finirent cependant par disparaître, et la santé se rétablit. Cet homme, guéri en apparence de ses varices, fut gardé pendant longtemps à l'hôpital; aucune veine n'avait reparu à sa sortie. Un an plus tard, ces veines étaient variqueuses. On sait avec quelle difficulté on obtient l'oblitération des veines variqueuses, soit par les ligatures, soit par les caustiques. Cette oblitération, si difficile à produire, n'est pas durable. Les varices se reproduisent. Bien plus, ajoute M. Velpeau, j'ai vu des varices se reproduire après l'excision des veines variqueuses; j'ai vu, par exemple, la veine saphène, enlevée au mollet, se reconstituer dix ans après l'opération.

M. *Broca* ne pense pas qu'on puisse admettre la reproduction d'une veine. L'illusion qui a induit M. Velpeau en erreur se trouve expliquée par les recherches que M. Verneuil a faites sur les varices. Dans l'immense majorité des cas, cette grosse veine, qui apparaît à la jambe, est prise pour la veine saphène, et cependant il n'en est rien, elle n'en a que le trajet et la direction. Ce sont des veines collatérales de la saphène interne qui sont variqueuses.

Relativement à la solidité de l'oblitération, il faut distinguer les oblitérations par des caillots des oblitérations par adhésion des parois. Les caillots disparaissent à la longue, même ceux qui sont produits par une injection de perchlorure de fer. M. Broca en a observé un qui a mis cinq ans à se résorber. Quant à l'adhésion des parois veineuses, elle est tout aussi solide que l'adhésion des plèvres, et même davantage.

— M. le secrétaire général a donné lecture, au nom de M. Fleury (de Clermont), d'une note sur un cas d'emphysème général et spontané, consécutif à un traumatisme violent.

Malgré le titre donné à cette observation, il ne s'agit, dans ce cas, que d'un exemple de décomposition cadavérique extrêmement rapide chez un blessé, car l'emphysème n'a pas été noté du vivant du malade. Celui-ci était un officier, homme vigoureux et énergique, qui avait une fracture du fémur avec plaie. Il n'avait pas été très impressionné de son accident, et, sans qu'aucune complication grave se soit manifestée, il succomba tout à coup deux jours après sa chute.

L'autopsie ne révéla aucune lésion appréciable des viscères. La fracture siégeait au-dessus des condyles qui étaient séparés l'un de l'autre comme avec un coin. Le traumatisme avait donc été très violent, bien qu'il ne fût dû qu'à une simple chute dans un escalier.

M. *Chassaignac* rappelle à cette occasion sa théorie de l'empoisonnement consécutif à un grand traumatisme.

MM. Marjolin, Boinet et Blot accusent, dans ces cas, l'ébranlement qu'a subi le système nerveux. Le système nerveux, ajoute M. Blot, agit encore sur les tissus un certain temps après la mort ; c'est peut-être quand son influence a été subitement épuisée pendant la vie, que les tissus obéissent si promptement après la mort aux lois physiques et chimiques.

— M. *Rochard* (de Brest) a montré à la Société des dessins représentant les diverses transformations par lesquelles est passé un anus artificiel qu'il a pratiqué par la méthode de Littre.

Le petit opéré est aujourd'hui âgé de deux ans et demi, et sa santé est bonne.

M. Rochard conseille d'opérer le plus tôt possible, d'autant plus que dans les cas où cette opération est applicable, il n'y a rien à attendre, ni de la médecine, ni de la nature. D'un autre côté, M. Rochard croit s'être placé dans de bonnes conditions en rétrécissant notablement l'étendue de l'incision faite aux parois abdominales. Il l'a réduite à 25 millimètres ; il n'a passé qu'un seul fil dans le mésentère au lieu de deux, et a évité avec le plus grand soin de froncer l'intestin. Enfin il a cautérisé le moins possible.

M. *Depaul* préfère aussi, comme M. Rochard, l'opération de Littre; mais il fait observer qu'on n'est jamais sûr de tomber sur l'S iliaque, et qu'il est impossible de dire à l'avance ce que l'on va ouvrir.

Relativement à la position de l'S iliaque que M. Huguier dit être plutôt à droite qu'à gauche chez les nouveau-nés, M. Giraldès est venu donner le résultat de ses propres recherches à l'hôpital des Enfants assistés. Cent autopsies lui ont montré que l'S iliaque est plus souvent à gauche qu'à droite. M. Béraud cherche à concilier les opinions de MM. Huguier et Giraldès, et à expliquer la dissidence par les conditions différentes dans lesquelles les recherches ont été faites. Si, en effet, l'S iliaque est à droite au moment de la naissance, il se rapproche insensiblement de la ligne médiane à mesure que les fonctions intestinales s'établissent, et se fixe définitivement à gauche. Or, M. Giraldès, qui a pris ses observations à l'hôpital des Enfants assistés, a vu surtout des enfants ayant déjà vécu quelque temps, chez lesquels l'S iliaque avait déjà subi son évolution.

— M. *Rochard* a lu ensuite un travail sur l'ulcère dit de Cochinchine, observé sur 700 malades; nombre considérable si l'on songe que 2000 soldats seulement faisaient partie de l'expédition. Cet ulcère ne débute ni par une pustule, ni par un tubercule ; c'est toujours une blessure qui en est le point de départ; c'est une affection qui est à peu près la même que l'ulcère de Mozambique.

Dr P. Chatillon.

Digitized by Google

V

REVUE DES JOURNAUX.

Contributions à l'étude des crachats, par BAMBERGER.

Bien que ces recherches soient fondées entièrement sur l'analyse chimique des matières expectorées, et que ce procédé d'exploration ne réponde pas aux exigences de la clinique journalière, cependant nous croyons devoir consigner ici les principaux résultats auxquels est arrivé l'auteur, parce que les études de ce genre ont été fort négligées jusqu'à ce jour.

Au commencement de son travail, Bamberger a fait connaître les procédés analytiques dont il s'est servi; malheureusement, on ne saurait résumer sans danger des opérations chimiques, et nous ne pouvons donner ici, vu sa longueur, la traduction de ce passage. Nous nous bornerons donc à faire connaître les faits qui ont directement trait à la composition des crachats. L'auteur s'est proposé de déterminer la proportion des éléments inorganiques contenus dans les matières expectorées, pendant le cours de diverses affections de l'appareil respiratoire. Ces éléments constituent, à ses yeux, le squelette chimique des crachats. Il les a successivement analysés dans le catarrhe chronique des bronches, dans la bronchiectasie, dans la phthisie chronique, dans la phthisie aiguë et dans la pneumonie.

Catarrhe chronique des bronches. — Les crachats provenaient d'une femme de vingt-trois ans qui, depuis plusieurs années, souffrait d'un catarrhe bronchique avec exacerbations tantôt fébriles, tantôt apyrétiques. Les matières expectorées étaient abondantes, épaisses, verdâtres et modérément visqueuses. Ces crachats contenaient pour 100 parties : eau, 95,622; substances organiques, 3,705; sels minéraux, 0,673. — 100 parties des éléments inorganiques étaient ainsi constituées : chlorure de sodium, 67,176; phosphate neutre de potasse, 23,414; sulfate de potasse, 2,709; carbonate de potasse, 2,055; phosphate de chaux, 2,437; phosphate d'oxyde de fer, 0,093; phosphate de magnésie, *des traces*; carbonate et sulfate de chaux et de magnésie, 0,475; acide silicique, 1,036; perte, 0,605.

Bronchiectasie. — Les crachats ont été analysés dans deux cas dans le but de déterminer quels sont les éléments volatils qui leur communiquent leur odeur spéciale. Les résultats semblables obtenus chez les deux malades permettent de conclure que ces crachats sont caractérisés par des acides appartenant au groupe $C^nH^nO^4$, à savoir : l'acide butyrique, l'acide acétique et l'acide formique; ils contiennent, en outre, de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré. Toutes ces substances proviennent de la décomposition de matières organiques, qui se fait dans les bronches dilatées.

Après avoir donné le tableau quantitatif de la composition des crachats dans la phthisie aiguë et dans la chronique, l'auteur montre que, dans toutes ces circonstances (catarrhe chronique, bronchiectasie, tuberculisation), les matières expectorées présentent certaines analogies qui les rapprochent sous un type commun. Dans tous ces cas, la proportion de sels minéraux oscille dans d'étroites limites entre 0,673 et 0,787 pour 100. Les matériaux organiques présentent de plus grandes différences, 3,7 à 6,8 pour 100.

Les sels insolubles, y compris l'acide silicique, ne constituent que 4 à 5,5 pour 100 de la masse totale des sels.

Parmi les éléments électro-négatifs, le chlore est celui qui se montre en plus grande abondance; puis viennent les phosphates, les sulfates et les carbonates. Quant aux bases, la soude est toujours en bien plus grande quantité que la potasse; les cendres sont formées presque en totalité de chlorure de sodium et de phosphate de potasse. Parmi les éléments insolubles, les phosphates terreux occupent la première place; les silicates terreux et l'oxyde de fer, quoique en petite quantité, ne manquent jamais.

Or, si l'on tient compte de ce fait, que, dans toutes les affections précédentes, l'élément pathologique principal, au point de vue de l'expectoration, est fourni par le catarrhe bronchique, on pourra à juste titre grouper toutes ces variétés de crachats sous le chef commun de *type catarrhal*.

Dans la pneumonie, le catarrhe bronchique est relégué au second plan, et *le processus exsudatif domine le travail morbide*; aussi les crachats s'éloignent-ils, à plusieurs égards, de ceux du groupe précédent, et l'on peut les désigner par opposition sous le titre spécifique de *type exsudatif*.

Pendant la période d'état de la pneumonie primitive, ces crachats ont donné, chez un homme de trente-cinq ans : eau, 94,212; substances organiques, 4,526; substances inorganiques, 1,262. Chez une jeune fille de dix-sept ans, les crachats rouillés ont fourni : eau, 94,171; substances organiques, 5,054; substances inorganiques, 0,775.

Chez une femme robuste de vingt-quatre ans, les crachats de la période d'état ont donné, pour 100 parties de matériaux inorganiques : chlorure de sodium, 28,236; chlorure de potassium, 48,827; phosphate de potasse, *des traces*; sulfate de potasse, 18,230; carbonate de potasse, 5,590; phosphate de chaux et de magnésie, 2,408; carbonate et sulfate de chaux et de magnésie, 1,331; phosphate d'oxyde de fer, 1,028; silicate terreux, 0,630; perte, 0,020.

Pendant la période de résolution de la pneumonie, les crachats contenaient, sur 100 parties d'éléments minéraux : chlorure de sodium, 70,558; chlorure de potassium, 9,062; phosphate de potasse, 2,424; sulfate de potasse, 5,698; carbonate de potasse, 6,542; phosphate de chaux et de magnésie, 3,961; carbonate et sulfate de chaux et de magnésie, 0,886; phosphate d'oxyde de fer, 0,422; silicate terreux, 0,181; perte, 0,266.

Si l'on compare maintenant les crachats de la période d'état de la pneumonie avec ceux qui appartiennent au type catarrhal, on saisira immédiatement trois différences très remarquables.

La première est la disparition presque complète des phosphates alcalins. Dans les crachats du type catarrhal, ils oscillent entre 10 et 14 pour 100 de la masse des sels minéraux, et se placent par leur importance immédiatement après le chlore; dans la pneumonie, on n'en trouve que des traces. On peut rapprocher de ce fait la disparition ou du moins la diminution notable que présentent les chlorures de l'urine dans le cours des pneumonies graves.

La seconde différence consiste dans le renversement complet des proportions de potasse et de soude. Dans les crachats de catarrhe, la quantité de soude dépasse toujours celle de potasse, dans le rapport de 34 : 20; dans les crachats du type exsudatif, la relation de la soude à la potasse devient : : 15 : 41.

Troisièmement, les sulfates, qui, dans les catarrhes, présentent une moyenne de 2 pour 100, s'élèvent dans la pneumonie à 8 pour 100 de la masse totale des sels. En revanche, le chlore donne à peu près le même chiffre : 37 pour 100 dans la pneumonie, 36 pour 100 dans les catarrhes. Les sels insolubles ne présentent que des différences insignifiantes, à l'exception cependant du phosphate d'oxyde de fer, qui est augmenté en raison directe de la quantité de sang contenue dans les matières expectorées.

Quant aux crachats de la période de résolution, ils se rapprochent de ceux du type catarrhal, et l'on voit s'effacer ainsi les différences qui viennent d'être signalées. (*Würzburger Medicinische Zeitschrift*, 1861, t. II, n[os] 5 et 6.)

Le travail du professeur Bamberger est un premier jalon dans une voie peu fréquentée jusqu'ici. Malgré les *desiderata* que présentent encore ces conclusions, elles n'en doivent pas moins être enregistrées avec soin, et l'intérêt de ces recherches apparaît suffisamment de lui-même pour que je n'y insiste pas davantage. Je veux seulement appeler l'attention sur les résultats obtenus par le docteur Laycock dans cette forme particulière de bronchite, à laquelle il a donné le nom de *bron-*

Digitized by Google

chite fétide ; c'est également à la présence de l'acide butyrique qu'il attribue la fétidité presque gangréneuse des matières expectorées. Il a constaté dans trois cas l'existence de cet acide dans les crachats ; en conséquence, ces crachats fétides n'appartiennent point exclusivement à la bronchiectasie, et il importe de tenir compte de ce fait pour ne pas confondre cette forme spéciale de bronchite à sécrétion fétide, avec les dilatations bronchiques ou avec la véritable gangrène pulmonaire (1).

Les chiffres de M. Bamberger montrent une augmentation notable des chlorures à l'époque de la résolution de la pneumonie. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de ce résultat les expériences du professeur Bennett, qui a constaté, à la même période de la maladie, un accroissement considérable dans la proportion des chlorures de l'urine. J.

VI

VARIÉTÉS.

LES HÔPITAUX AU MOYEN AGE.

La discussion académique actuellement pendante appelle quelque intérêt sur les dispositions des hôpitaux ou plutôt des *Hôtels-Dieu* établis en France dans le cours du moyen âge. Voici à cet égard quelques renseignements que nous empruntons au DICTIONNAIRE RAISONNÉ DE L'ARCHITECTURE FRANÇAISE DU XI[e] AU XVI[e] SIÈCLE, par M. Viollet-Leduc.

L'Hôtel-Dieu de Chartres, l'hôpital d'Angers (fondés au milieu du XII[e] siècle), la salle dite *des morts*, à Ourscamp (datant du XIII[e] siècle), comptent parmi les constructions hospitalières les plus anciennes et les plus curieuses. Elles ont ceci de commun qu'elles consistent principalement en une grande salle à trois nefs séparées par deux rangs de colonnes ; à chaque colonne étaient adosses, transversalement au grand axe de la salle, deux lits opposés par le chevet ; de sorte qu'il y avait, dans toute la longueur du vaisseau, quatre rangées de lits. Il devait y en avoir une centaine dans la salle d'Ourscamp. Les fenêtres étaient disposées de manière à donner beaucoup de jour à l'intérieur ; celles du haut étaient à vitrages fixes, et celles du bas pouvaient s'ouvrir pour l'aération. A Ourscamp, il existe, le long du mur, au droit des colonnes, de petites niches à hauteur de la main, pour déposer les boissons ou les ustensiles ; une grande cheminée existait à une extrémité de la salle.

A Tonnerre, il reste, d'un magnifique hôpital élevé vers 1293, par Marguerite de Bourgogne, belle-sœur de saint Louis et reine de Sicile, la grande salle avec quelques dépendances. De chaque côté de cette salle étaient disposées, au nombre de quarante, des cellules de boiseries, sortes d'alcôves ouvertes par le haut, donnant dans la salle commune, mesurant d'une cloison à l'autre 3 mètres 95 centimètres, et dans chacune desquelles était un lit. A l'une des extrémités, étaient un autel et deux chapelles, et, devant le chœur, un jubé mettant en communication deux galeries latérales qui passaient au-dessus des alcôves et permettaient de surveiller celles-ci en même temps que d'ouvrir les fenêtres. De ses appartements, Marguerite pouvait, soit descendre dans la salle, soit arriver sur les galeries, et inspecter les cellules. Deux caveaux souterrains, passant des deux côtés de la grande salle, entraînaient dans la rivière les vidanges de l'établissement. Des ventilateurs de 0m,10 d'ouverture sont établis dans le lambrissage de la charpente. Les fenêtres latérales, à meneaux, sont disposées pour pouvoir être ouvertes depuis le bas jusqu'à la naissance des tiers-points. Ce magnifique vaisseau n'a pas moins de 18 mètres 60 centimètres de largeur dans œuvre, sur 88 mètres de longueur depuis le porche jusqu'au sanctuaire. Il est probable que l'air se renouvelait aisément dans ces alcôves ouvertes, comme nous l'avons dit, par le haut, et communiquant librement avec une aussi vaste salle, qui est en même temps fort élevée et munie de ventilateurs.

Ces curieuses dispositions se retrouvent dans la maladrerie dite du *Tortoir*, située près de la route qui mène de Laon à la Fère (Aisne).

Nous profitons de l'occasion pour donner, d'après le même auteur, la liste des principaux hôpitaux fondés à Paris du VII[e] au XVI[e] siècle. Ce sont : l'*Hôtel-Dieu*, par saint Landry, suivant la tradition (VII[e] siècle) ; l'*hôpital des Haudriettes*, sous Clovis, reconstruit au XIII[e] siècle, par la famille Haudry ; l'*hôpital de Saint-Gervais*, par G. Masson (1171) ; l'*hôpital de Sainte-Catherine*, appelé d'abord *de Sainte-Opportune* (1180 environ) ; l'*hôpital de la Sainte-Trinité*, rue Saint-Denis, par les frères Escacuol (1202) ; l'*hôpital des Quinze-Vingts*, par saint Louis (1254) ; l'*hôpital Saint-Marcel*, anciennement *de Lourcine*, par Marguerite de Provence, après la mort de saint Louis ; l'*hôpital des Jacobins* (1263) ; l'*hôpital de Saint-Jacques-du-Haut-Pas*, par Philippe IV (1286), l'*hôpital Notre-Dame-des-Billettes*, par Roger Flamming (1299) ; l'*hôpital Saint-Jacques-aux-Pèlerins*, rue Saint-Denis, par Louis X (1315) ; l'*hôpital Saint-Julien-aux-Ménétriers*, par deux ménétriers (1330) ; l'*hôpital du Saint-Sepulcre*, par Philippe de Valois (1333) ; l'*hôpital du Saint-Esprit*, destiné aux enfants (1361) ; l'*hôpital Conventuel* ou commanderie du Petit-Saint-Antoine, sous Charles V (1368). A. D.

— Par décret du 8 avril ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'officier : M. Fortuner, médecin-major de 1[re] classe. — Au grade de chevalier : M. Mitaut, vétérinaire en premier.

— Le ministre de la guerre a décidé que l'inspection médicale aurait lieu en 1862, dans l'intérieur, en Algérie et au corps d'occupation, à Rome. Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements : 1[er] arrondissement, M. Vaillant (5[e], 6[e], 7[e], 8[e] et 22[e] divisions, et l'École du service de santé militaire de Strasbourg). — 2[e] arrondissement, M. Michel Lévy (15[e], 18[e], 19[e] et 21[e] divisions). — 3[e] arrondissement, M. Maillot (2[e], 3[e], 4[e] et 16[e] divisions). — 4[e] arrondissement, M. le baron Larrey (10[e], 11[e], 12[e], 13[e] et 14[e] divisions). — 5[e] arrondissement, M. Hutin (1[re] division militaire et École du Val-de-Grâce). — 6[e] arrondissement, M. Ceccaldi (les trois divisions de l'Algérie). — 7[e] arrondissement, M. Sédillot (9[e], 20[e], 17[e] divisions, et le corps d'occupation à Rome.

— MM. Cloquet, Nélaton, Tardieu et Demarquay ont été désignés pour faire partie du jury de l'Exposition de Londres, les deux premiers comme juges titulaires, les deux autres comme juges suppléants.

— On annonce que la statue d'Esquirol va être érigée dans le préau d'honneur de la Maison impériale de Charenton.

— M. le docteur Deval vient de mourir à cinquante-cinq ans. Nous apprenons aussi à l'instant la mort de M. Cazeaux, membre de l'Académie.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie d'un cours des maladies des voies urinaires le mercredi 23 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il la continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Cette troisième partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

COURS PUBLIC D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — M. Hiffelsheim traitera des *indications* des diverses méthodes d'électrisation, de leur action physiologique et du mode d'application des courants.

Les leçons recommenceront le mercredi 23 avril, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et continueront les mercredis à la même heure.

Livres.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — BAINS DE LUXEUIL (Haute-Saône). EAUX THERMALES FERRO-MANGANIFÈRES, EAUX SALINO-THERMALES, par le docteur *A. Delaporte*. In-8 de 139 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE D'AMÉLIE-LES-BAINS (Pyrénées-Orientales), par le docteur *Ernest Génieys*. In-18 de 104 pages, avec figures. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

LES EAUX-BONNES (Basses-Pyrénées) : VOYAGE, TOPOGRAPHIE, CLIMATOLOGIE, HYGIÈNE DES VALÉTUDINAIRES, VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES EAUX, PROMENADES, RENSEIGNEMENTS, par le docteur *P. de Pietra-Santa*. 1 joli volume in-18 de VI-322 pages, et 2 cartes. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

(1) Comparez le travail du professeur Traube *sur la bronchite putride*. Ce travail est en cours de publication in *Deutsche Klinik*.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 25 AVRIL 1862. — N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Décrets impériaux. — Arrêtés ministériels — **Partie non officielle. I. Paris** Création d'une chaire de médecine comparée et d'une chaire d'histologie à la Faculté de médecine. — Transfèrement des aliénés. — Hygiène hospitalière. — Eaux de Paris. — II. **Travaux originaux**. Des sutures métalliques; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires; expériences et observations sur ce sujet. — Morts subites par embolie de l'artère pulmonaire. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — IV. **Bibliographie.** Album de photographies pathologiques, complémentaire du livre intitulé : *De l'électrisation localisée*. — Leçons d'orthopédie professées à la Faculté de médecine de Paris. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

PARTIE OFFICIELLE.

DÉCRETS.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre de l'instruction publique et des cultes;

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu la loi du 14 juin 1854 et le décret du 22 août de la même année, rendu en exécution de cette loi et portant organisation des Académies :

Considérant qu'il y a lieu de réviser certaines dispositions de l'ordonnance du 2 février 1823, spéciales à la Faculté de médecine de Paris, qui ne sont plus en harmonie avec les principes posés par les décrets du 9 mars 1852 et du 22 août 1854,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est le chef de la Faculté. Il est chargé, sous l'autorité du recteur de l'Académie, de diriger l'administration et la police, de surveiller l'enseignement et d'assurer l'exécution des règlements.

Il propose, chaque année, le projet de budget qui doit être soumis au conseil académique; il ordonne les dépenses dans les limites des crédits ouverts par le budget annuel; il convoque les crédits et préside l'assemblée de la Faculté, composée de tous les professeurs titulaires.

Notre ministre de l'instruction publique et des cultes désigne, tous les ans, deux professeurs titulaires chargés de seconder le doyen dans ses fonctions, et il délègue l'un de ces deux professeurs pour remplacer le doyen, en cas d'absence ou d'empêchement.

ART. 2. — L'assemblée de la Faculté donne son avis sur les mesures à prendre ou à proposer concernant l'enseignement et la discipline, lorsqu'elle est convoquée à cet effet par le doyen de la Faculté, dûment autorisé par le ministre.

ART. 3. — Toutes les dispositions des ordonnances, règlements ou arrêtés antérieurs contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

ART. 4. — Notre ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 16 avril 1862. NAPOLÉON.

Par décret impérial, rendu le 16 de ce mois, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le baron Paul Dubois, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre de l'instruction publique et des cultes,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. — Deux chaires sont créées à la Faculté de médecine de Paris, l'une pour l'enseignement de la médecine comparée, l'autre pour l'enseignement de l'histologie.

ART. 2. — M. le docteur RAYER, membre de l'Institut, est nommé professeur de médecine comparée à la Faculté de médecine de Paris.

M. CH. ROBIN, docteur en médecine, agrégé, est nommé professeur d'histologie à la même Faculté.

ART. 3. — Notre ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 19 avril 1862. NAPOLÉON.

ARRÊTÉS MINISTÉRIELS.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 19 de ce mois, M. le docteur RAYER, membre de l'Institut, professeur de médecine comparée à la Faculté de médecine de Paris, a été appelé aux fonctions de doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. le baron Paul Dubois, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé doyen honoraire.

— Par arrêté de la même date, M. Pierre GRATIOLET, docteur ès sciences et aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle, a été chargé du cours d'anatomie, physiologie comparée et zoologie, vacant à la Faculté des sciences de Paris par le décès de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Digitized by Google

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 24 avril 1862.

CRÉATION D'UNE CHAIRE DE MÉDECINE COMPARÉE ET D'UNE CHAIRE D'HISTOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — TRANSFÈREMENT DES ALIÉNÉS. — HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — EAUX DE PARIS.

Les decrets qu'on vient de lire, insérés au MONITEUR mardi matin, étaient a l'Académie de médecine le sujet de toutes les conversations. Les professeurs qui font partie de la Compagnie se cherchaient, s'interrogeaient, se groupaient en conciliabule, les uns riant, les autres moroses, suivant l'humeur. On disait que la Faculté n'avait été ni consultée, ni avertie, pas même l'inspecteur général des études médicales, M. Denonvilliers; et en comparant ces actes soudains de l'administration à un coup de canon, les amateurs de jeux de mots ne manquaient pas d'accoler au nom de cet engin de guerre celui du nouveau doyen.

Il ne nous appartient pas d'émettre un avis sur cette question de forme, non plus que sur les questions de discipline intérieure. L'administration use d'un droit en créant des chaires nouvelles; elle use d'un autre droit en nommant directeurs les premiers titulaires; c'est tout ce que nous avons à voir ici. Quant au fond, comment pourrions-nous ne pas applaudir à deux créations qui incarnent dans l'enseignement officiel les tendances et les principes scientifiques au triomphe desquels nous sommes voués depuis tantôt dix ans? Quand nous avons chaque jour à défendre l'histologie contre des attaques ou des persiflages partis du sein de la Faculté, comment ne serions-nous pas heureux, et même un peu flatté, de voir l'histologie planter son drapeau dans la place, par les mains de son représentant le plus actif et le plus autorisé? Comment ne louerions-nous pas le gouvernement d'avoir été plus avisé en matière de science que plusieurs de ceux qui sont chargés de la distribuer en son nom; d'avoir compris et prévenu le mouvement de la jeunesse médicale qui la portait de plus en plus à aller chercher hors des régions officielles, et souvent hors de France, la vie de l'esprit moderne; d'avoir enfin senti l'inanité de ces revendications incessantes en faveur de la *clinique*, que personne n'attaque, des *anciens*, que tout le monde respecte, et de ne s'être pas associé aux calculs de cette fausse sagesse qui consiste en réalité à repousser de magnifiques conquêtes dans la crainte des abus, ou de ne pas marcher par peur des faux pas? Dorénavant, les adversaires du microscope et de la physiologie pathologique seront encore libres d'inculquer aux élèves leurs antipathies; mais, du moins, le remède sera, comme on dit, à côté du mal; et, nous en sommes sûr, rien n'empêchera M. Robin de populariser dans l'enseignement public, comme il le faisait déjà dans l'enseignement privé, une branche de connaissances et des méthodes d'investigation que nous sommes réduits aujourd'hui à envier à l'étranger.

Tout ceci s'applique plus particulièrement, on le voit, à la chaire d'histologie; mais, nous ne séparons pas, dans notre pensée, M. Rayer de cette sorte de réparation. M. Rayer est, depuis trente ans, le patron accepté de toute cette pléiade de travailleurs qui ont su se dégager des langes de l'éducation médicale contemporaine, et qui ont ceint leurs reins pour marcher dans des voies d'avenir. M. Robin lui-même, malgré son grand mérite personnel, s'honore de ce patronage; M. Cl. Bernard lui doit en partie d'être sorti de l'humble situation où il dépensait infructueusement les richesses de sa puissante originalité.

Pour tout dire, chaire contre chaire, nous aurions préféré à la *médecine comparée* l'*histoire de la médecine*, comme donnant satisfaction à un besoin plus immédiat, plus généralement senti. Mais l'un n'empêchera pas l'autre, nous l'espérons bien; et, en attendant, l'institution d'une chaire de médecine comparée a deux mérites à nos yeux : d'abord d'introduire dans la matière des études tout un ordre de faits qui pourra bien encore n'être pas du goût du parfait clinicien, appelé à soigner uniquement l'espèce humaine, mais qui peut offrir de précieux éléments à l'interprétation scientifique des maladies; ensuite, d'ouvrir la seule porte par laquelle M. Rayer pût, en l'état actuel des choses, être donné à l'enseignement. Nous n'avons à cet égard qu'un regret à exprimer : c'est qu'il n'ait pas reçu cet honneur il y a une dizaine d'années, à une date où sa position comme savant et comme médecin était la même qu'aujourd'hui. La jeunesse aurait attendu de lui plus de services, et lui-même aurait eu le temps de mûrir pour le décanat. Heureusement, comme doyen, il trouvera près de lui le conseil expérimenté de plus d'un collègue, notamment de celui qui a rempli depuis quelque temps avec autant d'activité que d'intelligence les fonctions d'assesseur.

A. DECHAMBRE.

Le bruit des conversations provoquées par l'incident dont nous parlons plus haut a empêché d'entendre la lecture d'un mémoire de M. Girard de Cailleux, se rattachant à la fois à la question de la réforme du service des aliénés de la Seine et à celle de l'hygiène hospitalière. A ce double titre et convaincu que, sur des sujets aussi importants, il est avantageux pour tout esprit sérieux de trouver réuni dans le même recueil l'ensemble des documents produits dans le débat, nous publierons prochainement le travail de M. Girard. On verra que, sous sa forme concise, il apporte aux questions pendantes en ce moment des éléments précieux.

La discussion sur l'hygiène hospitalière a été close enfin, après un nouveau discours de M. Briquet excellent confrère que nous supposions moins irascible, et qui a cru devoir attaquer la bonne foi de M. Malgaigne, comme il avait attaqué celle de M. Le Fort et des chirurgiens anglais, et après une courte réplique de M. Gosselin. Les conclusions du rapport tendantes : 1° à adresser des remerciments à M. Le Fort; 2° à renvoyer son travail au comité de publication, ont été adoptées à l'unanimité.

Signalons enfin à l'Académie des sciences un travail sur les *embolies*, lu par M. le professeur Velpeau. Encore un signe du temps. C'est un vétéran de la science, l'un des plus prudents et des plus sagaces, qui vient soutenir de sa grande autorité une *nouveauté germanique*, et se plaindre même avec quelque aigreur du dédain qu'affectent pour elle des médecins distingués. Nous publions ci-après le travail de M. Velpeau (p. 266).

A. D.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Suite. — Voir les n[os] 14 et 15.

Les objections que nous avons précédemment exposées ont été discutées, et, disons-le tout de suite, réfutées d'une manière qui nous a paru victorieuse, — *officiellement* dans les mémoires de M. le préfet de la Seine, dans les rapports de M. Dumas et de M. Robinet; — *officieusement*, dans l'ouvrage déjà cité de M. Figuier et dans la lettre de M. Robinet à un

Digitized by Google

conseiller d'État. Pour laisser à la réplique toute sa force, nous nous contenterons, le plus souvent, de la reproduire textuellement.

« La plus sévère économie, dit M. le préfet de la Seine, a dicté le projet, qui n'accorde rien, même aux travaux d'art, que ce qu'exigent la solidité et la durée. »

« La dépense a été estimée avec prudence, déclare à son tour M. Dumas. L'examen attentif des éléments sur lesquels son appréciation repose nous a convaincu, conformément à l'opinion de l'habile ingénieur des travaux du chemin de fer de l'est, M. Hachette, que si la ville de Paris veut aller bien et non aller vite, le travail se fera avec économie sur les prix des devis et avec une solidité qui le rendra propre à résister à l'action des siècles. »

En outre, « la commission a reconnu qu'à côté de la dépense présumée, il s'ouvrirait des ressources nouvelles d'une grande importance, propres à les compenser. »

Les évaluations relatives au projet de dérivation ne reposent pas sur une donnée arbitraire, sur un calcul frivole et imaginaire. « Elles sont basées, avec un soin minutieux, sur l'étude géologique du sol, sur le métré des terrains à déplacer, des souterrains à ouvrir, des murs et des voûtes, des piliers, des arcades et des ponts à construire, des tuyaux à poser; sur le prix connu des matériaux, du transport, de la main d'œuvre dans chaque localité; sur l'expérience déjà faite, dans les mêmes contrées, par les chemins de fer, et sur les offres des divers entrepreneurs. »

Les devis estimatifs n'ont pas été dressés par des gens de cabinet, ni par des mathématiciens exclusivement adonnés aux calculs théoriques et aux méditations spéculatives; ils ont été mûris par des hommes pratiques, accoutumés de longue main à ces sortes de travaux, et chez qui la probité est à la hauteur de l'expérience et du savoir. Mais, pour plus de garantie encore, le projet et les devis ont été soumis successivement à l'examen d'une commission composée d'inspecteurs généraux, et ensuite au contrôle du conseil général des ponts et chaussées. Et ce sont ces deux assemblées qui ont fixé « les prévisions de la dépense au chiffre de 30 millions, afin de mieux assurer encore la solidité des ouvrages d'art, et de parer à toutes les éventualités résultant de la nature des terrains traversés. »

Tout compte fait, il est aujourd'hui bien avéré, d'après des calculs qu'il serait superflu de reproduire ici, et qu'on trouvera tout au long dans les documents officiels et dans l'ouvrage de M. Figuier, que « l'eau de la Seine coûterait aussi cher à élever que les eaux des sources de la Dhuis amenées à Paris par un aqueduc, » soit 0fr,056 par mètre cube. Et même, M. Michal a démontré qu'en adoptant le système préconisé par M. Delamarre le mètre cube d'eau de Seine reviendrait à 0fr,085.

Voilà pour le présent. Voyons pour l'avenir.

« Le système des machines élévatoires entretenues par le feu donnerait lieu à une dépense annuelle, permanente, évaluée à 1,200,000 à 2,000,000 de francs, susceptible d'accroissement selon le renchérissement du combustible, des engins et de la main d'œuvre, dépense qui grèverait à perpétuité le budget de la ville d'une lourde charge.

» Dans le système de la dérivation, on fonde une sorte de monument d'une durée, pour ainsi dire, indéfinie, peut-être plus coûteuse de premier établissement que les machines à vapeur, mais qui, une fois payé par annuités, ne laissera plus dans le budget municipal, au bout d'un certain temps facile à déterminer, qu'un faible article pour frais d'entretien et de surveillance, environ 100,000 francs. » (Robinet.)

« Le système des dérivations d'eaux de sources est donc, au point de vue des dépenses annuelles de la ville de Paris, la plus favorable des combinaisons. »

A ceux qui ont déclamé contre le système « suranné » des aqueducs, M. le préfet de la Seine répond en termes excellents :

« On a pris en dédain les travaux hydrauliques des peuples qui, ne connaissant pas la machine à vapeur, ont construit à grands frais des aqueducs fermés pour amener aux villes l'eau des sources lointaines. L'erreur et la barbarie ne sont-elles pas plutôt du côté de ceux des modernes qui regardent comme le dernier terme du progrès de faire monter chaque mètre cube d'eau par la combustion d'une certaine quantité de charbon, de soumettre l'alimentation d'une grande ville aux chances de dérangement de machines compliquées, et de livrer aux consommateurs une eau mêlée de matières étrangères, et qu'à cause de sa température élevée on ne peut boire pendant six mois sans dégoût? La meilleure application du savoir et de la perfection véritable n'est-elle pas, au contraire, chez les Romains, auteurs de ces magnifiques aqueducs, fleuves suspendus d'eau pure et toujours fraîche, bienfait éternel que ne peut interrompre une roue qui se brise ou un foyer qui s'éteint!

« Sous Nerva et Trajan, 1,488,300 mètres cubes d'eau coulaient, par vingt-quatre heures, de ces fleuves aériens qui se donnaient rendez-vous sur les sept collines, et qui apportaient aux habitants de la ville éternelle 1,240 litres par tête, dans l'hypothèse de la population la plus considérable; 1,815 litres, suivant le calcul moyen, et 2,648 litres, d'après la supputation la plus restreinte.

» Aujourd'hui encore, après tant de vicissitudes, Rome use de quelques-uns des vieux aqueducs restaurés, exhaussés ou complétés par le soin des souverains pontifes. Ces aqueducs donnent ensemble plus de 180,000 mètres cubes pour une population qui ne dépasse point 170,000 habitants, soit 1,060 litres environ par tête. »

On le voit donc, « ni la capitale de la France, ni celle de l'Angleterre ne peuvent comparer, même de loin, leurs richesses en eaux publiques à celles qu'avaient réunies les anciens Romains, à celles mêmes qui ont été recueillies comme des débris d'héritage par leurs successeurs. »

M. Dumas et M. Robinet parlent aussi avec une sorte d'enthousiasme des merveilleux travaux hydrauliques accomplis par le génie des anciens Romains.

Dans une très remarquable thèse de concours pour une chaire d'hygiène (Paris, 1852), un hygiéniste éminent, dont le témoignage ne saurait être suspect, et dont la compétence est trop notoire pour être contestée, M. le docteur Guérard se déclare franchement partisan du système de la dérivation des sources pour l'alimentation des villes en eaux potables; et il prodigue ses louanges et son admiration aux aqueducs de Rome, à ceux de Mérida, de Tolède, de Tarragone, de Chelva, de Ségovie et de Grenade. « L'aqueduc de Ségovie, remarquable, dit-il, par les proportions gigantesques de ses arcades, n'a jamais cessé de remplir sa destination première... » Celui de Grenade, « construit par les Arabes, a 32 kilomètres de long, et fournit encore aujourd'hui de l'eau en grande abondance. »

Et ce ne sont pas seulement les peuples anciens qui ont amené dans leurs villes les eaux pures et fraîches des sources lointaines. Les Romains et les Arabes ont trouvé sous ce rapport dans les temps modernes de nombreux imitateurs; et des

Digitized by Google

aqueducs d'une construction plus ou moins récente alimentent en eaux de sources naturelles ou artificielles, — *à l'étranger*, Bruxelles, Édimbourg, Manchester, Liverpool, la Havane et Rio-de-Janeiro; — *en France*, Bordeaux, Rouen, Dijon, Montpellier, Grenoble, Poitiers, Nancy, Strasbourg, Perpignan, Metz, Castelnaudary, Nevers, Valenciennes, Vesoul, Auxerre, Lons-le-Saulnier, Clermont-Ferrand, Vienne, Dieppe, le Havre, etc.

Lisbonne va être alimentée en eaux de sources. — Un aqueduc amènera bientôt dans Glascow les eaux du lac Katrin.

A Londres, le comité supérieur d'hygiène, *General Board of health*, s'est prononcé en faveur des eaux de source ou de drainage de la manière la plus formelle; et si la métropole de la Grande-Bretagne puise encore ses eaux potables dans la Tamise, c'est que des considérations administratives d'une haute gravité, c'est que des obstacles jusqu'à ce jour insurmontables n'ont pas permis de recourir au système, reconnu préférable à tous égards, de la dérivation.

En ce qui concerne Paris, nous avons déjà dit que ce système avait reçu pour sa partie économique l'approbation de la commission des inspecteurs généraux, du conseil supérieur des ponts et chaussées et de la commission dite des eaux, présidée par M. Dumas. Cette triple approbation n'a pas manqué non plus au projet municipal en ce qui touche sa partie technique et son côté scientifique. Tous les ingénieurs, tous les géologues consultés, et à leur tête l'illustre Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Élie de Beaumont, ont été unanimes à admettre, comme basée sur les plus saines données de la géologie, et, partant, comme scientifiquement démontrée, l'existence de la nappe d'eau souterraine des masses crayeuses de la Champagne. En vérité, on aurait peine à croire que des hommes tels que les Élie de Beaumont et les Dumas, qui occupent le premier rang parmi les savants, et qu'un corps aussi éminent, aussi distingué que le conseil supérieur des ponts et chaussées, se soient exposés de gaieté de cœur à compromettre le prestige qui entoure leur nom et le crédit qui s'attache à leur autorité, en adoptant trop à la légère une conjecture gratuite, une hypothèse sans fondement, une simple vue de l'esprit, le rêve d'une imagination hardie, et en se rendant, pour ainsi dire, complices d'une audacieuse mystification, après en avoir été trop complaisamment les dupes.

Cependant, si, par extraordinaire et en dépit de toutes les vérifications et de tous les contrôles, les prévisions de la géologie ne se réalisaient point ou ne se réalisaient que d'une manière incomplète (car la science n'est pas infaillible), on puiserait directement aux sources jaillissantes, dont le débit est certain et dont le jaugeage a subi l'épreuve des sécheresses exceptionnelles des dernières années. Ceci ressort clairement de la déclaration suivante, contenue dans le rapport de M. Robinet : « Ce n'est pas seulement par des drainages, mais bien par des sources jaugées qui coulent dès à présent, qu'on entend alimenter l'aqueduc (de la Dhuis). »

Pour ce qui est de la crainte de voir ces sources diminuer ou même se tarir, rien de moins vraisemblable, rien de plus chimérique. « L'expérience apprend que les grandes sources sont généralement pérennes et ne disparaissent jamais; elles résistent à tous les travaux des hommes, » et le débit de celles qui doivent servir à l'approvisionnement de Paris n'a pas sensiblement varié pendant les années 1858 et 1859, les plus arides dont la tradition ait conservé le souvenir.

Le danger de l'oblitération des siphons par des dépôts calcaires a été longuement et savamment réfuté par M. Figuier, qui prouve chimiquement que, « pour les aqueducs de la Vanne et de la Somme-Soude, il y a impossibilité matérielle d'incrustations. Pour l'aqueduc de la Dhuis, ajoute-t-il, une incrustation légère pourra se produire; mais elle ne saurait dépasser, d'après ce qui s'est vu à Dijon, l'épaisseur d'un millimètre en dix ans; or, comme l'aqueduc aura 1 mètre 35 centimètres et quelquefois 1 mètre 50 centimètres de diamètre, on voit quelle influence pourra exercer une si mince pellicule déposée de dix en dix ans dans cette énorme conduite. »

D'ailleurs, l'analyse chimique et l'épreuve à l'hydrotimètre (appareil réactif imaginé par MM. Boudet et Boutron), en démontrant que les eaux de la Vanne et de la Somme-Soude renferment moins de sels terreux que les eaux de la Seine, et que celles de la Dhuis n'en contiennent en plus qu'une faible quantité, rendent illusoire la menace propagée par certains pessimistes de voir s'élever à Paris la consommation du savon dans une effroyable proportion.

M. Haussmann et M. Dumas, l'un dans ses mémoires, l'autre dans son rapport, se sont attachés à démontrer que la dérivation projetée ne porterait aucun préjudice, ni à l'agriculture, ni à l'industrie champenoise. La nappe d'eau souterraine qui alimente les sources de la Dhuis, de la Somme-Soude et de la Vanne, est assez riche, assez abondante, pour qu'on puisse lui emprunter le volume d'eau nécessaire à l'approvisionnement des aqueducs, sans épuiser le sol et sans appauvrir les cours d'eau. En effet, des calculs ont établi que cet emprunt s'élèverait à peine à 3 pour 100 de la quantité d'eau disponible, et tout au plus à 1 pour 100 de la quantité fournie par les pluies.

Quant au dommage sérieux que la dérivation pourrait faire subir aux propriétaires des trente-huit moulins ou usines que la Vanne, la Somme-Soude et le Dhuis font tourner, il sera, dit-on, facilement compensé moyennant une grosse indemnité.

Nous aimons ces raisons-là, et nous y souscrivons volontiers; mais en voici une autre qui n'est pas tout à fait de notre goût : « De tels intérêts, ajoute-t-on, ne peuvent entrer en balance avec celui de l'alimentation de la capitale de l'empire et de l'immense population qui s'y presse. » — Les convenances de 3600 villageois doivent se taire devant les intérêts de 1 700 000 citadins. En d'autres termes,

.... La raison,
C'est que je m'appelle lion !

Ces prétentions léonines, cette proclamation du droit du plus fort ne sont pas de notre époque; et l'on regrette de les voir figurer au service d'une cause assez bonne et assez solide pour pouvoir se passer d'un pareil argument. La morale publique n'admet plus qu'on égorge un homme pour en sauver cent autres, et qu'on dépouille une bicoque pour enrichir une ville. Il vaut mieux chercher à démontrer, comme on l'a fait, que non-seulement la dérivation ne nuira pas aux Champenois, mais qu'au contraire elle leur rendra un service signalé, en desséchant leurs marais, et, conséquemment, en améliorant leur sol et en assainissant leur contrée.

A ceux qui, à propos de la vallée de Saint-Gond, ont crié : à la profanation ! au sacrilége ! M. Robinet a répondu avec beaucoup de justesse, « que ce n'est pas au fond de cette

Digitized by Google

vallée tourbeuse que les ingénieurs iront chercher de l'eau, et que, dussent-ils exécuter des travaux quelconques près de ce lieu, leur patriotisme et leur délicatesse bien connus sauraient respecter une terre, objet de la vénération du pays. »

Et si jamais l'ennemi, foulant de nouveau le territoire français, venait à menacer Paris et à couper les aqueducs de dérivation, « les pompes de Chaillot, *qu'il ne s'agit pas de supprimer*, fourniraient, dit M. Hausmann, une quantité d'eau suffisante à l'alimentation de la ville; et, à défaut de ces pompes, une administration intelligente assurerait d'avance un service provisoire, en employant à élever la quantité d'eau nécessaire les machines particulières qui bordent la Seine, afin d'éviter à la population l'incommodité d'un puisage direct.

Les machines actuelles seront donc conservées comme des moyens auxiliaires toujours prêts à fonctionner en cas d'accident. D'ailleurs, « chaque rue sera pourvue d'une double canalisation, il y aura pour tous des eaux de Seine, des eaux de l'Ourcq et des eaux de sources. Par conséquent, les Parisiens seront libres de choisir, et l'on verra bientôt à quelles eaux ils donneront la préférence ». — C'était, à notre avis, la meilleure réponse qu'on pût faire à ceux qui ont objecté la répugnance traditionnelle de la population parisienne pour les eaux de source.

Nous ne pensons pas que M. Jolly soit très bien inspiré quand il invoque en faveur des eaux de rivière l'instinct des animaux et l'appétence des plantes. Nous prisons fort et haut la physiologie comparée, mais à la condition qu'on ne franchira pas les bornes d'une légitime analogie. Il n'est permis qu'aux poëtes de comparer l'homme au cèdre superbe, au faible roseau ou à l'herbe des champs. L'homme, quoi qu'on fasse, ne saurait jamais être assimilé scientifiquement à un végétal. Il ne faut pas trop, non plus, chercher à conclure des instincts et des habitudes des animaux aux besoins de notre propre espèce; car, pour peu qu'on s'avançât résolûment dans cette voie, on arriverait facilement à soutenir que l'homme doit marcher à quatre pattes, manger des glands et de la paille, et qu'il peut, au grand profit de sa santé, boire l'eau des ruisseaux ou se désaltérer avec délices dans une mare croupissante, à l'instar de beaucoup d'animaux domestiques trop bien connus pour qu'il soit nécessaire de les nommer.

Le plus sage est donc de laisser l'homme tel qu'il est. Nous estimons qu'il n'a rien à gagner à prendre les bêtes pour modèles. Il vaut infiniment mieux qu'il se gouverne conformément aux suggestions de la raison et aux préceptes de la science.

A. Linas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des sutures métalliques; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires; expériences et observations sur ce sujet, par M. Ollier, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Suite. — Voir les nos 9 et 12.

§ IV. — *De la manière de se servir des fils métalliques dans les diverses espèces de suture. — Du choix du fil et des aiguilles. — De l'utilité des fils de différentes grosseurs pour les diverses parties d'une même plaie. — Des fils capillaires comme* fils de perfectionnement *dans les autoplasties.*

Nous venons de reconnaître que les fils métalliques sont moins irritants que les fils organiques et maintiennent la plaie dans de meilleures conditions de fixité et de rapprochement. Il faut maintenant se demander si ce double avantage n'est pas compensé par quelques inconvénients. Pour cela, nous allons comparer, sous plusieurs autres rapports, les deux espèces de fil, et nous espérons pouvoir démontrer que les fils organiques n'ont aucun avantage comme moyen de synthèse, et que, par conséquent, ils doivent, si l'on accepte notre manière de voir, être remplacés par les fils métalliques dans toutes les espèces de suture. Nous n'exceptons que les fils qui servent à maintenir les épingles dans la suture entortillée : ici les fils ne traversant pas les tissus, la souplesse des substances organiques et la propriété qu'elles ont de se laisser pénétrer par le sang, de se coller à la peau et de former ainsi une attelle extérieure, sont des avantages qu'on aurait tort de sacrifier. Mais, pour toutes les autres sutures, quelle que soit la sinuosité du trajet que doive parcourir le fil, quelque compliqué que soit le manuel opératoire, nous pensons qu'il vaut mieux se servir du fil de fer; il a assez de résistance et de flexibilité pour se prêter à toutes les manœuvres. Mais achevons la comparaison entre les deux espèces de fil.

Quand une plaie peut être rapprochée sans violence, quand les lambeaux largement taillés n'ont besoin que d'être soutenus, la pression exercée par l'anse de fil est très légère; mais, lorsqu'il a fallu employer une certaine violence, et que, malgré tous les artifices employés dans les opérations autoplastiques, cette violence n'a pu être prévenue ou éludée, alors la pression est considérable, et elle devient la cause première et permanente de l'ulcération. C'est ici que les fils souples d'origine végétale et animale ont pu paraître avoir quelque avantage par le relâchement qu'ils éprouvent dès qu'ils ont commencé de sectionner la peau.

Mais nous ne pouvons partager cette manière de voir; nous croyons, au contraire, que ce relâchement est la source des plus grands inconvénients, et, pour le démontrer, nous n'avons qu'à compléter ce que nous avons exposé à la fin du précédent paragraphe. Quand le fil végétal ulcère les tissus compris dans son anse, il se relâche et ne maintient plus les lèvres de la plaie. Or, à ce moment-là, de deux choses l'une : ou les lèvres sont soudées ou elles ne le sont pas; si elles sont soudées, la soudure maintient les lambeaux en place, et peu importe que le fil soit souple et relâché; si elles ne sont pas soudées, elles s'abandonnent, et le fil flottant dans le trajet qu'il a parcouru ne peut favoriser leur réunion. Il n'y a donc rien de favorable aux fils organiques dans ce mécanisme de la réunion des plaies rapprochées avec une certaine violence; or, les fils métalliques conservent toujours sur eux l'avantage d'être mieux tolérés par les tissus et de maintenir la plaie avec plus de fixité.

Voyons maintenant si, au point de vue de la flexibilité, de la solidité et de la commodité de la manœuvre, les fils organiques possèdent une supériorité réelle sur les fils métalliques.

Les fils de fer capillaires, et même les fils de fer un peu moins fins, se manient avec autant de facilité que les fils végétaux. Ils ont assez de souplesse et de résistance pour être introduits avec toutes sortes d'aiguilles et par les trajets les plus compliqués. Ils peuvent être fixés plus commodément et par un plus grand nombre de procédés. Les fils faits avec d'autres métaux n'ont pas cet avantage, il est vrai; le plomb ne peut pas être tiré assez fin; l'or et l'argent sont beaucoup plus cassants que le fer; mais, avec le fil de fer capillaire, nous le répétons, on a tous les avantages réunis.

C'est, du reste, ce que nous allons mieux faire comprendre en décrivant les diverses particularités relatives à la pratique des sutures métalliques, au choix du fil et des aiguilles, en étudiant les diverses variétés de suture dans leur mode d'application et dans leurs effets. Ce sera le meilleur moyen de montrer que, sous le rapport mécanique, les fils métalliques ne sont pas inférieurs aux fils ordinaires.

A. *Du choix du métal et de la grosseur des fils. — Ténacité re-*

Digitized by Google

lative des divers métaux. — Réduire les fils métalliques à leur plus grande finesse possible, tout en leur conservant une résistance suffisante, telle a été notre tendance constante, tant nous sommes persuadé de la vérité de la proposition que nous avons pris à tâche de démontrer par l'expérimentation, à savoir, qu'un fil fin coupe moins qu'un fil gros. Aussi repoussons-nous complétement les fils larges et plats, encore employés par quelques chirurgiens dans les autoplasties. En lisant la plupart des travaux sur la chirurgie plastique écrits dans ces trente dernières années, on est étonné du soin avec lequel les opérateurs signalent les fils doubles, larges et plats. Il semble qu'une théorie exclusivement mécanique les ait guidés dans le choix de leur moyen de synthèse. Nous avons déjà fait remarquer combien cette pratique était peu en rapport avec ce que nous enseigne la physiologie, et il nous suffit de rappeler nos observations I et II pour condamner ces fils au nom de l'expérimentation. Il faut faire pour les sutures ce qu'on a fait pour les artères, et, de même qu'on a renoncé aux ligatures plates pour étreindre les vaisseaux, il faut renoncer aux gros fils, et surtout aux fils larges et aplatis en rubans, pour la réunion des plaies.

Nous nous servons de fils métalliques de diverses grosseurs. On en trouve dans le commerce une vingtaine de numéros pouvant servir comme fils à sutures. Il est fâcheux que les divers fabricants n'aient pas une filière uniforme : il suffirait de désigner les numéros pour donner une idée juste de leur grosseur. Il n'en est pas malheureusement ainsi : les diverses filières ne se correspondent nullement, et nous devons donner d'autres indications.

Nous nous sommes servi de fils de toute grosseur ; mais, comme il est inutile de multiplier les numéros, nous n'en avons conservé qu'un petit nombre, qu'on peut même, à la rigueur, réduire à trois ou quatre, et qui suffisent à tous les besoins.

Les plus gros ont l'épaisseur du fil écru ordinaire dont on se sert en France dans la plupart des hôpitaux. Les plus fins, ou fils capillaires, ont la finesse d'un cheveu ou mieux d'un poil de barbe. Les moyens ont à peu près un diamètre double des fils capillaires; ils sont cependant plus minces que les fils dont on se sert généralement pour les fistules vésico-vaginales. Ils sont plus fins que ceux dont se sert M. Baker-Brown, et à peu près de même grosseur que ceux qu'emploient MM. Simpson et Spencer Wells. Les fils dont se servait M. Bozeman, et qu'on a pris pour modèle en France, étaient aussi bien plus gros que les fils capillaires; ils étaient cependant qualifiés de fils fins et même fils très fins. Ils méritaient ce nom relativement aux fils que mettent en usage M. Jobert et quelques autres chirurgiens ; mais, relativement aux fils capillaires, ce sont encore des fils gros, leur diamètre étant deux ou trois fois plus fort.

On les trouve chez beaucoup de marchands sous les numéros : 12 pour les fils capillaires, 25 pour les fils moyens.

Leur épaisseur réelle est la suivante :

Fils capillaires de $0^{mm},08$ à $0^{mm},11$ (1) ; — fils moyens de $0^{mm},18$ à $0^{mm},24$; — fils gros de $0^{mm},40$ à $0^{mm},45$.

Nous indiquons plusieurs chiffres, parce qu'une différence de deux ou trois centièmes de millimètre s'observe entre divers échantillons du même numéro.

Les fils capillaires de $0^{mm},10$ ont une résistance suffisante pour la plupart des sutures. Ils supportent sans se rompre un poids de 400 à 500 grammes, et ils ont une ténacité bien supérieure aux fils d'or, d'argent ou de platine tirés au même numéro. Ils ont quatre fois plus de ténacité que les fils d'or, c'est-à-dire qu'un fil capillaire en fer résiste à peu près comme un fil d'or d'un diamètre double. Relativement à l'argent, ils sont trois fois plus résistants (1). Ces deux derniers métaux, ainsi que le platine, ont l'avantage d'une plus grande ductilité ; mais, au-dessous de 0,08 de millimètre, ils offrent trop peu de résistance pour être commodément maniés (2).

Il n'y a contre le fer qu'une objection à élever : c'est la facilité de son oxydation. Nous y avons déjà répondu (paragraphe II), et nous avons indiqué qu'en se servant de fils recouverts d'une couche de métal inoxydable on évite cet inconvénient, moins grave, d'ailleurs, qu'on ne pourrait le croire. Nous ne nous servons que du fer étamé pour les fils moyens et gros ; on les trouve chez tous les marchands de métaux. Quant aux fils capillaires, nous les employons ou étamés ou dorés, ou même le plus souvent sans préparation aucune, tels qu'on les trouve dans le commerce ; mais, quand on doit les laisser longtemps dans les tissus, il vaut mieux choisir parmi les fils galvanisés.

Les fils étamés ne subissent aucune altération dans l'intérieur d'une plaie qui suppure : les fils d'argent, au contraire, deviennent noirs très rapidement par suite de l'action du soufre qui se trouve dans les liquides organiques. Nous avons vu des fils d'argent complétement noircis après trente minutes de séjour dans une plaie.

Avec les trois grosseurs moyennes des fils que nous venons d'indiquer, $0^{mm},10$, $0^{mm},20$, $0^{mm},40$, correspondantes aux fils capillaires, fils moyens et fils gros, on peut, à la rigueur, répondre à toutes les indications de la synthèse des plaies. Il vaut mieux cependant avoir toujours à sa disposition quelques numéros intermédiaires (3).

B. *De la manière de passer et de fixer les fils.* — Pour passer les fils métalliques à travers les tissus, on peut se servir de toutes les aiguilles et de tous les porte-aiguilles inventés jusqu'à ce jour pour les fils organiques. Il en est un de plus, c'est l'aiguille tubulée de Startin, connue aussi sous le nom d'aiguille de Simpson, du nom du chirurgien qui a le plus contribué à la répandre.

Dans la plupart des opérations, les aiguilles mi-courbes ou courbes ordinaires suffiront à tous les besoins ; il faut seulement choisir des aiguilles très fines, aussi fines que possible, pour le passage des fils capillaires. Quelques chirurgiens non habitués au maniement des fils métalliques nous ont fait une objection, à priori, de la difficulté de leur introduction. Quand ils sont mal enfilés et surtout lorsqu'ils sont trop gros, on éprouve, il est vrai, une certaine résistance à leur faire traverser les tissus ; mais, si l'on a soin de bien recourber le petit bout sur le grand bout en les tordant un peu l'un sur l'autre, et qu'on emploie des fils fins, l'introduction devient assez facile. Dans les fistules vésico-vaginales, MM. Marion Sims et Bozeman passent d'abord un fil de soie et s'en servent ensuite pour conduire le fil métallique dans le trajet parcouru par l'aiguille. MM. Verneuil et Follin ont adopté ce procédé. Le passage direct des fils au moyen d'une aiguille ordinaire dans une fistule située au fond du vagin est, en effet, un temps difficile et parfois dangereux de cette opération. Nous préférons nous

(1) Nous en avons employé de 0,072.

(1) Un fil de 2 millimètres de diamètre supporte les poids suivants :

Plomb	9	kilogrammes.
Étain	24	—
Or	68	—
Argent	85	—
Platine	124	—
Cuivre	137	—
Fer	249	—

(2) L'ordre de ductilité des métaux est le suivant :

Or, argent, platine, fer, cuivre, étain, plomb.

(3) Un des abonnés de la *Gazette* nous écrit pour nous demander si les propriétés électriques du métal ne sont pas la véritable raison de la supériorité des fils métalliques. Nous n'avons pas de données positives à cet égard, et, bien que l'établissement d'un courant entre le fil et les tissus qu'il traverse, surtout lorsqu'il y a deux métaux en présence, comme dans les plaques de Bozeman, soit un fait réel, rien ne nous autorise à faire jouer à ce courant un rôle efficace. On a dit tant de choses erronées au nom de l'électricité que nous devons nous tenir sur la réserve. Nous ne nions pas ; mais nous attendons des preuves.

Digitized by Google

servir de l'aiguille tubulée de Startin, que nous allons décrire bientôt ; mais, en choisissant des fils assez flexibles, tels que des fils de fer de 0mm,15 à 0mm,18, on pourrait se passer du fil de soie conducteur (1).

Il faut éviter que le fil ne s'enroule sur lui-même pendant qu'on traverse avec l'aiguille les lèvres de la plaie. Les fils métalliques opposent une grande résistance aux tractions parallèles, mais un nœud ou une torsion brusque les rend cassants. C'est quand on veut redresser brusquement un fil roulé sur lui-même ou contourné en spirale qu'il peut se briser sous l'influence de tractions relativement faibles. Cet accident survient après la perforation de la première lèvre de la plaie, si l'on tire à soi l'aiguille, et qu'on fasse passer une certaine longueur du fil. Alors, au moment où on perfore la seconde lèvre, la portion du fil qui a dépassé la première s'enroule sur elle-même, et si l'on tire brusquement, on peut produire un nœud qui gênera le passage du fil, et pourra devenir cause d'une rupture. Pour éviter cet inconvénient, il suffit de détordre le fil avant de le tirer à soi. En perforant d'emblée les deux lèvres, on n'a pas à craindre cette torsion de la portion intermédiaire ; mais quand les lèvres sont éloignées, et qu'il faut faire en des points déterminés les ouvertures d'entrée et de sortie du fil, un certain degré d'enroulement est à peu près inévitable ; avec un peu d'attention on se mettra à l'abri de ces inconvénients.

Pour passer les aiguilles dans les parties non accessibles ou difficilement accessibles aux doigts, il faut se servir des divers porte-aiguilles imaginés pour les fils ordinaires. Ces instruments sont très nombreux. La staphylorraphie seule a été l'occasion d'une foule d'inventions de ce genre. Ceux de Roux, de Bozeman sont les plus employés ; mais tous ceux qui ont été inventés dans un but spécial pourront avoir leur utilité. Ceux qui exigent le plus de souplesse dans le fil, celui de Dupierris par exemple, se manœuvrent très aisément avec les fils capillaires. La pince à pansement à pression continue (modèle des *nouvelles trousses de Charrière*) peut parfaitement suffire pour les sutures qui ne sont pas trop éloignées de la superficie de la peau.

Il en est un exclusivement destiné aux fils métalliques, et qui est d'un maniement très commode pour les fistules vésico-vaginales, c'est l'aiguille tubulée de Startin (2). C'est une longue tige d'acier de 10 à 15 centimètres, montée sur un manche, et piquante à son extrémité libre. Cette tige est parcourue par un canal dans lequel on fait glisser le fil métallique. Le canal commence près du manche, et s'ouvre près de la pointe de l'aiguille, taillée en biseau de sa concavité vers sa convexité. On passe cette aiguille à travers les deux lèvres de la fistule, et pendant qu'elle est ainsi fixée par les parties qu'elle perfore, on glisse par son canal un fil métallique qui vient faire saillie par l'ouverture de la pointe. On le saisit alors avec des pinces, on le tire dans le vagin, et quand on en a fait sortir une longueur suffisante, on retire l'aiguille, et le fil reste en place. Cette aiguille tubulée est très utile dans la fistule vésico-vaginale ; elle abrége la durée de l'opération, et facilite singulièrement le passage des fils. Nous n'avons pas eu recours à d'autres procédés dans les opérations que nous avons faites pour oblitérer ces fistules. Malheureusement on ne peut pas s'en servir dans les fistules longitudinales profondes. Il faut alors que la suture soit transversale, et l'aiguille ne peut pas suivre cette direction. On peut la courber, il est vrai, mais alors le fil glisse difficilement, et le procédé perd ses avantages. A défaut de l'aiguille de Startin, on pourrait, dans certains cas, se servir d'un trocart explorateur très fin. La pointe retirée, on passerait le fil par la canule.

Une fois le fil passé, il s'agit de le fixer. On procédera autrement pour les sutures superficielles que pour les sutures placées dans des cavités profondes et inaccessibles aux doigts.

Les fils capillaires peuvent parfaitement être noués, comme des fils végétaux. Leur flexibilité leur permet de se prêter très bien à cette manœuvre, qui n'est possible, cependant, que lorsque le nœud est superficiellement placé ; mais il est plus commode, plus rapide, plus simple et plus sûr de les tordre sur eux-mêmes. L'anse est tout aussi bien fixée, et l'on risque moins de casser le fil si le rapprochement de la plaie exige une certaine force. Si la suture est profonde, dans le vagin, au voile du palais, par exemple, on peut encore la fixer au moyen de la torsion par plusieurs procédés. Ce qu'il y a de plus simple, c'est de se servir d'une pince à pansement à pression continue, au moyen de laquelle on saisit les deux chefs du fil. On tourne ensuite la pince sur son axe, et la torsion s'opère ; mais les chefs ne sont pas toujours faciles à saisir, et il faut alors se servir d'un des ajusteurs de M. Marion Sims ou Bozeman, qui rapprochent les fils, et permettent de les saisir ensuite avec les pinces. Celui de M. Marion Sims, fait spécialement pour cet usage, représente une plaque de sonde cannelée fendue à son milieu, et placée à angle droit à l'extrémité d'une tige droite. Un autre moyen plus commode encore consiste à se servir du serre-nœud de Coghill, qui n'est qu'une tige percée de deux trous à une de ses extrémités. On engage chaque chef du fil dans un de ses trous, on pousse l'instrument jusqu'au niveau des tissus rapprochés, et puis on tord en tournant la tige sur son axe.

Dans les régions profondes, la torsion a un inconvénient sérieux ; comme on ne peut pas exactement en apprécier le degré, on risque d'aller trop loin et de casser le fil, d'où une perte de temps et une gêne nouvelle pour en repasser un autre. On est exposé d'ailleurs, pour la même cause, à trop étrangler les tissus. Il vaut donc mieux se servir, pour fixer l'anse de fil, des tubes de plomb de Galli ou des grains de plomb perforés. On engage les fils dans l'ouverture du tube ou du grain de plomb, on pousse celui-ci jusqu'à ce qu'il touche la plaie, et on l'écrase avec un davier. Ce moyen est très simple dans son application, et nous paraît d'une manière générale mériter la préférence sur la torsion.

Pour fixer l'ensemble des points de suture, et pour immobiliser ainsi la totalité de la plaie, la plaque de plomb imaginée par M. Bozeman pour les fistules vésico-vaginales est d'une grande utilité. Elle forme une attelle qui empêche les diverses parties de la plaie de jouer les unes sur les autres, et en les immobilisant elle les met dans les meilleures conditions possibles pour l'adhésion des tissus contigus. Cette plaque n'est pas seulement applicable aux fistules vésico-vaginales. M. Verneuil s'en est servi deux fois avec succès dans des opérations d'uréthroplastie, et nous n'avons eu qu'à nous en louer dans un cas semblable. On peut l'employer toutes les fois qu'on veut immobiliser la suture dans une direction donnée. Pour l'appliquer, on lui donne la forme nécessaire pour qu'elle recouvre la totalité de la plaie qu'on veut réunir ou arrondir ses angles, on la perce d'autant de trous qu'il y a de points de suture ; on engage les deux chefs de chaque fil dans le trou correspondant ; on pousse la plaque contre les tissus à réunir, puis on fixe les fils au moyen d'un tube de Galli ou d'un grain de plomb perforé.

Cette plaque a déjà subi plusieurs modifications, et en subira d'autres encore, sans nul doute, tant sont nombreux les moyens qu'on peut imaginer pour assujettir les fils. M. Atlée (de Philadelphie) l'a percée d'une fenêtre longitudinale répondant à l'étendue de la plaie à réunir. Par cette fenêtre passe la moitié des fils à suture, qu'on tord isolément, et qu'on arrête ensuite au moyen d'un grain de plomb. L'autre moitié des fils (et on a soin de les alterner) est fixée différemment. On les

(1) Dans une fistule recto-vaginale profonde (4 centimètres), reste d'une périnéorrhaphie, nous avons passé directement les fils métalliques au moyen d'une petite aiguille montée sur le porte-aiguille de Bozeman. La finesse du fil que nous avons employé nous a permis de le tordre sans peine.

(2) M. Reybard (de Lyon), qui s'est longtemps occupé de la fistule vésico-vaginale, avait imaginé, il y a quelques années, des aiguilles tubulées traversées par un mince ressort d'acier qu'on faisait sortir du tube et dont on se servait pour passer des fils de soie. C'est la même idée que M. Startin a réalisée plus tard en la modifiant dans le but spécial d'y faire glisser directement les fils à suture.

Digitized by Google

passe par des ouvertures disposées par paires de chaque côté de la fenêtre longitudinale, de manière que les chefs de chaque fil sortant vis-à-vis l'un de l'autre par des ouvertures situées à 8 ou 9 millimètres de distance puissent être tordus ensemble (1). Cette modification a son importance en ce qu'elle assujettit d'une manière différente et par un double mécanisme les bords de la plaie. On commence par tordre la moitié des fils avant d'appliquer la plaque, et l'on juge par là de l'exactitude de la réunion. Un reproche que nous ferions à la plaque de Bozeman, perforée d'une seule ligne de trous, c'est d'occasionner, dans certains cas, une trop grande striction des tissus par un rapprochement forcé des deux chefs du fil au-dessus du trou dans lequel ils s'engagent. En pratiquant deux lignes de trous parallèles situées à 1, 2 et même 3 millimètres de distance, on évite cet inconvénient. On peut, en outre, immédiatement tordre les fils sans avoir besoin des fixateurs en plomb. Cette double rangée de trous sera utile pour les plaies d'un rapprochement facile, et dans lesquelles l'abondance des tissus ferait redouter un excès de striction. M. Rob. Battey (de la Georgie) (2) a proposé une plaque percée d'une rangée de trous près d'un de ses bords, et présentant sur l'autre bord un nombre égal de fentes. Un des chefs du fil est introduit dans le trou de la plaque et fixé par un grain de plomb, l'autre engagé dans la fente correspondante ; on les tord ensuite l'un avec l'autre. Au lieu de la plaque de plomb, M. Simpson se sert d'une espèce d'attelle en fil de fer, auquel il attribue l'avantage de soutenir et la fistule et les parties voisines.

M. Baker-Brown, pour éviter les mouvements d'une plaque rigide, qui a plus d'une fois amené des ulcérations par la pression de ses extrémités, a eu l'idée d'une série de crampons en forme de croissant, formant par leur juxtaposition une attelle composée de pièces indépendantes. Nous nous en sommes servi deux fois pour des fistules vésico-vaginales, et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Ce sont des croissants de plomb de 5 millimètres de largeur perforés à leur milieu, dont la concavité est tournée vers la plaie, et dont la convexité est surmontée d'un appendice qui fait l'office du grain de plomb perforé.

On pourrait aussi employer, pour certaines régions, le procédé des doubles plaques (antérieure et postérieure) que M. Denonvilliers (3) a mis en usage pour le bec-de-lièvre. Les fils traversent la totalité de l'épaisseur de la lèvre parallèlement à la section des tissus ; les plaques sont percées de deux rangées de trous parallèles pour le passage des fils. La présence de ces deux plaques, l'une en avant, l'autre en arrière, donne à l'anse de fil une forme quadrilatérale et des bords parallèles, ce qui permet une coaptation plus exacte. Les fils ne passent pas, en outre, à travers les surfaces de section des lambeaux. Pour la plaque antérieure, on pourrait se servir d'une substance transparente (verre, par exemple), qui permettrait d'apprécier exactement la coaptation des bords (4).

C. *De la distance qu'il faut laisser entre les points de suture. — A quelle époque doit-on retirer les fils? — Manière de les retirer. — Suture perdue.* — Dieffenbach recommandait de multiplier les épingles dans la réunion des lambeaux autoplastiques ; et le rapprochement des fils de suture est devenu un des points fondamentaux de la méthode américaine pour l'opération des fistules vésico-vaginales. Dans ses articles consacrés à l'exposition des principes de cette méthode (5), M. Verneuil fait parfaitement ressortir l'importance des fils fins et l'utilité de la multiplication des points de suture. « Il faut les placer, dit-il, à 5 ou 6 millimètres, ce qui serait dangereux avec de gros liens. » En diminuant la grosseur des fils à suture, et en employant des fils de 8 centièmes de millimètre, nous avons cru devoir aller plus loin encore, et les placer à 3, 4 millimètres de distance, selon les cas. On va nous reprocher peut-être ici de tomber dans le défaut que nous avons signalé aux partisans des ligatures plates et larges, c'est-à-dire d'agir pour des tissus organiques comme on le fait habituellement pour des substances privées de vie et incapables de réaction. Nous n'acceptons nullement ces reproches, car en multipliant ainsi les points de suture nous nous appuyons sur un fait physiologique, c'est-à-dire l'absence presque complète de réaction, ou du moins la faible irritation qu'on observe autour des fils capillaires. Cette pratique serait tout à fait irrationnelle et suivie des plus mauvais résultats si l'on se servait des anciens fils, et même des fils métalliques usités pour les fistules vésico-vaginales ; mais avec les fils capillaires il n'en est pas ainsi, et l'on peut perfectionner l'affrontement des lambeaux sans craindre les effets des sutures ordinaires ; si le fil coupe, les tissus divisés se réunissent derrière lui, et il ne reste pas de cicatrice apparente. La multiplicité de ces fils a un autre but, elle répartit sur une plus large surface la force qui retient les lambeaux, et en diminuant le tiraillement exercé par chaque fil en particulier elle éloigne ou évite la section des tissus. Elle permet ainsi de se servir des fils capillaires dans les cas où le tiraillement des lambeaux ferait craindre la section des tissus par le mécanisme que nous avons décrit plus haut (paragraphe III). Quelque peu disposé que nous nous soyons montré jusqu'ici pour une théorie mécanique, nous croyons que cette dernière explication est parfaitement fondée. Avant que les fils aient eu le temps de couper, la soudure des bords de la plaie a pu se faire, l'irritation amenée par les fils étant insuffisante pour la faire échouer.

Au bout de combien de jours faut-il enlever les fils? Cette question si délicate lorsqu'il s'agit des fils organiques ordinaires, est moins embarrassante pour les *fils métalliques* et surtout pour les fils capillaires. Quand ces fils sont tolérés, qu'ils n'occasionnent pas d'inflammation sensible autour d'eux, et de suppuration le long de leur trajet, rien ne presse de les enlever. Tant qu'on craint que la réunion ne soit pas solide, il faut les laisser. On le peut sans inconvénients dans la majorité des cas. Pour les fistules vésico-vaginales il est de règle de ne les retirer qu'au bout de neuf ou dix jours. Il nous est arrivé d'en laisser dix, douze et quinze jours pour d'autres opérations autoplastiques (rhinoplastie, restauration du périnée) ; mais généralement lorsqu'ils sont multipliés, nous commençons à en enlever quelques-uns au troisième ou quatrième jour ; nous les retirons successivement à mesure qu'ils nous paraissent inutiles, et nous n'enlevons les derniers que lorsque la réunion nous semble parfaitement solide. Si au troisième ou au quatrième jour on s'apercevait qu'on les a trop multipliés, et que l'inflammation développée autour d'eux dépassât les limites habituelles, il faudrait enlever ceux qui sont le moins essentiels à la réunion. Il n'y a pas de règle absolue, la tolérance de l'organisme et l'état de la plaie devront guider en pareil cas. Mais ce sur quoi nous insistons, c'est qu'on peut prolonger le séjour des fils métalliques fins dans la plaie, bien au delà du temps que mettent les fils ordinaires à en ulcérer profondément les lèvres.

Ce séjour prolongé des fils dans une plaie n'est pas certainement une nécessité dans la plupart des cas ; il vaut mieux même, lorsqu'une plaie se réunit franchement, les enlever au plus tôt ; mais la propriété qu'ils ont de passer presque inaperçus, les rend précieux dans une foule d'opérations où la réunion n'est assurée que lorsqu'elle est déjà solide. En les laissant on évite les décollements secondaires des plaies dont la couche plastique unitive n'est pas complétement organisée.

Si jusqu'ici nous n'avons pas reconnu d'infériorité aux fils métalliques, nous devons avouer qu'ils présentent parfois une véritable difficulté pour leur extraction du milieu des tissus ;

(1) Voy. Follin, *loc. cit.*

(2) *Obstetrical Transactions*, t. I, p. 275.

(3) *Compendium de chirurgie*, art. Bec-de-lièvre, t. III.

(4) M. Heyfelder a proposé et mis en usage pour certains procédés d'autoplastie qui ont pour but de réunir les lambeaux par leurs faces et non par leurs bords, des plaques sur lesquelles sont implantées des épingles. Les épingles sont enfoncées dans les tissus et ceux-ci réunis au moyen du rapprochement des plaques.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1859.

Digitized by Google

lorsqu'ils sont placés dans des parties profondes et non accessibles aux doigts, dans le fond du vagin, par exemple. Quand on a employé la plaque de plomb pour les réunir, et que leur anse a été fortement courbée, il est souvent très difficile de les amener au dehors sans faire saigner un peu les tissus. La fixité de l'anse que forme le fil métallique ne permet pas de la redresser aisément. Pour les fils capillaires cependant, la flexibilité est suffisante pour que le redressement puisse s'effectuer sans grand effort et partant sans déchirure. Les fils organiques ont l'avantage de pouvoir être retirés sans le moindre effort, grâce à leur souplesse, une fois le cercle coupé en un point avec des ciseaux.

Quand il s'agit d'une plaie superficielle, il n'y a pas de difficulté sérieuse, quelque fort que soit le fil. Après avoir sectionné l'anse, on prend chacun de ses bouts avec une pince, et pendant qu'on tire d'un côté, on agit de l'autre, de manière à effacer la courbure du fil. Dans les parties profondes, cette manœuvre n'est pas toujours facile à exécuter, il faut couper le nœud ras des tissus, saisir alors une de ses extrémités, et en tirant suivant une courbe en rapport avec celle de l'anse, on parvient à dégager le fil sans amener de sang. Il arrive quelquefois qu'après la séparation du grain de plomb ou de la plaque, la portion restante de fil s'enfonce dans les tissus et ne peut être facilement retrouvée. On a été plus d'une fois même obligé de l'abandonner comme suture perdue. Dans des plaies superficielles même, il peut arriver que le gonflement des tissus masque la présence des points métalliques. La peau peut alors se recoller sur eux, et comme ils restent tolérés, ils passent inaperçus. Nous avons ainsi oublié un point de suture dans l'aisselle, à la suite d'une autoplastie pour cicatrice vicieuse. Trois mois plus tard il vint faire saillie sous la peau, et le malade le retira lui-même.

Dans le procédé de Bozeman, pour la fistule vésico-vaginale, quand on a coupé les fils entre la plaque et le grain de plomb fixateur, il arrive souvent, une fois la plaque retirée, qu'on *distingue à peine* les anses métalliques, à cause de la tuméfaction de la muqueuse ; c'est pour éviter cet inconvénient que M. Verneuil fait glisser deux grains de plomb en avant de la plaque. Il n'écrase que le dernier, et quand il veut enlever la suture, il coupe le fil entre les deux plombs. Les chefs de l'anse sont alors plus longs et plus faciles à extraire.

On abandonne quelquefois volontairement des points de suture dans le fond d'une plaie. On compte sur leur enkystement ou leur expulsion ultérieure. C'est là la *suture perdue*, analogue aux ligatures qu'on a proposé d'abandonner dans une plaie après avoir coupé les deux fils au ras du nœud. M. Hayward (de Boston), un des chirurgiens qui ont le plus contribué (1) à l'édification de la méthode américaine par le traitement des fistules vésico-vaginales, abandonnait les fils à leur expulsion naturelle. Dans les opérations d'ovariotomie on a quelquefois occasion de faire des sutures profondes, et l'on a recommandé (Baker Brown) de les pratiquer ainsi. Pour les plaies intestinales, la plupart des sutures anciennes rentrent dans les sutures perdues. A part ce dernier cas et d'autres où il est impossible de faire différemment, nous pensons qu'il faut s'abstenir de ce genre de suture, et malgré toute notre confiance en la tolérance des tissus pour les fils métalliques, il nous paraît imprudent de mettre trop longtemps cette tolérance à l'épreuve.

D. Des fils qui conviennent aux diverses espèces de suture. — Utilité des fils de différentes grosseurs pour les diverses parties d'une même plaie. — Fils de soutien ; fils de perfectionnement. — Nous ne passerons pas en revue toutes les espèces de suture qu'on a proposées ou mises en pratique. Nous nous occuperons seulement des plus usuelles et de celles pour lesquelles la substitution des fils métalliques aux fils organiques peut donner lieu à quelques considérations spéciales.

Dans nos généralités nous avons eu surtout en vue la suture entrecoupée ; c'est la plus simple dans son application, et celle qu'on emploie encore le plus souvent. Elle convient à toutes les plaies superficielles, à rapprochement facile, et c'est dans ces cas-là que les fils capillaires nous ont donné les heureux résultats que nous avons signalés. Si les lèvres de la plaie sont épaisses, si elles sont doublées des tissus sous-cutanés, on peut encore employer les fils capillaires enfoncés profondément, pourvu que les lambeaux viennent facilement à la rencontre l'un de l'autre. Mais s'il y a des vides profonds et de grandes masses de tissu à rapprocher, il vaut mieux se servir de la suture enchevillée qui agit sur les tissus au moyen d'une pression extérieure portant sur une plus large surface. Cette suture enchevillée ne peut pas alors se faire commodément avec les fils capillaires qui n'offrent pas une résistance suffisante. On les casse lorsqu'il faut employer une trop grande force pour ramener les lambeaux au contact. Les fils moyens de 0^{m},20 sont alors nécessaires, et même des fils un peu plus gros selon la résistance à vaincre.

La suture entortillée qui n'est qu'une suture métallique, exige des épingles d'autant plus fortes que la résistance à vaincre est plus considérable. D'une manière générale il faudra employer des épingles aussi fines que possible.

Dans une même autoplastie il nous paraît souvent très important d'employer simultanément ces diverses sutures. La suture enchevillée et entortillée, la première surtout, rapprochent profondément les chairs ; elles les soutiennent et les fixent solidement en faisant cesser tout tiraillement vers leurs bords ; la suture entrecoupée est alors employée pour affronter exactement ceux-ci, pour en perfectionner la réunion. Nous la pratiquons avec des fils capillaires qui méritent alors le nom de *fils de perfectionnement*, par rapport aux fils plus gros de la suture enchevillée qui sont les *fils de soutien*. Dans la périnéorrhaphie, par exemple, nous nous servons de fils de 0^{mm},20 à 0^{mm},25 pour la suture enchevillée, puis nous faisons les sutures vaginales et superficielles avec les fils capillaires. Ceux-ci n'ayant pas alors à supporter d'effort pour l'affrontement des tissus qu'ils traversent, permettent d'obtenir une réunion très exacte et sont dans les meilleures conditions pour favoriser l'adhésion. Dans la chéiloplastie, après avoir soutenu les lambeaux par la suture entortillée, nous achevons la réunion des angles, ou la suture de la muqueuse à la peau par les fils capillaires. Dans certaines opérations, pour mieux soutenir les parties, il faut faire passer les épingles ou les fils de soutien en arrière des limites de la plaie. La grosse épingle qu'on emploie dans le procédé de M. Philips, pour le bec-de-lièvre, dans le but de rapprocher les ailes du nez et de maintenir les lèvres en contact, remplit très bien cette indication dans ce cas particulier. On devra employer un moyen analogue dans certains procédés de rhinoplastie, dans le but de faire cesser le tiraillement des joues, et appliquer les lambeaux latéraux ou les deux moitiés du lambeau médian l'une contre l'autre pour avoir un dos du nez saillant. En réunissant une fistule vésico-vaginale nous avons placé au centre des fils moyens (0^{mm},22, de la grosseur de ceux qu'on emploie habituellement en pareil cas), puis tout tiraillement ayant cessé aux extrémités de la plaie, nous nous sommes contenté de fils capillaires que nous avons fixés par les tubes de Galli. Les fils capillaires les plus fins, de 0^{mm},08, risquent de se casser dans les manœuvres nécessaires à l'ajustement de la plaque, et il vaut mieux en choisir de plus gros.

Pour exercer une pression plus égale et répartie sur une plus large surface, il faut remplacer les chevilles ordinaires par deux plaques de plomb qu'on moule selon la configuration des parties, et qui, maintenues seulement par un et quelquefois deux points de suture, suffisent à immobiliser les lambeaux. Ces plaques seront plus ou moins larges ; elles varieront de 1 à

(1) C'est M. Hayward qui a surtout fait ressortir l'importance des fils fins pour le succès de la réunion de la fistule : « S'il avait songé aux fils métalliques, il n'aurait presque rien laissé à faire à ses successeurs. » (Verneuil, *loc. cit.*)

Digitized by Google

6 centimètres, selon l'étendue des parties à réunir. Elles sont bien préférables aux chevilles ordinaires, à cause de la surface sur laquelle elles agissent et de la facilité qu'on a de changer leur forme et de limiter leur action. Les fils placés de cette manière nous paraissent les meilleurs fils de soutien qu'on puisse désirer, lorsqu'on veut opérer l'affrontement des lambeaux, non-seulement par leurs bords, mais par leurs faces. On a alors ainsi une suture à plaques enchevillées (1).

Dans la suture enchevillée, les fils métalliques ont une utilité spéciale. Outre leur supériorité sous le rapport de la permanence de la coaptation dans les cas où l'anse est profonde et fortement courbée, ils permettent d'augmenter ou de diminuer à volonté la constriction des chevilles. Quand on a fait avec des fils organiques le dernier nœud qui doit fixer la seconde cheville, on ne peut sans de grandes difficultés changer le degré de la striction, si on la trouve ou trop forte ou trop faible. Avec des fils métalliques, au contraire, on est toujours maître de la suture. Comme on fixe les fils par la torsion, on n'a qu'à détordre pour resserrer ensuite. On peut ainsi, avec la plus grande facilité et sans perdre de temps, modifier la pression des divers points, et on se ménage cette possibilité pendant plusieurs jours, en ne coupant les fils qu'à 5 ou 6 centimètres du point de torsion. Les bouts sont alors repliés dans les pièces de pansement, et ils ne gênent nullement.

Les détails que nous venons de donner sur le manuel opératoire des sutures métalliques, montrent que, sous ce rapport-là, elles ne sont pas inférieures aux sutures organiques ; tout ce qu'on peut obtenir avec celles-ci, on l'obtiendra avec celles-là au moyen de quelques procédés d'une application facile. Pour les fils capillaires surtout, nous pouvons dire que partout où passe un fil de soie, un fil métallique passera aussi facilement. Les fils moyens ou gros ont un désavantage pour le temps de leur introduction ; mais, outre qu'on peut éluder cet inconvénient, la multiplicité des ressources qu'on a pour les fixer doit être considérée comme une compensation suffisante. Le seul point sur lequel les fils organiques aient un avantage réel, c'est la facilité plus grande de leur extraction du milieu des tissus. Mais cet avantage eût-il une plus grande importance et la difficulté de les passer et de les fixer fût-elle plus considérable que pour les fils ordinaires, que nous considérerions encore ces circonstances comme secondaires en présence des avantages d'un autre ordre que nous espérons avoir démontrés.

M. Gosselin, qui s'est montré partisan des fils métalliques, devant la Société de chirurgie (31 juillet 1861), n'a reconnu leur supériorité que pour la réunion des muqueuses. Lorsqu'il les a employés pour suturer les plaies cutanées, il a vu les fils couper la peau et la réunion immédiate ne pas avoir lieu. Quant à nous, nous croyons que, pour tous les tissus, les fils métalliques sont préférables ; qu'il s'agisse de divisions de la peau, des muqueuses, des séreuses ou de toute autre membrane, les sutures métalliques sont mieux tolérées et sectionnent moins vite les tissus. Relativement aux plaies de la peau, sur lesquelles M. Gosselin a émis des doutes, nos expérimentations comparatives nous ont démontré leur supériorité. Quant aux autres membranes, c'est l'expérience clinique et l'analogie physiologique que nous pouvons invoquer.

Aussi pensons-nous qu'il faut renoncer complétement aux substances végétales ou animales employées jusqu'ici dans la confection des fils à suture, pour leur substituer les substances métalliques. Or, comme parmi ces dernières substances le fer a le double avantage d'une ténacité très grande et d'un prix insignifiant, c'est à ce dernier métal que nous donnons la préférence.

Pour les diverses raisons que nous venons d'exposer dans ce paragraphe et dans les précédents, les fils capillaires métalliques nous paraissent le moyen de synthèse le plus propre à favoriser le succès des opérations autoplastiques, et en particulier de celles où l'on a à réunir des tissus minces, délicats et friables sous l'influence de l'inflammation excitée par les corps étrangers qui les traversent. Rien, à notre avis, ne peut les remplacer, pas même les serres-fines, qui cependant rendent les plus grands services dans certains cas, lorsqu'il s'agit, par exemple, de réunir des tissus minces, souples et mobiles. Aux paupières, au nez, au prépuce, ces serres-fines sont bien supérieures aux fils organiques larges et plats, qui étaient en grande vogue au moment où Vidal songea à les remplacer par une suture non sanglante. Elles évitent généralement l'inflammation et l'ulcération qui en est la suite. Mais, outre que la pression exercée par leurs mors est quelquefois assez forte pour ulcérer la peau au point pressé, elles sont exposées à laisser glisser les tissus qu'elles embrassent et même à lâcher complétement, et par suite à faire manquer la réunion. Les fils capillaires sont un moyen plus sûr, plus puissant, et qui permet en outre d'obtenir un affrontement plus exact.

(*La suite prochainement.*)

Morts subites par embolie de l'artère pulmonaire, par M. Velpeau.

Obs. — Une femme âgée de quarante-six ans est entrée dans mon service à la Charité pour y être traitée d'une fracture comminutive de la jambe droite, le 9 mars 1862. Cette malade, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique plutôt que délicat, dit n'avoir jamais été sérieusement malade. On ne trouve dans ses antécédents ni dans l'état général actuel, rien qui puisse être considéré comme cause prédisposante à la coagulation sanguine dont elle a été victime. Il n'en est pas de même de la fracture à laquelle on pourra peut-être rattacher la mort subite, indirectement, bien entendu, comme je le montrerai plus loin.

A son entrée à l'hôpital, la jambe était le siége d'un épanchement considérable : le volume du membre était notablement augmenté, si bien que sa circonférence dépassait de 11 centimètres celle du membre sain. Ce dernier mesurait 33 centimètres, et la jambe fracturée 44. Malgré la force de la violence extérieure, point de plaie aux téguments, aucune complication. Un appareil de Scultet, modérément compressif, fut appliqué le lendemain 10, ainsi que des compresses résolutives. A partir de ce jour, on put constater la résorption graduelle de l'infiltration ; la jambe diminuant sensiblement de volume de jour en jour, et, au bout de trois semaines, il fut possible d'appliquer un bandage dextriné. Cette application eut lieu le dimanche matin 30 mars ; elle fut bien supportée, quoiqu'un peu douloureuse. Le lendemain 31, à la visite, la malade dit qu'elle a bien dormi et que sa jambe la fait moins souffrir. Rien alors n'indiquait que les choses dussent brusquement changer de face. A une heure, elle fut prise de violentes palpitations de cœur, poussa un cri, devint livide et tomba morte. Les palpitations n'avaient pas duré plus d'une à deux minutes.

L'autopsie fut faite vingt-huit heures après la mort ; l'aspect du cadavre ne présente rien de très spécial, si ce n'est une congestion marquée de la face et des parties déclives.

La fracture était comminutive : le tibia présente deux solutions complètes de continuité, une en haut, au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et une seconde en bas, à 13 centimètres de l'extrémité tarsienne. Il existe ainsi un fragment moyen complétement mobile, long de 22 centimètres. Le péroné n'est rompu qu'en un point, à 13 centimètres de son extrémité inférieure.

L'épanchement sanguin infiltre toute l'épaisseur des parties molles de la région.

Les veines du côté sain ne contenaient aucune trace de lésion, et l'on n'a pu y voir aucune concrétion sanguine. Il n'en était pas de même du côté malade. Les veines de la jambe droite, celles du côté de la fracture, présentent de petites concrétions qui deviennent nettes et volumineuses dans la fémorale, la veine iliaque externe et commune, et jusque dans la partie inférieure de la veine cave. La fémorale est oblitérée par le coagulum. Celui-ci est exactement cylindrique, tantôt rouge foncé, d'autres fois rosé, et rappelant la coloration des caillots emboliques ; il est élastique, résistant et un peu adhérent à la face interne du vaisseau. Au ni-

(1) Pour réunir le fond des plaies, M. Heurteloup (Académie de médecine, septembre 1855) a imaginé de passer à travers les tissus une aiguille d'argent aux extrémités de laquelle s'adaptent des pièces mobiles qu'on fait avancer ou reculer au moyen d'une vis. C'est le même effet que nous obtenons, mais d'une manière beaucoup plus simple et plus complète, au moyen des plaques de plomb qu'on serre ou relâche à volonté en tordant et détordant le fil. On peut se procurer partout une plaque de plomb, et l'on n'ajoute pas un nouvel instrument à son arsenal. C'est le même but que s'est proposé M. Bouisson de Montpellier.

Digitized by Google

veau du point où la saphène s'abouche avec la fémorale, l'adhérence est plus complète. En ce point aussi, et dans une certaine longueur, sa coloration est encore moins rosée et se rapproche de celle qui est donnée comme caractère distinctif aux caillots actifs qui ne sont point survenus après la mort. A la partie supérieure de la veine fémorale et à la partie inférieure de la veine iliaque, il existe un coagulum dont j'ai mesuré exactement la longueur : 8 *millimètres*. Celui-là est beaucoup plus résistant que les autres, qui sont un peu spongieux, et commencent à subir une sorte de transformation régressive, ce qui prouve bien que ce ne sont pas des caillots *post mortem*.

La face interne de la veine jusqu'à la terminaison de l'iliaque ne présente pas de traces d'inflammation, si ce n'est toutefois au niveau de la saphène, où le caillot s'est déchiré plutôt que de se détacher de la paroi veineuse correspondante. De la veine cave inférieure au cœur, point de concrétion, rien que du sang liquide.

Le caillot qui a causé la mort est placé dans le tronc pulmonaire, il fait saillie dans l'infundibulum en formant une sorte d'anse ou de genou, et descend à 4 centimètres au-dessous des valvules sigmoïdes dans le cœur ; il occupe la lumière de l'artère à son origine, abaissant d'une manière complète une des sigmoïdes, avec laquelle il est en rapport par sa face postérieure. Ce caillot a une forme toute spéciale : il est pelotonné en forme de sangsue ; l'embolie est ainsi le résultat de l'enroulement du cylindre sanguin sur lui-même, et si elle oblitère la lumière du vaisseau, c'est en raison des espèces de circonvolutions qui la constituent, car sa largeur, que j'ai exactement mesurée, est loin d'égaler le diamètre de l'artère pulmonaire ; elle est de 8 millimètres et correspond, dans sa portion terminale du moins, à l'épaisseur du caillot qui se trouvait à la partie supérieure de la veine iliaque. Il semble ainsi qu'à un moment donné une portion du coagulum des veines inférieures se soit rompue au niveau de la veine iliaque ; il n'est donc pas étonnant que l'on trouve à la partie terminale du caillot pulmonaire les dimensions du caillot iliaque, puisque, d'après la théorie, cette portion du caillot correspondait à la veine iliaque avant le départ de l'embolie. La consistance du coagulum n'a rien de spécial ; sa longueur, autant que j'ai pu la mesurer, sans déplisser le coagulum, est d'environ 35 centimètres. Sa coloration n'est pas homogène. La partie qui correspond à l'anse saillante dans l'infundibulum est rosée ; à 3 ou 4 centimètres au-dessus des sigmoïdes, on trouve aussi une coloration rosée, absolument analogue à celle du caillot fémoral près de la saphène. Dans les autres points il est rouge foncé, à cause des concrétions qui se sont ajoutées après la mort au caillot embolique *lui-même*. Le caillot pénètre jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire ; à droite, il dépasse la première bifurcation de 3 ou 4 centimètres seulement ; à gauche, le caillot devient, en quelque sorte, multiple et se ramifie jusque dans les bifurcations de deuxième ordre.

Quant aux poumons, ils étaient fortement engoués, surtout dans leurs portions antérieure et postérieure ; mais ils étaient restés crépitants (observation recueillie par M. Gouraud, interne du service).

La pièce anatomo-pathologique présentée par moi lundi et l'observation qu'on vient de lire se rapportent à un ordre de faits dont l'importance n'a dû échapper à personne.

Quoique jusqu'ici ces faits n'eussent guère fixé l'attention, ils sont loin cependant d'être rares, d'être exceptionnels. En moins de deux ans, il en est venu à ma connaissance un nombre relativement considérable.

Une dame encore jeune, de la clientèle de M. Dutroulau, est soumise à la cautérisation de quelques hémorrhoïdes fluentes ; pendant vingt-quatre heures tout va bien ; surviennent alors, sans cause appréciable, une anxiété brusque, de l'étouffement, des angoisses insupportables, et la pauvre femme meurt en quelques heures : embolie pulmonaire. — Un jeune homme, que je voyais avec le professeur Trousseau, avait une inflammation de tout le bras ; après l'ouverture de plusieurs abcès, il semblait entrer en convalescence ; à notre visite de dix heures, un matin, nous le croyions hors de danger ; une heure plus tard, il suffoque, appelle au secours, et meurt avant qu'aucun médecin ait le temps de revenir près de lui : embolie pulmonaire. — Une dame de haut rang, relevée d'une couche récente, et dont on célébrait le retour à la santé, est prise tout à coup d'étouffement, et s'éteint en quelques minutes : embolie pulmonaire. — L'épouse d'un accoucheur célèbre s'éveille en sursaut au milieu de la nuit, et meurt de la même manière. — Il en est de même d'un de nos confrères, dont le système veineux indiquait quelques troubles de la circulation depuis un certain temps. — Il y a quelques semaines à peine, le chef d'une grande maison industrielle succombait aux mêmes lésions, avant l'arrivée des médecins appelés près de lui.

En quelques mois il s'est présenté quatre cas de ce genre à l'hôpital de la Charité : une femme, dans la division de M. Briquet, avec une énorme embolie pulmonaire, précédée de varices enflammées aux jambes ; une autre qui était entrée dans mes salles pour une maladie de matrice, et qui, sans prélude, est morte comme d'une syncope en se posant sur le vase de nuit ; une troisième, dont M. Zambaco, chef de clinique, m'a signalé l'exemple, aussi par suite de varices enflammées ; enfin la malheureuse femme qui sert de base à ma communication d'aujourd'hui.

Des faits semblables ont, en outre, été observés par M. Lancereaux, par M. Barth, par M. Gubler, qui me les ont également communiqués.

Il suffit, d'ailleurs, pour être édifié sur la fréquence des *embolies*, de jeter les yeux sur l'important ouvrage de M. Cohn (*Klinik der Embolisch*, etc., Berlin, 1860), et sur la thèse, pleine d'intérêt, soutenue dernièrement à l'École de médecine par M. Ball (*Embolies pulmonaires*, 3 janvier 1862).

Un accident si commun, qui amène la mort avec une telle rapidité, mérite toute l'attention, toute la sollicitude des savants en général, des médecins en particulier.

L'état actuel des sciences et l'humanité ne permettent plus de laisser de semblables catastrophes sans explication ; du reste, l'interprétation en est aujourd'hui très claire. Elle se trouve dans un fait à la fois simple et complexe, qui peut du même coup ouvrir un vaste champ à la pathologie. Qu'il me soit donc permis d'entrer à son sujet dans quelques détails.

Après avoir exposé comment des embolies par caillots peuvent se former dans les veines et dans les artères, l'auteur ajoute :

Il faut admettre dans les artères, comme dans les veines, que les embolies ne sont pas uniquement formées par du sang concret ; qu'on doit entendre par là tout corps étranger circulant avec le sang.

D'un poumon malade, par exemple, il peut se détacher un grumeau, un fragment, soit de tubercule, soit de pus, soit de cancer, aussi bien que de sang concret, qui, une fois engagé dans les veines pulmonaires, sera transporté vers l'oreillette gauche, puis dans le ventricule correspondant. Poussé ensuite dans l'aorte, le grumeau arrivera comme corps étranger, jusqu'à ce qu'il rencontre une artère assez peu volumineuse pour lui refuser passage et qui va se trouver ainsi fermée. Il en serait de même de toute concrétion formée à l'intérieur du cœur gauche ou sur les valvules, comme aussi sur un point quelconque des parois d'une artère malade. Toutefois les embolies artérielles n'exposent pas aux mêmes désordres que les embolies veineuses. Charriées par les artères, elles peuvent occasionner des inflammations, des ramollissements, des gangrènes plus ou moins rapides, plus ou moins étendues, selon le volume ou le nombre des artères obstruées, mais non pas la mort subite de l'individu.

On le voit, la question des embolies, ou pour parler plus exactement, des corps étrangers circulant avec le sang, est, ainsi que je l'ai dit plus haut, une des plus vastes questions de la pathologie.

Pour que les fluides circulatoires traversent sans trouble l'organisme, il faut que rien d'inerte n'y soit mêlé. Les globules du sang sont obligés de traverser des capillaires, des vaisseaux d'un diamètre déterminé. Si donc le sang contient des parcelles hétérologues, des molécules inassimilables d'un autre volume ou d'une autre forme, elles seront arrêtées au passage ; devenant ainsi autant d'épines pour l'organisme, elles troubleront mécaniquement autant que par leur nature propre les fonctions du tissu ou de l'organe qui les recèle. Qui ne sent que tout peut devenir ainsi corps étranger dans le sang ? Une concrétion, une parcelle épithéliale, une paillette de membrane ou de tissu libre, le pus, etc., une fois libres dans le torrent circulatoire, devenus corps inertes, seront transportés partout, tant que le calibre des vaisseaux pourra s'y prêter ; mais dans les parenchymes, arrêtés par les capillaires comme par un tamis ou par un crible, ils deviendront la source d'innombrables troubles. Entraînées à l'état de poussière ou de corpuscules, aussi bien qu'à l'état de grumeaux, de masses tantôt fines, tantôt considérables, comme dans un fleuve qui charrie du sable, des cailloux ou d'énormes blocs, ces substances donnent ainsi la clef d'une série infinie de lésions.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, après tout, que de tels désordres

Digitized by Google

ont éveillé l'attention des médecins; comme toutes les idées complexes et d'une application générale, celle-ci s'est préparée de longue main. En 1684, Guillaume Goud (*Philosophical Transactions*) l'avait déjà pressentie. On la trouve formellement exprimée par Van Swieten dans ses Commentaires.

Il n'avait pas d'observations cliniques à sa disposition, mais il s'était déjà livré sur des chiens à des expériences qui ne laissent aucun doute sur sa pensée. Cependant, comme les doctrines de Van Swieten et de Sénac ou de Bartholet sur les polypes du cœur, sur les concrétions sanguines pendant la vie, combattues par l'école de Morgagni, ont été abandonnées depuis, les recherches et les expériences du célèbre commentateur de Boerhaave tombèrent dans le plus complet oubli. C'est donc de nos jours que l'histoire de ce phénomène a été reprise et spécialement abordée, d'abord indirectement, puis d'une façon claire et franche.

Dès 1824, attaquant les doctrines médicales du temps, voulant démontrer l'existence et le rôle des altérations du sang dans les maladies, je présentai à l'Académie de médecine un exemple rare autant qu'étrange d'oblitération de l'aorte et de ses branches inférieures par la concrétion du sang devenu cancéreux pendant la vie. A cette époque aussi je m'efforçai de prouver que le pus, entré dans les veines par une voie quelconque, devenait un corps étranger qui, circulant avec le sang, jouait dans l'organisme le rôle d'un poison, de cause morbifique aussi commune que dangereuse. Un peu plus tard, en 1827, on voit M. Legroux signaler des concrétions se détachant du cœur ou des artères comme pour être transportées au loin et y amener des oblitérations ou des troubles circulatoires redoutables. N'ai-je pas présenté ici même, dès 1829, les résultats d'expériences tendant à prouver qu'une saillie, qu'une rugosité, qu'un corps étranger quelconque fixé à l'intérieur d'une artère peut y amener la concrétion de sang, la formation d'un caillot, et subséquemment l'oblitération du vaisseau?

Malgré ces ébauches cependant, malgré les expériences de M. Cruveilhier et ses injections de substances étrangères dans les veines d'animaux vivants, malgré quelques observations de M. Bouillaud, malgré ce que l'on savait depuis longtemps des phlébotites, la question n'avançait guère, et notre collègue M. Andral était encore réduit, il y a une trentaine d'années, à se demander si l'avenir ne donnerait pas raison à ceux qui avaient parlé de caillots mobiles dans les vaisseaux. Quelques exemples d'embolies observés et signalés çà et là depuis, soit en Angleterre, soit en Allemagne, soit en France, n'avaient point ébranlé non plus les esprits. Il faut en réalité arriver à 1856, à M. Virchow, un de nos correspondants, pour voir prendre à la question une physionomie sérieuse, un corps déterminé.

C'est M. Virchow, en effet, qui a le premier bien conçu et bien exprimé la nature et le mécanisme de cet état morbide. Les expériences variées auxquelles il s'est livré, les observations nombreuses qu'il a recueillies, ses écrits divers sur le sujet ne semblent rien laisser à désirer. Eh bien, malgré les efforts et les recherches de cet auteur, malgré les observations, les travaux publiés depuis, en France, par M. Charcot dans la Gazette hebdomadaire de 1858, par M. Dumont-Pallier d'après la pratique de M. Trousseau, par M. Lancereaux (en 1862) dans sa thèse, par M. Ball dans sa dissertation, malgré les faits rassemblés dans l'ouvrage de M. Cohn, l'existence des embolies véritables et des dangers qu'on leur attribue trouve encore parmi nous, à Paris même, des contradicteurs, au point d'avoir été taxées de rêveries dans un écrit récent!

L'observation que je viens de soumettre à l'Académie a donc principalement pour but de vaincre les dernières résistances, de faire admettre définitivement comme fait acquis et démontré les corps étrangers ou les embolies, les caillots migratoires du système vasculaire, comme cause de maladies diverses dans la science et la pratique médicales.

Tel qu'il est, cet exemple ne laisse, en effet, aucune prise au doute ni à la contestation. Véritable corps étranger, le caillot remplit entièrement ici, non plus comme dans les cas connus, les branches secondaires ou principales de l'artère, mais bien la totalité de son tronc, au point de proéminer en forme de tampon dans l'intérieur même du ventricule; impossible, par conséquent, de nier qu'il ait dû causer brusquement la mort. Il est de toute évidence aussi que ce corps étranger n'est point autochthone, qu'il ne s'est point formé sur place; les parois du vaisseau qu'il remplit sont parfaitement saines, n'ont subi aucune altération, sont restées libres et lisses, ne lui adhèrent en aucune façon; par lui-même il n'a aucun des caractères, vu à l'œil ou au microscope, des polypes ou des caillots fibrineux du cœur; il est à la fois plus fragile et plus ferme; formé de masses colorées en brun, ou gris, ou jaune, ou roussâtre, et grumeleux, au lieu d'être comme fibreux et d'un jaune régulier; c'est un cylindre pelotonné, enroulé, replié sur lui-même, et non point une masse homogène; ce cylindre, de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, mesuré dans ses divers replis, a près de 36 centimètres de longueur.

Il n'a point été modelé sur les cavités du cœur ni de l'artère pulmonaire; en dernière analyse, il est aisé de voir que la concrétion, moulée sur le calibre de la veine iliaque dont elle a les dimensions et la forme, a été détachée pendant la vie de cette région, qu'elle est remontée par la veine cave jusque dans le cœur droit, et poussée de là dans l'artère pulmonaire; les contractions du ventricule l'ont ensuite repliée, engagée comme une masse de circonvolutions, au point d'en former un véritable bouchon, qui ôte toute prise à l'incrédulité, qui rend compte, sans le moindre effort, de tout ce qui est arrivé à la malheureuse femme.

Les faits étant ainsi constatés, à l'abri de toute réplique, il en ressort des notions d'un intérêt que je n'ai pas besoin de rappeler.

Il reste à préciser, de plus en plus, le rôle des embolies dans la production des maladies, les circonstances ou les conditions qui les font naître, en même temps que les moyens de les prévenir; mais on peut affirmer, dès à présent, que la connaissance des corps étrangers mobiles dans le sang fera faire aux sciences médicales un véritable progrès, en les rapprochant d'un degré nouveau des sciences physiques, des sciences exactes.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Médecine. — M. *Velpeau* met sous les yeux de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique se rapportant à un cas de mort subite par embolie de l'artère pulmonaire, dont il se propose d'entretenir l'Académie dans la prochaine séance. (Voir plus loin, p. 269).

Tératologie. — *Expériences relatives à la production artificielle des monstruosités dans l'œuf du brochet*, par M. *Lereboullet*. — Les faits rapportés dans le présent travail et dans celui qu'il a déjà présenté le 25 novembre 1861, ont conduit l'auteur à admettre les conclusions suivantes :

a. Il n'est nullement prouvé que les monstruosités en général, et particulièrement les monstruosités doubles, soient occasionnées par les influences que les agents extérieurs ont pu produire sur les œufs.

b. Les seules modifications qui paraissent dues quelquefois à l'influence des agents extérieurs, sont des arrêts de développement, des déformations et des atrophies; encore ces effets ne sont-ils pas constants.

Digitized by Google

c. Il n'est donc pas possible de produire à volonté des formes monstrueuses déterminées d'avance, ni d'établir d'une manière positive la cause des monstruosités.

d. Cette cause pourrait bien être inhérente à la constitution primordiale de l'œuf, et ne dépendre en aucune façon des conditions extérieures.

HYGIÈNE. — *Sur les dangers du tatouage*, par M. *Berchon*. — L'auteur a pu réunir, indépendamment des cas empruntés à ses notes de voyage en France, quinze observations détaillées, dans lesquelles cinq fois la mort a été la conséquence des piqûres des tatoueurs; quatre autres fois la vie a été plus ou moins gravement compromise; trois fois l'amputation du bras a été pratiquée, avec succès dans un seul cas.

M. Berchon a divisé en deux classes les accidents produits par le tatouage. Dans la première, heureusement la plus nombreuse, les accidents sont de nature inflammatoire à divers degrés. Dans la seconde, il y a constamment gangrène prompte et étendue des régions tatouées, reconnaissant évidemment pour cause une véritable inoculation septique due au dépôt de matières organiques altérées, portées sous l'épiderme par les aiguilles employées pour tatouer. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

L'Académie renvoie à la même commission les mémoires suivants, qui lui sont parvenus depuis la dernière séance, mais encore en temps utile :

De M. *Guillon*, une note sur un nouveau perfectionnement de son *brise-pierre à levier* qu'on rend à volonté sécateur et pulvérisateur. Avec cette note l'auteur présente deux instruments;

De M. *Legrand* (Maximin), un mémoire intitulé : *Essai de thérapeutique générale : térébenthines*. Ce mémoire est accompagné de l'analyse exigée;

De M. *Lunel*, un mémoire *sur la contagion de la varioloïde*, avec une lettre d'envoi pouvant servir d'analyse.

M. *Lefèvre*, en adressant un mémoire imprimé sur l'emploi des cuisines et appareils distillatoires en service dans la marine, remarque que cette publication est un complément de son ouvrage *sur les causes de la colique sèche observée sur les marins*, et de la note qu'il a lue à l'Académie le 26 novembre 1860 sur l'influence du plomb dans la production de cette affection.

L'Académie, conformément à la demande de l'auteur, renvoie l'ensemble de ces pièces à la commission du prix dit des arts insalubres.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1862.

PATHOLOGIE. — *Morts subites par embolie de l'artère pulmonaire*, par M. *Velpeau*. (Voy. p. 266.)

— A la suite de cette communication, MM. *Cloquet*, *Jobert* (de Lamballe) et *Rayer* présentent successivement des remarques qui pourront, ainsi que les répliques de M. Velpeau, trouver place dans un prochain *Compte rendu*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Lagasquie* sur le service médical des eaux minérales de Miers (Lot) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Charente-Inférieure de Maine-et-Loire et des Bouches-du-Rhône. — *c.* Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Ponthault* (de Mayenne) et M. le docteur *Cagnion* (de Vitry). (*Commission des épidémies.*)

M. *Béclard* fait hommage d'un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité élémentaire de physiologie*, et signale les améliorations qu'il a introduites dans cette nouvelle édition.

M. *le Président* annonce que le bureau a décidé, sauf l'avis de l'Académie, qu'une place serait déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

L'Académie consultée approuve la décision du bureau. En conséquence, une vacance est déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Cazeaux*, membre titulaire. Une députation nombreuse assistait à la cérémonie des obsèques; un discours a été prononcé par M. Danyau.

Lectures.

ALIÉNATION MENTALE. — M. *Girard de Cailleux* lit la suite de son mémoire intitulé : *De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France, au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité.* (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *Briquet* éprouve le besoin de relever les inexactitudes, les méprises et les erreurs contenues dans le dernier discours de M. Malgaigne.

« M. Malgaigne a dit que les grandes villes et les grands hôpitaux sont très funestes et même mortels pour les opérés; les petites villes et les petits hôpitaux, au contraire, sont favorables aux malades et aux opérés. Et là-dessus il cite le petit hôpital *de Massachussets*. J'ai contesté l'existence de cet hôpital; et, en effet, il n'existe pas un hôpital *de* Massachussets, mais un hôpital *du Massachusset*. Dans les discussions comme celles-ci, il faut mettre les points sur les *i*.

» M. Malgaigne s'est trompé non-seulement sur la nature des lieux, mais encore sur la nature des choses; car aujourd'hui l'hôpital du Massachusset n'est plus, comme autrefois, un petit établissement, mais un vaste établissement, construit dans une ville de 170 000 âmes et dans un des pays les plus malsains du monde. L'exemple ne pouvait pas être plus mal choisi.

» Quant aux statistiques chirurgicales anglaises, j'en conteste encore les chiffres, sans contester l'honorabilité des auteurs. J'ajoute qu'on a eu tort de présenter ces statistiques comme celles de tout le service chirurgical anglais. Elles n'appartiennent qu'à trois ou quatre chirurgiens de Londres.

» On m'a injustement accusé d'avoir méprisé ces statistiques, je ne les ai pas méprisées; j'ai seulement contesté la suffisance et l'authenticité du contrôle auquel ces documents ont été soumis. Et, à cet égard, je pourrais invoquer le témoignage de M. Topinard, qui, dans sa thèse, signale quelques éléments d'erreur dans les statistiques des hôpitaux de Londres.

» Maintenant, en comparant la mortalité exacte de nos hôpitaux avec celle des hôpitaux de Londres, il est aisé de se convaincre qu'on ne saurait invoquer légitimement le chiffre de la mortalité comme une preuve d'insalubrité. En effet, la mortalité n'est pas, généralement, en proportion du nombre des lits occupés, et le régime intérieur des hôpitaux et leur organisation sont fort différents à Londres et à Paris. »

M. Briquet conteste la valeur de l'argument tiré par M. Malgaigne des résultats comparatifs de la mortalité des blessés, en 1815, dans les hôpitaux ordinaires et dans les abattoirs transformés en hôpitaux provisoires. L'orateur croit se souvenir que la mortalité était aussi considérable sur les blessés anglais, autrichiens et prussiens que sur les blessés français. Les Russes seuls jouissaient d'une sorte d'immunité, qu'il faut attribuer peut-être aux mœurs grossières de ces soldats et à l'habitude qu'ils ont du knout.

M. Briquet, après avoir traité de l'hygiène des hôpitaux au point de vue chirurgical, se propose de parler plus particulièrement de la mortalité au point de vue médical.

L'orateur passe successivement en revue l'influence de certaines constitutions médicales et de quelques épidémies fré-

Digitized by Google

quentes dans nos climats, telles que la fièvre puerpérale, la grippe, le typhus, les fièvres éruptives, etc. Il cherche à démontrer que tout est mieux organisé dans les hôpitaux que dans les ménages pauvres pour prévenir l'épidémie, pour en arrêter le développement ou pour en guérir les conséquences. Dans les hôpitaux il y a plus d'air, plus d'espace, des soins plus assidus, plus intelligents et des conditions matérielles de bien-être de beaucoup supérieures à ce qui se voit habituellement dans les chambres misérables ou les garnis infects qu'habitent la plupart des ouvriers.

Il est remarquable surtout que les fièvres éruptives, et notamment la variole et la scarlatine, si aisément contagieuses en ville, le sont fort peu dans nos hôpitaux.

On peut en dire autant de la fièvre typhoïde et des affections diphthéritiques, qui se communiquent si promptement en ville, et qui se propagent si rarement dans les hôpitaux.

Il résulte de ce qui précède que les épidémies ne naissent pas dans les hôpitaux, et que les maladies contagieuses s'y éteignent, au lieu de s'y propager.

Il n'y a d'exception à cette règle que pour le choléra et la fièvre puerpérale. Ces deux graves affections sévissent plus cruellement dans les hôpitaux qu'en ville; on doit donc isoler le plus possible les malades de cette nature ou même leur interdire l'accès des hôpitaux et leur administrer des soins dans d'autres conditions.

Ainsi, les hôpitaux, malgré les miasmes qui se dégagent des malades, sont des établissements extrêmement sains, et l'expérience prouve qu'ils réunissent plus de conditions de salubrité pour les pauvres malades que les domiciles privés.

— M. *Gosselin*, prévoyant l'issue de cette longue discussion, croit devoir rappeler à l'Académie quel a été le point de départ des débats, et les titres par lesquels le travail de M. Le Fort se recommande à la bienveillante attention de l'Académie.

Le mémoire de M. Le Fort renferme incontestablement des faits nouveaux, des faits d'une importance considérable au point de vue chirurgical. En nous faisant connaître les résultats de la pratique chirurgicale anglaise à propos de la résection coxo-fémorale, trop rarement pratiquée en France, M. Le Fort a rendu un immense service à notre chirurgie; il nous a montré à être moins pusillanimes en face d'une opération qui amène assez souvent des résultats favorables, et qui ne justifie nullement les craintes qu'elle nous a inspirées jusqu'à ce jour. Le travail de M. Le Fort se distingue non-seulement par ce mérite, mais aussi par les aperçus que l'auteur a tirés de son propre fond, et où brillent un profond savoir et une rare sagacité.

Enfin, le mémoire de M. Le Fort renferme, sur l'hygiène des hôpitaux anglais, des considérations intéressantes qui ont été le point de départ des débats actuels.

Il résulte de cette longue discussion, poursuit M. Gosselin, que les opérations chirurgicales réussissent généralement moins bien, ainsi que les accouchements, dans les hôpitaux de Paris que dans la majeure partie des hôpitaux étrangers.

On nous a objecté que les hôpitaux de Paris sont aussi salubres que les hôpitaux étrangers, et que la mortalité générale n'y est pas plus élevée qu'ailleurs. Cela est incontestable, et M. Gosselin est, sur ce point, de l'avis de MM. Davenne et Trebuchet. Mais là n'est pas la question; elle est tout entière dans le résultat des opérations chirurgicales et des accouchements. Et, à cet égard, il est certain que nous sommes moins heureux à Paris que dans les autres grandes villes du monde.

« J'ai émis l'opinion, ajoute M. Gosselin, que ce résultat fâcheux pouvait bien tenir à une certaine viciation de l'atmosphère, résultant d'un encombrement relatif, modéré. » En réalité, cette opinion n'a pas été sérieusement réfutée; et les débats actuels auront même établi le fait d'une manière incontestable.

Un autre fait nouveau, qui ressortira de cette discussion, c'est la preuve, *par la statistique*, c'est-à-dire la preuve *mathématique* de la mortalité plus élevée des opérés et des accouchées dans nos hôpitaux, comparativement aux hôpitaux anglais. Les statistiques anglaises, quoi qu'on en dise, sont bien faites, bien tenues, soigneusement rédigées et garanties par les contrôles les plus sérieux, comme par les noms des plus honorables praticiens. En ce qui concerne plus spécialement la statistique des accouchements, il en ressort que la mortalité des nouvelles accouchées est moins considérable quand les accouchées sont soignées à domicile que quand elles sont gardées dans les hôpitaux.

Nous devrions donc en France attacher plus d'importance que nous ne le faisons aux statistiques; il y a aussi quelque chose à tenter dans le régime de nos hôpitaux, en vue de diminuer les chances de mortalité des opérés et des accouchées, et d'améliorer les conditions générales de leur hygiène.

Je terminerai en signalant sommairement les travaux qui ont été communiqués à l'Académie durant le cours de la discussion :

1° La thèse très importante et très remarquable de M. *Topinard*; 2° une lettre de M. Topinard; 3° une note complémentaire de M. *Le Fort*; 4° une note de M. *Nonat* sur un procédé de désinfection par des vases contenant de l'eau chlorurée. Le travail de M. Nonat s'appuie principalement sur des faits empruntés à l'épidémie cholérique de 1854; je ne conteste pas l'utilité du moyen pour les cholériques: à la rigueur l'analogie démontre peut-être que le procédé pourrait être utilement généralisé; mais je n'avais pas à le juger, puisque j'avais surtout en vue l'hygiène des blessés et des femmes en couches, et que le procédé préconisé par M. Nonat ne traitait pas spécialement de la désinfection à ce point de vue; 5° une notice de M. *Chevallier* fils sur les hôpitaux de Londres, où l'on trouve d'utiles renseignements à ajouter à ceux déjà fournis par MM. Topinard et Le Fort; 6° une lettre de M. *Husson*, directeur général de l'assistance publique; 7° deux brochures en anglais, par sir *John Charles Steele*, superintendant de Guy's hospital; 8° un travail de M. *Mordret* (du Mans), qui propose d'éloigner les malades de Paris, et de les envoyer traiter dans les hôpitaux de province; 9° une lettre de M. le docteur *Esmein* de Paris; 10° enfin, le remarquable mémoire de M. *Ulysse Trelat*, que je signalerai comme le plus important de tous les travaux qui ont paru à l'occasion de ces débats.

— M. *Gosselin* propose d'adresser des remercîments à tous les auteurs précédemment nommés, et en outre de déposer honorablement aux archives les travaux de MM. *Topinard*, *Trelat* et *Nonat*.

— M. *Velpeau* : Je suis d'avis que cette discussion aura fait grand bien; mais quant au fait que les opérés meurent plus à Paris qu'à Londres, je ne crois pas que cela soit démontré. On n'a comme preuve que la statistique. J'aime beaucoup les statistiques; mais elles sont si sujettes à erreur! Il suffit d'un mauvais chiffre pour en altérer la valeur. Je tiens donc qu'il faut faire des réserves relativement à ce qu'on a dit sur la salubrité comparative des hôpitaux de Londres et des hôpitaux de Paris jusqu'à plus ample informé.

— M. *Gosselin* et après lui M. le *Président* font observer que les conclusions du rapport sont exclusivement scientifiques, et qu'elles n'engagent nullement le sentiment de l'Académie au sujet de la question incidente de l'hygiène des hôpitaux.

M. *Gosselin* donne lecture des conclusions relatives au mémoire de M. Le Fort, lesquelles sont mises aux voix et adoptées. (Remercîment et renvoi au *Comité de publication*.)

M. le *Président* regrette que MM. *Piorry* et *Devergie* ne soient pas là pour présenter et soutenir les propositions dont ils sont les auteurs. Dans la prochaine séance, ils seront invités, avant la clôture de la discussion, à prendre la parole, s'ils persistent dans leur première résolution.

La séance est levée à cinq heures.

Digitized by Google

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1861.

TUMEUR HÉMATIQUE ÉTENDUE DU CRANE, CAUSÉE PAR UNE CHUTE SUR LA TÊTE. RÉSOLUTION RAPIDE PAR UNE CIRCONSCRIPTION DE COLLODION.

M. le docteur Leroy (d'Etiolles), communique une observation relative *à une tumeur hématique du crâne, produite par une chute sur la tête, traitée avec succès par une circonscription de collodion.*.

M. le docteur Pupier (de Lyon), m'a fait appeler près d'une jeune personne âgée de onze ans, qui avait fait le 24 juillet une chûte de cheval.

La tête de l'enfant avait violemment heurté le sol ; au moment où elle se relevait, on remarqua à la tête une petite écorchure au-dessus de l'oreille droite, causée par le sable sur lequel elle avait été traînée trois ou quatre pas.

Dans la journée et les deux suivantes, la petite malade s'est plaint de maux de tête ; elle a eu des vomissements. Assez bien le troisième et quatrième jour après l'accident, les vomissements ont recommencé le sixième; elle a accusé une violente douleur à la tête ; en l'examinant avec soin, on y a remarqué une tumeur ou bosse sanguine large comme une pièce de cinq francs occupant juste le sommet du crâne qui, vraisemblablement, avait porté dans la chûte.

Je fus appelé le septième jour, et cette collection sanguine occupait plus d'espace que la veille ; la petite malade avait de la fièvre, nous prescrivîmes une purgation et des compresses résolutives, imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque ; le huitième jour tout le sommet de la tête était envahi par cette tumeur, formant comme une calotte, et mesurant une circonférence de onze centimètres de diamètre.

M. Pupier et moi nous avons craint alors un plus grand décollement du cuir chevelu, nous connaissions aussi le danger qui résulte de l'ouverture de semblables foyers. J'en avais vu un plus étendu, il est vrai, ouvert par Baudin avec précaution, par la méthode sous-cutanée dégénérer en un vaste abcès dont la guérison fut très lente ; nous essayâmes la compression, mais la forme de la région la rendait très difficile à pratiquer. Nous eûmes l'heureuse idée de raser les cheveux autour de la tumeur et de la circonscrire par une traînée de collodion, de la largeur d'un centimètre : en séchant, ce collodion serra les tissus au point de faire un sillon. Dès ce moment, le dixième jour, la tumeur fut limitée, et le lendemain elle avait perdu du terrain. Deux jours plus tard, nous avons mis une nouvelle ceinture de collodion, qui a encore si rapidement reculé les limites de la tumeur, qu'en moins de dix jours après son apparition et de seize après l'accident, nous avions obtenu une résolution complète de cette énorme poche sanguine.

M. Bauchet s'étonne que, dans le cas observé par M. Leroy d'Etiolles, la tumeur n'ait paru que six jours après la chute ; il est disposé à croire que cette tumeur a été méconnue les premiers jours. Quant aux applications du collodion à la circonférence de la tumeur dans le but de circonscrire l'épanchement sanguin, elles ne lui paraissent pas utiles, car ordinairement, pour faciliter la résorption de semblables épanchements, loin de chercher à les circonscrire, on tend, par la compression, à les étendre le plus possible, de manière à mettre le liquide extravasé en rapport avec une surface absorbante plus considérable.

M. Delasiauve eut souvent l'occasion d'observer des épanchements sanguins considérables survenus chez des épileptiques à la suite de chutes. Ces épanchements se résorbent généralement avec la plus grande facilité, soit spontanément, soit sous l'influence de simples résolutifs et de la compression.

Un épileptique saigné par notre collègue, après être tombé plusieurs mois de suite sur la tête, tomba de même durant quelques mois sur un coude. Un épanchement sanguin se manifesta à cette dernière région et s'étendit, d'une part, le long du bras, et, de l'autre, à l'avant-bras. Cet épanchement était si considérable que les élèves de M. Delasiauve ne pouvaient croire à sa résorption ; néanmoins il se résorba en fort peu de temps. Depuis lors, le malade, à la suite de plusieurs chutes sur les fesses, eut également un épanchement sanguin à cette région, épanchement qui, de même, tarda peu à se résorber.

Les tumeurs sanguines du crâne, de même que celles des autres régions, se résorbent facilement. Un idiot, qui dernièrement mourut étouffé en mangeant avec gloutonnerie un énorme morceau de viande, avait, durant sa vie, trois fois, à la suite de chutes, présenté à la tête de semblables tumeurs sanguines de 15 centimètres de diamètre. Chaque fois, ces épanchements ne mirent pas plus de huit à dix jours à se résorber.

Notre collègue vit aussi à la jambe d'un individu ayant fait une chute de cheval une tumeur sanguine volumineuse. La résorption de l'épanchement fut encore très rapide.

Souvent de semblables tumeurs sanguines se montrent dans la région auriculaire en rapport avec le cartilage. La compression suffit pour les faire promptement disparaître ; mais quelquefois, surtout chez les aliénés, qui en présentent fréquemment, les appareils de compression sont dérangés et ne sont pas maintenus un temps suffisant ; parfois alors, à la suite de ces épanchements sanguins, il se montre des nodosités d'apparence cartilagineuse.

M. R. Leroy d'Etiolles, quoique n'ayant été appelé auprès de sa jeune malade que le septième jour depuis la chute, croit que la tumeur sanguine du crâne n'aurait pu être méconnue si elle s'était produite avant le sixième jour, car immédiatement après l'accident, M. Pupier avait donné des soins à cette enfant pour une écorchure située au-dessus de l'oreille. Quant à cette tumeur, loin d'avoir suivi la marche décroissante signalée par MM. Géry, Devillers, Delasiauve, etc., elle sembla s'accroître du sixième au dixième jour, malgré l'emploi de divers résolutifs, et, en particulier, d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. On eut recours aux applications du collodion pour arrêter cet accroissement rapide.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Album de photographies pathologiques, complémentaire du livre intitulé : DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE, par le docteur DUCHENNE de Boulogne, 1862. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leçons d'orthopédie professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Malgaigne ; recueillies et publiées par MM. les docteurs FÉLIX GUYON et F. PANAS, prosecteurs à la Faculté de médecine.

L'ALBUM de M. Duchenne est destiné à donner par la photographie la représentation des difformités de cause musculaire, étudiées dans l'ouvrage sur l'*électrisation localisée*, dont la seconde édition, entièrement refondue, a paru l'an dernier. Il contient seize figures, à chacune desquelles correspond un texte explicatif, qui, le plus souvent, consiste dans la description détaillée des cas auxquels elles se rapportent. Et comme ces observations ont déjà figuré, pour la plupart, dans le livre qui vient d'être cité, il s'ensuit que l'ALBUM est réellement le complément de ce livre, comme des figures d'animaux sont le complément d'un ouvrage d'histoire naturelle.

Pour réaliser son projet, M. Duchenne ne s'en est rapporté qu'à lui-même. Il a appris *ad hoc* l'art de la photographie. C'était, en effet, le seul moyen de réussir. Pour bien représenter un phénomène aussi mobile que le sont certaines difformités d'origine musculaire, que les attitudes modifient profondément, il faut, comme il le dit très bien, *les comprendre :* c'est alors seulement qu'on sait les mettre en saillie pour les livrer, dans leur véritable expression, à la reproduction photographique. Et c'est là, pour le dire en passant, le meilleur argu-

Digitized by Google

ment qu'on puisse invoquer en faveur de l'étude de l'*anatomie des formes*, dont quelques peintres et sculpteurs se moquent pour n'en pas bien saisir la juste portée.

M. Duchenne possède une collection très variée de photographies électro-physiologiques et pathologiques dont il ne faudrait pas prendre l'idée d'après les spécimens offerts dans l'Album. Beaucoup de ces figures accusent encore un peu d'inexpérience du métier; elles portent des taches blanches, des ombres dures, des parties moirées et quelquefois, comme dans la figure 12, la trace d'une cassure du verre employé pour obtenir l'épreuve *positive*. Il est probable aussi qu'on n'a pas mis en usage des moyens de *sensibilisation* assez actifs pour du papier albuminé et pour la reproduction d'attitudes souvent fugitives; mais nous sommes certain que M. Duchenne, s'il poursuit son œuvre avec la sagacité obstinée qu'on lui connaît, arrivera à des produits artistiques excellents.

—Les leçons d'orthopédie de M. Malgaigne ne seraient susceptibles d'analyse qu'autant qu'on voudrait refaire avec lui l'histoire même de l'orthopédie. Sur quelques points d'étiologie, comme le rôle des muscles dans la production de la scoliose, ou sur le mode de production de certains éléments de difformité, comme la torsion des vertèbres, nous ne serions pas entièrement d'accord avec l'auteur; mais nous nous plaisons à reconnaître que ses *Leçons* offrent un tableau instructif et bien tracé de l'ensemble des difformités et de leurs moyens de traitement. De profondes connaissances en anatomie, en physiologie, en chirurgie, c'est-à-dire ce qui a le plus manqué à plusieurs de ceux qui se sont voués à la pratique orthopédique, donnent à M. Malgaigne, dans la critique des faits et des théories, une force et une autorité toute particulière. C'est aussi un devoir pour nous de reconnaître la précision et la lucidité avec laquelle la parole du maître a été reproduite par MM. Guyon et Panas.

A. Dechambre.

V

VARIÉTÉS.

M. le docteur Ravel, médecin à L'Huis, membre du conseil général de l'Ain, vient de mourir dans cette commune, et M. Morot, médecin à Arc-en-Barrois (Haute-Marne), est mort dans cette ville à l'âge de cinquante-six ans.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa séance de mercredi dernier, au renouvellement de son bureau et de ses divers comités. — M. Monneret a été nommé *président*, et M. Béhier *vice-président* pour l'année 1862-1863. M. Henri Roger a été réélu *secrétaire général*; M. Triboulet *secrétaire particulier*, et M. Labric *trésorier*. M. Colin a été nommé deuxième secrétaire des séances en remplacement de M. Empis, démissionnaire.

Ont été nommés du *conseil de famille* MM. Lasègue, Léger, Moutard-Martin, Thirial et Vernois; du *conseil d'administration*, MM. François Barthez, Boucher (de la Ville-Jossy), Bouchut, Empis et Vidal; du *comité de publication*, MM. Bergeron, Colin, Labric, H. Roger et Triboulet.

— Le prix Esquirol (concours de 1861) vient d'être décerné à M. Dunant, interne à la Salpêtrière.

— La Société centrale de médecine du département du Nord vient de conférer le titre de membre correspondant à MM. les docteurs Le Fort (de Paris) et Alvarega (de Lisbonne).

— Le tribunal correctionnel de Lille vient de condamner pour exercice illégal de la médecine et pratique illicite de l'art de l'accouchement: 1° Bock, à Sainghin, 21 jours de prison et 70 fr. d'amende. — 2° Leborgne, à Provins, 15 fr. d'amende. — 3° Marie Mahiette, à Provins, 45 fr. d'amende. — 4° Julie Poissonnier, à Annœulin, 45 fr. d'amende. — 5° Eugénie Duthoit, à Sainghin, 15 fr. d'amende. — 6° Virginie Lefebvre, à Allennes, 5 fr. d'amende. — 7° Veuve Legroux, à Bauvin, à 15 fr. d'amende.

Et en outre, les nommés Bock et Leborgne à chacun 100 fr., et les autres susdénommés chacun à 50 fr. de dommages intérêts envers MM. Denis, Dernancourt, Couvreur et Vernier, qui s'étaient portés partie civile.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 28 avril, à six heures et demie. Les membres correspondants nationaux et les membres associés étrangers présents à Paris qui désireraient prendre part à cette fête sont priés d'en informer M. Legrand du Saulle, commissaire.

— Par décret du 17 avril, M. le docteur Pitou, médecin aide-major au 102e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MM. les docteurs Delpech et Reveil, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, viennent d'être nommés officiers de l'ordre de Medjidié.

— Les juges du concours pour une place de chirurgien au Bureau central, qui doit s'ouvrir le 29 avril, sont: MM. Denonvilliers, Monod, Manec, Desormeaux et Natalis Guillot, *juges*; MM. Alph. Guérin et Delpech, *suppléants*.

— M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons sur les affections de la peau le samedi 26 avril, à neuf heures précises du matin, et les continuera tous les samedis, à la même heure. M. Bazin complétera, cette année, l'étude de la pathologie cutanée, d'après la méthode et les doctrines qu'il enseigne depuis 1855. Visite des malades à huit heures et demie.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Eaux ferrugineuses thermales de Szliacs (en Hongrie), par le docteur *Emmanuel Hasenfeld*. In-8 de 29 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons, et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par le professeur *A. Bouchardat*. 11e édition, augmentée de formules nouvelles, d'une note sur l'essai des urines, et pour laquelle le *Mémorial thérapeutique* a reçu d'importantes modifications. In-18. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

Observations cliniques sur les maladies des yeux, par le docteur *Xavier Galezowski*. In-8 de 47 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Du principe vital et de l'âme pensante, ou examen des diverses doctrines médicales et psychologiques sur les rapports de l'âme et de la vie, par M. *F. Bouillier*. In-8 de 432 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Des climats sous le rapport hygiénique et médical, guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques (France, Suisse, Italie, Algérie, Égypte, Espagne, Portugal), par le docteur *L. Gigot-Suard*. In-18 jésus de XXI-607 pages, avec une planche lithographiée. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Étude clinique et anatomo-pathologique de la persistance du canal artériel, par le docteur *Almagro*. Mémoire accompagné de 3 planches, dont une coloriée. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 3 au 10 février 1862.

31. Brousse, Armand-Antonin, né à Moissac (Tarn-et-Garonne). [*De l'état chlorotique des femmes enceintes.*]

32. Dujardin-Beaumetz, G., né à Barcelonne (Espagne). [*De l'ataxie locomotrice.*]

33. Hugues, Ferdinand-Louis, né à Valbonnes (Alpes-Maritimes). [*Essai sur l'albuminurie, et de son traitement par le perchlorure de fer et le seigle ergoté.*]

34. Descroizilles, Jacques-A., né à Paris. [*Étude clinique sur quelques maladies aiguës des organes respiratoires chez les enfants.*]

35. Moustey, Urbain-Camille, né à Lavardac (Lot-et-Garonne). [*Considérations cliniques sur la lithotritie et la taille.*]

36. Raynaud, A.-G.-Maurice, né à Paris. [*De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.*]

37. Drugeret, Eugène, né à Hargicourt (Aisne). [*De l'hygiène des vieillards.*]

38. Tessonneau, Henri-Aubin, né à Thiviers (Dordogne). [*Hygiène des femmes enceintes et prophylaxie de l'avortement.*]

39. Lancereaux, Étienne, né à Brecy (Ardennes). [*De la thrombose et de l'embolie cérébrale considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau.*]

40. Pérotin, Charles-Eugène, né à Breuil-Barret (Vendée). [*De la grossesse et de l'accouchement gémellaires.*]

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 2 MAI 1862. — N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels — **Partie non officielle.** — I. **Paris.** — **Histoire et critique.** Doctrines modernes de la syphilis. — II. **Revue clinique.** Sur un cas d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines spinales postérieures (ataxie locomotrice progressive). — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Racine d'une dent canine gauche logée dans l'épaisseur de la lèvre inférieure et simulant une tumeur cancéreuse. — Rupture de la vessie; section de la paroi abdominale; évacuation de l'urine épanchée; guérison. — Transmission de la syphilis par la vaccine. — V. **Variétés.** Lettre de M. Briquet. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 19 avril, M. le docteur PAJOT, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1861-1862, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de ladite Faculté.

— Par arrêté en date du 28 avril 1862, M. GUIGNARD, délégué dans la chaire d'accouchements de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Négrier, décédé.

— Par arrêté en date du 23 avril 1862, M. BADER, professeur à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Mulhouse, est chargé en outre des fonctions de secrétaire agent comptable de ladite École, en remplacement de M. Choffel.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCTRINES MODERNES DE LA SYPHILIS.

(Deuxième article.)

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

II

LE CHANCRE. — L'UNICISME.

Ancien élève de M. Ricord, M. le docteur Melchior Robert soutient encore le drapeau de l'unicité. Plus royaliste que le roi, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille considère encore le chancre mou et le chancre induré comme produisant le même virus : l'un et l'autre peuvent donner la syphilis constitutionnelle. « Fort de nos recherches, dit M. Melchior Robert

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

(Première lettre.)

LE DIEU DE LA MÉDECINE CHEZ LES INDOUS. — LES CENTAURES ET LES GANDHARVAS. — DHANVANTARI ET LE CENTAURE CHIRON.

Contribution à l'histoire de la médecine pendant la période mythique.

Monsieur le rédacteur,

« Ce qu'on recherche dans l'histoire de la philosophie, c'est beaucoup moins de la philosophie proprement dite que de l'histoire. » Ces paroles, placées par M. E. Renan au début d'un livre sur Averroès, considéré comme philosophe, pourraient fort bien, en changeant les termes, servir d'épigraphe à une étude médicale sur Averroès ; à plus forte raison dois-je, au début de ce travail, m'empresser de le dire : on y trouvera peut-être de l'histoire ; mais la pratique journalière n'en tirera guère de profit. Je ne craindrai même pas d'avouer que cette recherche du passé pour lui-même, cette sorte d'enquête rétrospective sur des faits et des idées qui furent la vie de nos prédécesseurs dans l'art médical, ces fouilles indiscrètes au milieu des plus poudreux débris des premiers âges, ont pour moi un charme qui s'accroît chaque jour. J'y vois comme le côté poétique de la médecine, dont l'exercice est presque toujours si accablant de positivisme ; je me sens doucement entraîné à suivre les efforts heureux ou infructueux de nos laborieux ancêtres; j'essaye de me représenter la société où ils vécurent, leurs espérances, leurs illusions, leurs naïves erreurs, et surtout cette foi si énergique et si fière que les progrès de la science ont justement limitée, mais peut-être trop souvent refroidie.

Digitized by Google

dans un livre (1) remarquable à plus d'un titre, nous sommes resté fidèle à notre drapeau : notre devise est toujours l'unicisme. » (*Loc. cit.*, p. 304.) Aussi M. Ricord a-t-il reconnu ce chevaleresque dévouement en décorant son ancien élève du titre de champion zélé (2).

I. « Le pus du chancre induré, dit M. Robert (*loc. cit.*, p. 306), est inoculable au malade même. De ce que l'inoculation a échoué une, deux et même trois fois, il n'est pas à dire que le malade soit complétement réfractaire à son pus, car une troisième, une quatrième fois, on obtient *la pustule* caractéristique. »

Ce théorème est contraire à ce qu'avancent tous les dualistes, à ce que nous apprend l'expérience journalière et la clinique dans tous les hôpitaux : au Midi, à Lourcine, à Saint-Lazare (Paris); à l'Antiquaille (Lyon), à la Charité (Berlin), dans les hôpitaux de Vienne, etc.

Mais il suffirait d'une seule observation positive pour renverser cette négation presque générale. Dans son livre, M. Robert résume ses opinions; dans un travail récemment publié (3), il expose ses observations. Examinons-les :

Obs. I de M. Melchior Robert (*loc. cit.*, p. 7) [4]. — Le 11 mars 1852, je suis appelé auprès d'un homme de soixante ans, atteint depuis quatre mois d'un chancre unique très circonscrit, non suivi d'adénite suppurée, et qui a occasionné une syphilis constitutionnelle des plus graves. Ce chancre s'est *phagédénisé* à la suite de mauvais pansements, et il ne s'agit de rien moins que d'amputer le tronçon de verge qu'il n'a pas détruit. Je m'oppose à cette triste extrémité, et je propose, pour déterminer la nature de la plaie, d'en inoculer le pus à la cuisse gauche. Peu de jours après la piqûre, je constate une énorme pustule qui résiste à la cautérisation et ne cède à la longue qu'à des pansements méthodiques.

Pas de détails sur l'époque de l'apparition du chancre ni sur celle de la manifestation de la diathèse. Ce chancre a-t-il causé la vérole? le malade n'était-il pas diathèse et n'a-t-il pas pris ensuite un chancre mou qui serait devenu phagédénique, chose fréquente chez les individus épuisés par une syphilis ancienne?

Les objections qu'on peut faire à cette observation sont donc les suivantes : Le chancre phagédénique a-t-il causé la vérole? N'y a-t-il pas eu antérieurement un chancre induré? Le chancre phagédénique n'est-il pas un chancre mixte? Du reste, je ferai remarquer qu'en général les chancres phagédéniques mous ou indurés ne donnent pas de résultats positifs. Le fait n'en serait que plus étrange.

Obs. II. — Le 20 juin 1857, au n° 5 de la salle des consignés est un malade atteint de phimosis, de chancres multiples à la face externe et au limbe du prépuce.

1er *juillet*. — Opération du phimosis, induration circulaire avec aspect chancreux de la plaie.

16 *août*. — Deux bulles de rupia à la face externe de la cuisse gauche. Plus tard, autres symptômes constitutionnels.

M. Robert veut démontrer que la plaie voisine de chancres mous peut s'indurer. Mais cette induration est-elle la véritable induration syphilitique, et la vérole du malade syphilitique qui *débute* (?) par deux bulles de rupia a-t-elle été produite par les chancres du prépuce? N'est-il pas probable que le malade, ayant eu anciennement la vérole, a pris des chancres mous et a eu ensuite une récidive de syphilis?

Obs. III. — A la même époque est rentré, au n° 5 des consignés, un malade atteint de chancre induré à la base de la verge, avec gangrène moléculaire, chancre successif sur le ventre, ayant la forme pustulo-ecthymateuse et à base molle.

M. Ricord recommande de bien distinguer le chancre dur du chancre induré; chose délicate, fort difficile à apprécier avec les doigts autant qu'à saisir dans le langage. Ce que nous demanderons à M. Robert, c'est, pour apprécier le chancre induré, de nous dire l'état des ganglions voisins et de nous faire savoir l'époque à laquelle la roséole s'est développée. Nous attribuerons la syphilis à un chancre lorsqu'il y aura toutes ces conditions : incubation, induration, polyadénite indolente. Du reste, l'auteur ne nous dit pas si ce chancre dur, auquel succède le chancre pustulo-ecthymateux, a été suivi d'accidents constitutionnels.

Obs. IV. — 6 *juillet* 1857. — Malade atteint d'un chancre *induré* à la face externe de la verge, adénite bi-inguinale multiple et *indolente*, phimosis inflammatoire, auto-inoculation du pus sécrété par le chancre, pustule abortive.

Dans ce cas, c'est bien à un chancre induré que nous avons affaire; la polyadénite indolente nous le démontre : aussi, ce chancre induré n'a produit qu'une pustule abortive, qu'une de ces inflammations qui se guérissent rapidement et qu'on produit quelquefois en piquant la cuisse avec une lancette neuve.

Obs. V. — 18 *septembre* 1857. — Malade atteint de phimosis, avec suppuration, et d'un noyau volumineux très dur à la région du frein, adénite bi-inguinale multiple, symptômes datant de vingt jours au dire du malade. Première inoculation à la cuisse gauche du malade : résultat négatif.

2 *octobre*. — Incision du prépuce sur la ligne médiane, découverte d'une vaste ulcération rouge à surface vernissée et à base dure. Les bords de l'incision ne tardent pas à s'indurer; le chancre induré, qui semblait sec, se ranime et recommence à suppurer.

(1) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, par le docteur Melchior Robert. Paris, 1861, Baillière et fils.

(2) *Leçons sur le chancre*, par M. Ricord, publiées et rédigées par Alfred Fournier, 2e édit. Paris, 1860, Ad. Delahaye, p. 250.

(3) *Quelques considérations sur l'auto-inoculabilité du chancre infectant et sur le chancre dit mixte*, par le docteur Melchior Robert. Marseille, janvier 1862, Barlatier-Feissat et Demonchy.

(4) Nous citons en entier, et sans en supprimer un seul mot, les observations de M. Robert.

Les études mythologiques sont, jusqu'en ces derniers temps, restées presque complétement stériles. Sous l'influence de causes nombreuses que je n'ai pas à examiner, les travaux qui s'y rattachaient ne découvraient jamais la question sous son véritable jour. Parmi ceux qui s'en occupaient, les uns, et la race n'en est pas éteinte, n'ont vu jusqu'ici dans la mythologie qu'un ensemble plus ou moins intéressant de biographies fabuleuses ou ridicules, qu'un tissu bizarre d'événements impossibles, résultats des extravagances d'imagination des premiers peuples; d'autres, plus sérieux, y cherchaient toujours et partout des faits historiques, déguisés ou embellis de génération en génération; d'autres enfin vivent encore avec la persuasion intime que sous ces mythes sont enfermés, comme sous une gangue brillante, des trésors de connaissances, témoignages enfouis de la sagesse primitive.

Voici cependant que, sous l'influence d'une science nouvelle, aussi lumineuse que féconde et qui promet pour l'avenir des résultats immenses, la philologie comparée, voici, dis-je, que les mythes antiques commencent à quitter l'enveloppe qui les soustrayait jusqu'ici à l'analyse des érudits.

La philologie comparée nous apprend que les peuples indo-européens, jadis réunis en une seule famille, ont emporté chacun de leur côté, en se séparant, avec les débris d'un idiome commun, un système de mythes qui peignaient, sous les brillantes couleurs de la poésie, instinctive chez ces premiers peuples, l'impression produite sur eux par le spectacle des grands phénomènes naturels, et probablement aussi les quelques faits de leur histoire, simple alors comme leurs mœurs et leurs esprits. Quelques mythes ont été analysés et profondément scrutés. Les travaux allemands, auxquels se rattachent les noms trop peu connus chez nous des Grimm, des Kühn, des Aufrecht, etc.; les œuvres de Max Muller en Angleterre, de Bergmann en France, etc., ont répandu sur ces horizons obscurs des jets de lumière, montré aux trop rares personnes que ces questions intéressent le chemin à suivre et prouvé la possibilité de tout expliquer un jour.

Digitized by Google

8 octobre. — Deuxième auto-inoculation, papulo-pustule qui sèche au sixième jour.

16 octobre. — Troisième inoculation.

19 octobre. — Vésico-pustule.

21 octobre. — Engorgement de la base de la pustule, forme furonculeuse.

Les jours suivants, ulcération chancreuse qui ne guérit qu'à la faveur de pansements prolongés.

OBS. VI. — Le nommé D... entre le 13 octobre, même salle. Chancre amygdalien, adénite rétro-maxillaire, éruption papulo-squameuse, etc. Trois inoculations avec le pus du malade précédent : résultat négatif.

M. Robert résume ces deux observations (p. 19) de la manière suivante :

OBS. V et VI. — Chancre induré dont le pus a échoué d'abord à deux reprises sur le malade même ; ce même pus ayant échoué aussi par trois piqûres chez un malade en pleine syphilis constitutionnelle, et qui, à une troisième auto-inoculation, a parfaitement réussi. Observons seulement que la sécrétion était plus abondante et provenait de tissus enflammés par une incision.

On voit par là qu'à l'époque où l'inoculation n'a pas réussi sur le sujet de l'observation V, elle n'a pas non plus réussi sur D..., sujet de l'observation VI.

Le chancre du malade de l'observation V est bien un chancre induré : il y a des noyaux durs et adénopathie biinguinale ; aussi l'inoculation de ce pus ne réussit pas plus sur le malade lui-même que sur un syphilitique tertiaire. On fend le prépuce, le chancre induré recommence à suppurer : est-ce l'incision qui a provoqué cette suppuration? n'y avait-il sous le phimosis que le chancre induré? l'incision n'a-t-elle pas favorisé le rapprochement du pus du chancre mou avec ce véritable chancre induré à surface vernissée et rouge? Le chancre induré est rarement aussi vaste. Il n'y a pas de recrudescence dans la suppuration : voilà un chancre qui, le 16 octobre, époque à laquelle l'auto-inoculation positive est commencée, a au moins quarante-huit jours de durée. Que signifie cette expression *forme furonculeuse*, engorgement de base? Est-ce une induration véritable? est-ce une pustule de chancre mou que l'inoculation a produite?

M. Robert, avant d'inciser le prépuce, ne savait pas où il prenait ce pus qui échoua sur les deux syphilitiques. Il se pourrait que le chancre induré ait été, après l'incision, en contact avec un pus de chancre mou, ce qui l'aurait transformé en chancre mixte. Pourquoi, du reste, ne pas faire la contre-épreuve et inoculer au malade le pus de cette pustule d'inoculation? Pour que cette observation fût valable, je désirerais les conditions suivantes : il faudrait que le pus ayant servi à inoculer les sujets des observations V et VI provînt de la même ulcération indurée qui, après l'incision, a donné du pus inoculable ; il faudrait de plus que cette ulcération n'eût pas été en contact avec du pus de chancre mou ; il faudrait enfin que le malade n'eût pas eu sous son prépuce autre chose qu'un chancre induré, toutes choses que l'observation passe sous silence.

Je pourrais enfin dire : Le chancre induré de l'observation V est un chancre mixte, car on ne me dit pas que les ganglions sont indolents : le chancre est large, il dure depuis plus de sept semaines ; ce chancre mixte était sec et ne suppurait plus à l'époque où les inoculations négatives ont été faites ; la preuve, c'est que l'observation le déclare sec le jour où le prépuce a été incisé. L'incision *ranime* la suppuration, et le pus qui produit l'auto-inoculation positive est le pus de ce chancre mixte ; il est donc naturel d'obtenir une pustule de chancre mou, et ce pus aurait certainement pris sur le sujet de l'observation VI. Pourquoi la contre-épreuve n'a-t-elle pas été faite?

OBS. VII. — *27 octobre.* — Malade C..., couché au n° 29 de la salle Saint-Paul. Phimosis inflammatoire, adénite bilatérale indurée, auto-inoculation à la cuisse gauche.

28 octobre. — Papule enflammée.

29 octobre. — Pustule.

30 octobre. — Chancre ecthymateux superficiel.

11 novembre. — Disparition de l'inflammation, persistance des deux noyaux indurés au niveau du filet.

16 novembre. — L'induration des chancres est on ne peut plus manifeste.

22 novembre. — Le malade décalotte, et l'on peut voir les noyaux indurés. La croûte qui recouvre la pustule d'inoculation commence à se crisper, ce qui annonce la guérison.

Encore un phimosis ; c'est pêcher son pus en eau trouble, et, puisqu'on ne peut me décrire le chancre qui donne ce pus inoculable qu'un mois après, j'ai, ce me semble, le droit de lui refuser le titre de chancre induré et de croire que, sous le prépuce, nous avions les deux espèces d'accidents.

OBS. VIII. — Le nommé P..., entré le 19 décembre, couché au n° 11 de la salle Saint-Paul, atteint d'un vaste chancre induré sur le frein, avec gangrène interstitielle et polyadénite indurée.

23 décembre. — Auto-inoculation à la cuisse gauche.

25 décembre. — Petite pustule.

28 décembre. — Élargissement de la pustule et aréole inflammatoire.

2 janvier. — Ulcération ayant 5 millimètres de diamètre.

4 janvier. — Tendance à la réparation.

La pustule d'inoculation n'est pas un chancre mou, c'est probablement une de ces inflammations causées par l'introduction de tissus gangrenés sous la peau. Que n'a-t-on inoculé le pus de la pustule d'inoculation, qui, huit jours après son début, tend à la cicatrisation? Je n'ai jamais vu de chancre mou se cicatriser aussi vite.

OBS. IX. — *29 mars 1858.* — Femme âgée de trente-cinq ans, atteinte depuis dix ans d'une syphilis constitutionnelle très grave, traitée à différentes reprises. Aujourd'hui symptômes très graves, vaste ulcération au genou droit, vaste tumeur gommeuse à la cuisse du même côté, dé-

---

La question qui m'occupe en ce moment se rattache en grande partie à l'un des mythes les plus intéressants parmi ceux que la science explique, celui du *breuvage céleste*, au sujet duquel j'indique plus bas quelques sources à consulter. Voici cette question, formulée en une sorte de proposition : *Les Centaures, chez les Grecs, correspondent aux Gandharvas, dans la mythologie sanscrite ; le dieu de la médecine indoue, Dhanvantari, correspond à Chiron ; il est, comme lui, centaure, médecin, chirurgien, musicien, archer.* Si ce n'est un seul et même personnage, ce sont au moins deux personnages liés par la plus étroite parenté.

La philologie comparée, qui a pour ainsi dire créé la mythologie comparée, et vers laquelle je me vois toujours forcé d'entraîner le lecteur, va m'être d'un grand secours pour la résolution du problème proposé. Ouvrons un dictionnaire grec : au mot Κένταυρος, nous voyons qu'on donne pour étymologie Κεντῶ, ταῦρος. Il ne faudrait pas être bien exigeant pour se contenter d'une semblable explication. Si, au contraire, nous comparons entre eux les deux mots Κένταυρος en grec et *Gandharvas* en sanscrit (*dh* indiquant seulement, faute de caractère propre en français, le *d* aspiré), nous leur trouverons, à première vue, une certaine ressemblance physionomique. Sans entrer dans des détails philologiques qui n'intéresseraient peut-être pas tous ceux qui me liront, je me contenterai d'ajouter que le savant philologue Kühn a prouvé qu'il y a, au point de vue de la structure étymologique, identité parfaite entre les deux mots.

Que devons-nous conclure de là? Que le mythe auquel se rattachent les *Gandharvas-Centaures* faisait partie du fonds commun que les peuples indo-européens possédaient déjà avant leur séparation, et que les différences entre les traditions grecques et les traditions indoues sont dues, je ne dirai pas au perfectionnement, mais plutôt à la détérioration du mythe après la séparation des races (1). Dhanvantari, dieu de la mé-

(1) Les mythes, nés de l'instinct spontané des peuples, sont rebelles au perfectionnement comme tous les produits instinctifs ; le temps ne peut que les défigurer.

Digitized by Google

générescence plastique du muscle sterno-mastoïdien gauche, extinction de voix, etc.

Six piqûres à la cuisse gauche avec le pus d'un chancre induré de la muqueuse du prépuce, lequel pus, inséré à trois reprises différentes au porteur, est resté sans résultat.

30 *mars*. — Six papules.

Du 30 mars au 6 avril. — Six ulcérations d'un centimètre de diamètre ont remplacé les six piqûres ; ces six ulcérations suppurent longtemps ; nous les trouvons en activité un mois après. Cette femme a été traitée par les inoculations multiples, qui en peu de temps ont considérablement amélioré son état.

D'abord il n'est pas dit si le porteur du chancre induré a été inoculé le même jour que la femme syphilitique. L'observation n'aurait de valeur que dans le cas où l'inoculation aurait été faite aux deux malades le même jour avec le même pus ; ensuite, chez une femme épuisée par une syphilis constitutionnelle durant depuis dix ans, chez une personne qui porte au genou droit une vaste ulcération, ne pourrait-on pas supposer qu'une plaie même simple ait une tendance plus grande à suppurer que chez un individu robuste et bien portant? Ces *papules* qui s'ulcèrent du jour au lendemain ne ressemblent ni à un chancre mou, dont le début est une vésico-pustule, ni au chancre induré, qui débute bien par une papule, mais dont l'incubation est de deux à trois septénaires, et qui ne s'ulcère que fort lentement.

Obs. X. — Malade K..., entré à la salle Saint-Paul le 22 mars 1858, et couché au n° 10. — Chancre induré très volumineux derrière le gland à droite, adénites multiples inguinales bilatérales ; chancre induré exubérant à la lèvre supérieure près la commissure droite, adénite sous-maxillaire droite très volumineuse, douloureuse et subenflammée, roséole discrète (invasion datant de deux mois).

25 *mars*. — Inoculation à la cuisse gauche du malade du pus emprunté au chancre du gland.

26 *mars*. — Papule légère.

28 *mars*. — Petite pustule.

30 *mars*. — Élargissement de la pustule.

31 *mars*. — Je reprends du pus sur la pustule produite et l'inocule à la cuisse droite ; j'inocule pareillement à la partie supérieure de cette cuisse du pus du chancre induré de la verge.

1er et 2 avril. — La première inoculation est remplacée par un chancre ayant 5 à 6 millimètres de diamètre, chancre très engorgé et entouré d'une aréole inflammatoire. Les deux dernières inoculations ont occasionné une papule prurigineuse.

6 *avril*. — Le premier chancre inoculé est remplacé par une ulcération taillée à pic et très enflammée ; les deux autres sont moins étendues.

10 *avril*. — Des trois chancres, les deux qui viennent directement du chancre induré du prépuce, sont en activité et assez larges.

14 *avril*. — Les trois inoculations suppurent abondamment ; la roséole est confluente. D'autres symptômes se manifestent, les chancres indurés se cicatrisent.

Encore un chancre mixte, car je me méfie d'un chancre induré qui dure deux mois et cinq jours, d'après le dire du malade. Le véritable chancre induré se guérit plus vite. Notez que ce chancre induré type, non phagédénique, commence seulement à se cicatriser le 14 avril, c'est-à-dire trois mois après l'époque attribuée par le malade à son début, et les malades sont fort lents à s'apercevoir d'un mal qu'ils prennent souvent pour un bouton ou une écorchure.

Obs. XI. — M. C..., étudiant en médecine, atteint dans le moment de chancre simple avec bubon, voulant vérifier expérimentalement sur lui-même la doctrine du chancroïde, à laquelle je l'avais initié dans mes cliniques, s'inocule, le 31 mars 1858, le pus de la première pustule d'auto-inoculation développée sur la cuisse du précédent malade.

3 *avril*. — Pustule sur la cuisse gauche, bientôt remplacée par une ulcération en emporte-pièce qui, au 14 avril, a atteint de grandes dimensions et est très enflammée. La base de cette ulcération reste molle jusqu'au 22 avril, époque à laquelle j'aperçois une légère induration.

2 *mai*. — La cicatrisation est presque complète et l'induration est assez prononcée.

12 *mai*. — Je perds le malade de vue jusqu'au 22. A cette date, le chancre d'inoculation s'est réulcéré, peut-être à cause de la marche ; à 1 centimètre en dedans de lui existe une seconde ulcération. La surface de ces deux ulcérations est pultacée et un peu enfoncée, les bords forment bourrelet, l'engorgement de base est très dur et très étendu, la région inguino-crurale est le siége d'un ganglion engorgé assez volumineux et très long, dont la direction longitudinale est presque perpendiculaire au pli de l'aine. Il n'y a encore aucun symptôme d'infection générale.

10 *juin*. — Le chancre a la dimension d'une pièce de 5 francs ; sa surface est recouverte de bourgeons charnus ; la base en est très dure. Adénite cruro-inguinale multiple, adénite post-cervicale, ulcération gutturale, syphilide papuleuse générale.

Un traitement approprié, scrupuleusement suivi, dissipe tous ces symptômes, non sans récidives ; mais, à la faveur de soins intelligents, notre courageux confrère recouvre la santé, jurant qu'on ne l'y prendrait plus, et avec la persuasion intime que le chancroïde né du chancre induré peut très bien donner le chancre infectant.

J'ai plusieurs objections à faire à cette observation : M. C... avait-il depuis longtemps son bubon et son chancre? M. Melchior Robert sait bien qu'on peut prendre à *la fois un chancre* mou, qui se manifeste dès le premier septénaire, et la vérole, qui ne se manifeste qu'après une incubation plus longue. Mais admettons que M. C... ait été vierge de syphilis : le pus de la pustule d'inoculation du malade K... se comporte d'abord comme un chancre mou ; après vingt-deux jours d'incubation, l'infection syphilitique se manifeste. Le malade K... a donc donné à M. C... tout ce qu'il avait : le chancre mou et la vérole.

Comment s'est opérée la contagion syphilitique? Est-ce par le pus? la lancette était-elle souillée de sang? En somme, ce fait démontrerait tout au plus que le pus d'un chancre mou, développé chez un syphilitique au début de sa vérole, peut transmettre à un individu vierge de syphilis et un chancre mou et la syphilis.

On voit donc que le chancre mixte, dont la clinique et l'ex-

---

decine, qui fait partie des Gandharvas, les rappelle complétement par son nom, qui signifie *armé de l'arc* (*dhanvan*, arc). Ajoutons encore que les Védas citent un gandharva du nom de Hasta (sanscrit *Hasta*, main), qui, par son nom, s'identifie tout à fait à Chiron (grec χείρ, main).

Voilà donc, par leur nom commun et les dénominations particulières, les Centaures et les Gandharvas rapprochés les uns des autres aussi complétement que possible. Cherchons encore d'autres points de contact.

Quelles étaient, dans la mythologie indoue, les fonctions des Gandharvas? *Tireurs d'arc* et *médecins*. Puis, plus tard, remarqués surtout comme composant le corps des *musiciens célestes*, ils jouèrent encore un autre rôle. « Les Gandharvas, dit le » baron d'Eckstein (1), instruisent les Aryas, leurs disciples, » dans l'antre de la forêt de leurs montagnes. Leur sagesse est » celle de la Guhâ. » (Sansc., *guha*, antre.) Dhanvantari, qui passe pour avoir dicté le grand ouvrage intitulé : *Ayurvêda*, attribué à *Suçruta*, et qui a été l'objet d'un travail de notre part, devient donc, par son enseignement, l'équivalent du centaure Chiron.

La mythologie comparée, qui, aujourd'hui encore, n'avance qu'avec hésitation dans le dédale des traditions mystérieuses que l'imagination exubérante, l'instinct poétique de nos premiers aïeux nous ont transmises, peut néanmoins affirmer, avec une certaine assurance, avons-nous déjà dit, que la plupart des mythes primitifs se rapportent aux phénomènes naturels qui dûrent frapper de stupéfaction les premiers hommes. Voici où l'on en est au sujet de la question qui nous occupe. Les Gandharvas étaient, disent les Védas, préposés à la garde de l'*amrita* (gr. ἀμβρόσιος, ambroisie, breuvage céleste), qu'ils défendaient à l'aide de l'arc et des flèches. Or, d'après Kuhn, l'amrita n'était autre que la pluie du ciel, dont la fécon-

(1) *Cosmogonie de Sanchoniaton*, dans le *Journal asiatique*, août-septembre 1859.

Digitized by Google

périmentation démontrent positivement l'existence, peut expliquer les cas les plus difficiles et les plus compliqués. Il resterait à déterminer toutes les conditions de la contagion, à savoir dans quels cas le chancre mixte ne transmettra que le chancre mou, dans quel cas il transmettra la syphilis, dans quel cas enfin il transmettra l'un et l'autre.

Dans le travail de M. Robert, que nous venons d'essayer de réfuter au nom des dualistes, l'auteur insiste sur un fait assez remarquable : c'est que s'il est possible de créer un chancre mixte en mettant du pus de chancre mou sur un chancre induré, on ne réussit pas aussi facilement à indurer un chancre mou. Nous croyons qu'il est toujours possible de donner la syphilis à un individu qui ne l'a jamais eue. Mais, M. Melchior Robert le dit lui-même, « le virus le plus apte à produire l'infection est celui qui provient d'un chancre infectant à la première période; mais à la période de déclin la sécrétion s'affaiblit, et, tout en conservant la propriété de s'inoculer (?), perd son pouvoir infectant. » (*Loc. cit.*, p. 314.)

Or, nous établirons avec M. de Bærensprung (comme J.-L. Petit s'en était, du reste, convaincu depuis longtemps) que, lorsque le chancre induré existe, la vérole est faite; que l'induration, loin d'être l'accident initial de la vérole, est la première manifestation de la diathèse : aussi comprenons-nous avec M. Robert que le chancre simple le plus bénin occasionne parfois le chancre infectant. La porte d'entrée de la syphilis peut être une desquamation épithéliale, une érosion de la peau, une écorchure, un herpès, etc., etc. Une incubation plus ou moins longue se fait; le premier produit diathésique, *la gomme*, se forme, se dépose le plus ordinairement sur le point qui a livré passage au virus infectant. Là cette gomme, produit essentiellement pauvre et transitoire, se décompose, et finit par produire une ulcération qui n'est pas plus le chancre mou que ne l'est la plaque muqueuse ulcérée. Ainsi le chancre mou serait le seul chancre, le seul ulcère rongeant. L'induration est une production spéciale de la syphilis ayant son analogie dans les *gommes viscérales*, et l'ulcération qui surmonte l'induration serait le résultat de la transformation, de la décomposition de la gomme syphilitique initiale.

Mais laissons la parole à l'école allemande de Berlin, celle qui la première n'a considéré qu'une seule espèce de chancre, le chancre mou avec son bubon inflammatoire et son action locale; celle pour qui la vérole produite par l'absorption d'un virus déposé sur un point quelconque du corps humain ne débute pas par un ulcère, mais qui, après une incubation de quelques septénaires, se manifeste au point où le virus a été déposé par une production particulière, communément désignée sous le nom d'*induration*, production qui finit par s'ulcérer, et qui est suivie des manifestations dites secondaires de la diathèse, éruptions cutanées (syphilides et plaques muqueuses) et altérations viscérales, périphériques ou parenchymateuses gommes, nodosités, hypertrophies, etc.).

P. PICARD.

(*La suite prochainement.*)

II

REVUE CLINIQUE.

SUR UN CAS D'ATROPHIE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES RACINES SPINALES POSTÉRIEURES (*Ataxie locomotrice progressive*).

(Suite et fin. — Voir le numéro 16.)

Il serait hors de propos, ce nous semble, d'entrer dans de longs développements, pour établir que le cas dont nous venons de donner l'histoire est un exemple légitime de l'affection décrite par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*. L'ataxie, à l'époque où il nous a été donné d'observer la malade, était aussi accusée que possible; un examen superficiel eût pu seul faire croire à l'existence d'une paralysie absolue des membres inférieurs; une étude quelque peu attentive de l'état de la motilité dévoilait bientôt des symptômes peu équivoques. Couchée ou assise, la malade imprimait, en effet, assez facilement à ses membres inférieurs tous les mouvements qu'on lui indiquait, et il était à peu près impossible de s'opposer à la flexion de ces membres étendus, ou, une fois fléchis, de résister à leur extension. Cette femme, cependant, ne pouvait, même un seul instant, se maintenir dans la station verticale : soutenue par des aides, si elle essayait de marcher, on voyait les membres inférieurs exécuter des mouvements de locomotion tout à fait désordonnés.

Ici donc, sous le masque de la paraplégie, existait une ataxie locomotrice des mieux accusées. L'évolution des symptômes s'était également opérée suivant un des modes les plus caractéristiques. Dans une première période, qui s'étend de 1849 à 1860, on voit, à la suite de douleurs vives siégeant dans la région dorsale, survenir divers troubles de la vision, et en particulier un affaiblissement de la vue qui dure trois mois environ. Ces mêmes troubles se reproduisent en 1851; et cette fois beaucoup plus sérieux, ils aboutissent, après avoir persisté pendant deux ans, à une cécité complète. Une seconde période commence en 1860, et elle est inaugurée par l'apparition des premiers indices d'ataxie locomotrice des membres inférieurs : des engourdissements et un sentiment de froid très pénible ouvrent la scène. En même temps il existe une sensation toute particulière de légèreté des membres affectés, et alors la

---

dité, toujours si précieuse pour des peuples pasteurs, les avait amenés à regarder la pluie d'orage comme une liqueur céleste, donnant, par conséquent, l'immortalité (*amrita*, de *a* privatif; *mri*, mourir). Les *Gandharvas-Centaures* deviennent, sous la forme de chevaux-nuages, comme on les nomme souvent, les gardiens de l'eau céleste, dont Dhanvantari personnifie, sans doute, la force vivifiante et la puissance qu'elle a de *guérir* la sécheresse des pâturages. Tel serait, à son origine, le mythe qui, de transformations en transformations, a fini par aboutir à l'histoire du centaure professant la médecine au fond d'une caverne de la Thessalie. Il n'est pas inutile de se rappeler ici que, d'après la mythologie grecque, les centaures étaient fils d'Ixion et du *Nuage*.

D'après un chapitre du *Mahâbhârata* relatif au fameux barattement de la mer, on vit, à la fin de l'opération, sortir de l'Océan Dhanvantari, tenant dans sa main un vase blanc qui contenait l'*amrita*.

Nous avons déjà vu comment, dans les traditions mythologiques grecques, le mythe primitif se détériora progressivement; il ne se conserva pas mieux dans les traditions indiennes. Les Gandharvas furent surtout regardés comme les musiciens célestes par la mythologie relativement moderne, à l'exclusion de leurs attributions primitives. Dans l'ouvrage médical cité plus haut, l'*Ayurvéda* de Suçruta, Dhanvantari, qui a subi l'influence anthropomorphique d'où découla plus tard, surtout en occident, tout un système d'interprétations, est appelé Kasiraja (roi de Kasi, *Bénarès*), où il était descendu pour enseigner la médecine. On le nomme souvent le médecin par excellence, l'égal d'Indra, etc. Rien ne rappelle ses liens de famille avec les Gandharvas, qui, eux-mêmes, sont devenus des êtres malfaisants, et qu'on rencontre associés aux démons, aux vampires, aux esprits impurs dont l'influence pernicieuse amène les maladies que la médecine de Dhanvantari apprenait à guérir. J'ajouterai, pour terminer, que les remarques précédentes tendent à confirmer l'opinion à laquelle je me suis ral-

Digitized by Google

marche commence à être difficile ; bientôt elle devient impossible sans le secours d'un bras, en raison surtout de l'incoordination des mouvements. Après un amendement d'assez courte durée, la malade se voit enfin condamnée à une immobilité à peu près complète, et définitivement réduite à garder le lit. L'ataxie ne s'est point étendue chez elle aux membres supérieurs, de sorte qu'on voit manquer ici la période dite de *généralisation* ; mais il faut remarquer que la vie de cette malheureuse a dû être considérablement abrégée par l'intervention d'une phthisie pulmonaire à marche rapide.

A part quelques traits particuliers, que nous aurons occasion de faire ressortir chemin faisant, et qui semblent parfois l'éloigner un peu du type habituel, notre observation offre d'ailleurs, sous d'autres rapports encore, la plus grande analogie avec celles qui ont été présentées par M. Duchenne (de Boulogne), et les auteurs qui l'ont suivi. Comme c'est la règle, dans les cas de ce genre, la sensibilité tactile était affaiblie chez notre malade, qui n'avait pas conscience de la nature des objets avec lesquels on la touchait, non plus que du degré des excitations; mais en même temps que cette obnubilation du toucher, il semblait y avoir une hyperalgésie très prononcée, puisque des excitations légères provoquaient de vives douleurs, et que le contact de la lame était des plus pénibles. Les impressions causées par le chaud et le froid étaient, du reste, nettement distinguées. Quant à la sensibilité musculaire, elle n'était pas abolie, au moins dans tous ses modes, puisque certaines contractions spasmodiques étaient accompagnées de sensations de crampes. Ainsi que nous l'avons dit, les mouvements volontaires d'extension et de flexion des divers segments des membres inférieurs, s'opéraient avec force, mais ils avaient toujours quelque chose de brusque et de saccadé qu'on ne rencontre pas dans les mouvements complétement normaux des personnes saines. De plus, ces membres étaient de temps en temps pris de mouvements involontaires de flexion et d'extension plus ou moins prononcés, ou de soubresauts plus ou moins brusques. Ils présentaient en outre un certain degré d'atrophie, fait rare dans l'ataxie locomotrice suivant M. Duchenne, mais qui, d'après M. Duménil aurait été plusieurs fois rencontré en pareille circonstance. L'affection a débuté, comme l'a souvent vu M. Duchenne, par des troubles de la vision ; mais ceux-ci, outre qu'ils ont précédé de très longtemps les premiers phénomènes de l'ataxie, ont présenté une gravité insolite, et ont rapidement conduit à une cécité absolue. L'examen ophthalmoscopique avait permis, pendant la vie, de constater une atrophie marquée de la papille, la rétine paraissant d'ailleurs saine.

En ce qui concerne les résultats nécroscopiques, ils ont avec ceux qui ont été rencontrés par divers auteurs, et en particulier par MM. Michel (1), Bourdon, Luys et Duménil, une presque entière conformité. Les cordons postérieurs de la moelle et les racines postérieures des nerfs spinaux étaient, en effet, chez notre sujet, comme dans les cas relatés par ces observateurs, le siége d'une atrophie avec sclérose. L'altération des racines postérieures se montrait, dans notre fait, beaucoup plus prononcée à la région dorsale qu'à la région lombaire ; ces racines étaient tout à fait saines à la région cervicale. Quant aux cordons postérieurs, l'altération les avait envahis dans toute leur largeur aux régions lombaire et dorsale ; elle devenait, pour ainsi dire, linéaire à la région cervicale, où les cordons médians postérieurs étaient seuls atteints. Notre observation, sous ce dernier rapport, offre la plus grande ressemblance avec un fait rapporté par M. Cruveilhier dans son ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (32e livraison, p. 23), et invoqué à juste titre par MM. Bourdon et Beaumetz comme un exemple d'ataxie locomotrice progressive.

L'examen microscopique est venu à son tour confirmer, au moins en grande partie, les résultats obtenus déjà par MM. Virchow (1), Michel, Freidreich (2), Luys (3). Parmi les détails de cet examen, il en est quelques-uns qui méritent une mention particulière. Les faisceaux postérieurs étaient seuls altérés ; mais, même dans les points où l'altération était le plus prononcée, il restait quelques fascicules de tubes nerveux sains, évidemment respectés par le travail morbide. Ces fascicules se voyaient sous forme de bandelettes extrêmement grêles, longitudinales, à la surface des faisceaux, et sur les coupes de la moelle on voyait, en rapport évident avec ces fascicules, d'autres traînées blanchâtres, à direction postéro-antérieure, constituées aussi par des trousseaux de fibres saines. Or, il nous semble que ces fascicules de fibres normales ne peuvent être considérées que comme les systèmes des fibres commissurales comprises dans les faisceaux postérieurs, systèmes établissant des communications en arcades entre les divers points de la moelle, et demeurés ici indemnes, au moins en partie. Un autre détail digne d'attention, c'est la présence de tubes nerveux, de régénération plus ou moins récente, au milieu du tissu médullaire atrophié, et constitué, comme nous l'avons dit, par les gaînes vides des tubes nerveux, par les éléments de la névroglie et du tissu connectif. Il n'y a sur ce point aucun doute à avoir, *ce sont bien des tubes nouvellement restaurés ; ils ont tous les caractères qui distinguent les tubes nerveux que l'on trouve dans les nerfs en voie de régénération*. Ces tubes grêles, devenant facilement variqueux sous l'influence de la préparation, se retrouvaient en grand nombre dans les filets des racines postérieures les plus atrophiées, c'est-

(1) Voir Sizaret et Sellier, thèses de Strasbourg, 1860.

(1) *Pathologie cellulaire*, trad. de P. Picard, p. 235.
(2) *Gazette médicale*, 9 novembre 1861 ; — citation de M. Bourdon (*Archives générales de médecine*, avril 1862, p. 385 et 386).
(3) Voy. les faits de MM. Bourdon et Oulmont.

---

hé relativement à l'âge de l'*Ayurvéda* (1), opinion qui, contrairement aux assertions du docteur Hessler, rapporterait l'ouvrage de Suçruta aux environs du commencement de l'ère chrétienne (2).

Agréez, etc. Dr G. LIÉTARD,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières

Plombières, le 8 avril 1862.

(1) Voy. Liétard, *Essai sur l'histoire de la médecine chez les Indous*, édit. in 8, p. 30-33.
(2) Bibliographie :
Kuhn, *Die Herabkunft des Feuers und des Gœtterstranks, ein Beitrag zur vergleichenden Mythologie der Indo-Germanen*. In-8. Berlin, Dummer 1859.
Les mythes du feu et du breuvage céleste, revue germanique, t. XIV, p. 339-341.
Journal asiatique, août-septembre 1859.
Max Müller, *Mythologie comparée*, traduct. française, p. 80-81.
Suçrutas, *Ayurvedas*, passim.

AVIS. — Le moment est venu de réunir et de transmettre à l'autorité supérieure, pour être soumises au conseil impérial de l'instruction publique, toutes les demandes en autorisation de cours particuliers.

En conséquence, MM. les docteurs en médecine qui voudraient commencer ou continuer à l'École pratique des cours, soit d'été, soit d'hiver, durant l'année scolaire 1862-1863, devront remettre leur pétition au secrétariat de la Faculté d'ici au 10 mai prochain, terme de rigueur.

Chacune des demandes dont il s'agit doit être accompagnée du programme du cours que le pétitionnaire se propose de faire.

— Le docteur Thomas W. Evans, médecin-dentiste à Paris, qui avait été appelé à la cour de Russie, vient d'être nommé commandeur de l'ordre impérial de Saint-Stanislas.

— Le docteur Calvo a été nommé chirurgien-major du 19e bataillon de la garde nationale en remplacement du docteur Foucart, décédé.

Le docteur Foucher a été nommé chirurgien aide-major en remplacement du docteur Calvo.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les *maladies vénériennes* samedi 3 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1, à l'École pratique.

Digitized by Google

à-dire des racines postérieures de la région dorsale de la moelle épinière. Une dernière particularité doit enfin être relevée ; elle est relative à l'altération des vaisseaux sanguins des cordons postérieurs. Ces vaisseaux, dont les parois étaient chargées d'une couche épaisse de granulations graisseuses entremêlées en certains points de corps amyloïdes, étaient les seuls qui fussent altérés, soit dans la moelle elle-même, soit dans le reste du système nerveux central. Cette lésion n'a pas été constatée dans les faits relatés par MM. Bourdon et Oulmont, mais nous la trouvons signalée dans une observation d'affection des cordons postérieurs de la moelle publiée par M. Luys (1), observation qui probablement devra prendre place dans l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive.

I. — Revenons actuellement sur les symptômes observés chez le sujet de notre observation, pour rechercher jusqu'à quel point ils trouvent leur explication dans les altérations révélées par l'autopsie. Nous ne ferons que mentionner l'amaurose complète, dont l'atrophie absolue des nerfs optiques rend suffisamment compte (2), pour nous occuper exclusivement des phénomènes morbides relatifs à la sensibilité et à la motilité ; ce sont là, en effet, surtout les points en litige.

A. — Les troubles de la sensibilité consistaient surtout, comme on l'a vu, en une diminution de la sensibilité tactile, avec exagération apparente des sensibilités de douleur et de température. La sensibilité musculaire n'était pas éteinte, puisque les soubresauts et les autres mouvements involontaires des membres inférieurs étaient accompagnés de sensations de crampes. Enfin les sensations complexes d'où résultent les notions de position ont paru encore assez nettes lors des recherches d'ailleurs incomplètes qu'on a faites dans cette direction.

La diminution de la sensibilité se conçoit sans peine lorsque les faisceaux postérieurs sont altérés dans une très grande partie de leur étendue verticale, et, d'autre part, cette diminution est un résultat tout à fait nécessaire de l'atrophie des racines postérieures. Une section transversale, une destruction limitée des faisceaux postérieurs diffèrent singulièrement, sous le rapport des conséquences, d'une détérioration de ces faisceaux dans une grande longueur. Dans le premier cas, la sensibilité des régions du corps en rapport par leurs nerfs sensitifs avec la portion de la moelle située au-dessous de la lésion, non-seulement ne s'affaiblit pas, mais encore, ainsi que M. Brown-Séquard l'a prouvé surabondamment, elle s'exagère ; dans le second cas, si la lésion envahit les faisceaux postérieurs jusqu'à leur extrémité inférieure, en y détruisant absolument tous les tubes nerveux, la sensibilité doit forcément devenir obtuse, puisqu'une certaine partie des tubes des racines postérieures passent par ces faisceaux (3).

Mais si, comme l'admettent un grand nombre d'anatomistes, les fibres des racines postérieures ne passent pas toutes par les faisceaux postérieurs, s'il en est qui pénètrent dans les profondeurs de la moelle épinière, après avoir fait partie, pendant un certain trajet, des cordons latéraux, on comprendra comment une altération, même absolument complète, des tubes nerveux des faisceaux postérieurs, ne peut pas, à condition qu'elle siége exclusivement dans ces faisceaux, abolir entièrement la sensibilité.

Une altération complète des racines postérieures, au contraire, anéantirait nécessairement la sensibilité, et l'on peut, par conséquent, s'étonner que dans le cas rapporté par M. Bourdon les racines postérieures de la région lombaire (probablement du renflement dorso-lombaire) aient été trouvées entièrement atrophiées, alors que pendant la vie on avait constaté que « la » sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur étaient parfai- » tement conservées aux membres inférieurs, à la plante des » pieds même (1). » On n'est pas moins surpris en voyant, dans le cas de M. Oulmont, l'intégrité de la sensibilité cutanée et musculaire coïncider avec une lésion profonde des nerfs de la queue de cheval, dont presque tous les tubes nerveux étaient affaissés et granuleux. En présence d'une si flagrante contradiction entre les données de la clinique et les résultats les plus certains de la physiologie expérimentale, on ne peut s'empêcher de songer aux chances d'erreur nombreuses que rencontre l'observateur même le plus attentif, soit dans l'appréciation de l'état de la sensibilité, soit dans les investigations anatomiques quelque peu minutieuses.

Dans notre cas, la diminution de la sensibilité était manifeste ; mais nous devons avouer que, rencontrant à l'autopsie une altération si profonde des racines postérieures, surtout à la région dorsale, nous avons regretté de n'avoir pas recherché avec plus de soin l'état de la sensibilité sur le tronc ; il nous paraît impossible qu'il n'y eût pas une anesthésie très prononcée de la peau et des muscles de cette partie du corps. Quant à l'anesthésie incomplète des membres inférieurs, elle s'explique par l'atrophie partielle des racines postérieures dorso-lombaires. Nous devons toutefois, à ce propos, faire la remarque suivante : il semblerait que, dans le cas où un grand nombre des tubes des racines postérieures ont disparu, certains points de la peau devraient avoir perdu leur sensibilité, et il paraîtrait naturel de trouver de petites places anesthésiées en plus ou moins grand nombre, disséminées au milieu de petits départements ayant conservé leur sensibilité normale. Il n'en est rien, cependant, et c'est là un fait fort intéressant assurément au point de vue physiologique ; la sensibilité existe, — à un état inférieur, il est vrai, — dans tous les points de l'enveloppe tégumentaire, et ainsi se dévoile, dans des proportions exagérées et bien plus frappantes par conséquent, cette irradiation de l'action nerveuse que l'on est obligé d'admettre en physiologie générale, même pour l'état sain.

Nous avons noté que la sensibilité de douleur et la sensibilité de température étaient conservées, exagérées même. Ces modes de la sensibilité tactile peuvent-ils donc être conservés, voire même exagérés, alors que le toucher proprement dit a subi un affaiblissement considérable? Rien de plus certain que l'existence de ce phénomène en quelque sorte paradoxal, qui peut d'ailleurs être reproduit expérimentalement. Lorsque l'on comprime les nerfs principaux d'un membre, le nerf sciatique, par exemple, il est une période de l'expérience où l'on ne sent plus que d'une façon vague le contact des corps ; si, dans ce moment, on vient à piquer ou pincer la peau, on détermine une douleur cuisante extrêmement violente, incomparablement plus intense que ne sont les douleurs dans l'état normal ; le contact d'un corps froid suscite aussi une sensation douloureuse très vive (2). Ce n'est pas, sans doute, forcer trop les analogies que d'admettre un mécanisme analogue pour expliquer l'hyperalgésie, qui est la suite ordinaire des lésions expérimentales des cordons postérieurs de la moelle (3), et aussi celle que l'on peut observer sous l'influence des altérations morbides plus ou moins étendues de ces cordons. Qu'il

(1) *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1856, p. 94 : *Ramollissement des faisceaux postérieurs de la moelle; symptômes prédominants du côté de la sensibilité.*

(2) Il faut noter comme un fait remarquable l'intégrité des rétines, coïncidant avec une atrophie totale des nerfs optiques.

(3) Une destruction complète des cordons postérieurs dans un espace limité, embrassant à peu près une étendue d'une à deux vertèbres, ne peut se reconnaître, chez l'homme, par aucun symptôme. La sensibilité, en particulier, ne paraît en aucun point ni diminuée ni exagérée. Si l'altération des cordons occupe une hauteur répondant à dix ou douze vertèbres, cas dans lequel les tubes nerveux provenant des racines qui traversent les cordons sont en même temps détruits, il en résulte des anesthésies étendues, et les muscles correspondants ne répondent plus qu'incomplétement à la volonté. (L. Turk, cité par Ludwig, *Physiologie des Menschen*, 1858, t. I, p. 406.) — Les travaux de M. Brown-Séquard sont, sur un point, en opposition avec ce que dit M. L. Türk, car ils prouvent qu'il y a au moins souvent une exagération de la sensibilité lorsque les cordons postérieurs sont intéressés dans un espace limité.

(1) *Archives générales de médecine*, novembre 1861, p. 517.

(2) *Expériences sur la compression des nerfs*, communication inédite à la Société de biologie, par MM. Bastien et Vulpian.

(3) Vulpian, *Des effets croisés de la moelle épinière* (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 824).

Digitized by Google

y ait, en même temps que l'hyperalgésie par perversion de la sensibilité, une exagération des mouvements réflexes des membres inférieurs, et l'on aura, réunies ainsi, les conditions nécessaires pour donner le spectacle trompeur d'une hyperesthésie des plus expressives.

La sensibilité musculaire nous a paru intacte en ce sens du moins qu'il y avait des douleurs dans les muscles lorsque ceux-ci étaient pris de soubresauts involontaires. Mais c'est là sans contredit une preuve bien insuffisante. Comme le fait remarquer avec beaucoup de justesse M. le docteur Jaccoud (1), de même que la sensibilité cutanée offre des modes très distincts qui peuvent être atteints isolément dans certains états morbides, de même on doit admettre aussi que la sensibilité musculaire a des facteurs divers qui n'opposent pas une résistance uniforme à une lésion déterminée; que l'un de ces facteurs par conséquent pourra rester plus ou moins intact alors que les autres seront supprimés. Rien ne démontre donc que chez notre malade la sensibilité musculaire soit demeurée normale, et nous sommes porté à croire, au contraire, qu'elle était assez profondément altérée.

B. — Les troubles de la motilité ont présenté, chez notre malade, tous les caractères fondamentaux de l'ataxie locomotrice, à savoir : une force encore très grande des mouvements des muscles, des membres inférieurs, en même temps qu'une impossibilité à peu près complète de coordonner ces mouvements pour les grands résultats d'ensemble, tels que la station et la marche. Le degré d'énergie des mouvements musculaires des divers segments des membres inférieurs, n'a malheureusement pas pu être apprécié rigoureusement; mais, quelque élevé qu'il fût, il nous semble qu'il se tenait un peu au-dessous du niveau normal. Il faut tenir compte, en effet, pour apprécier cette énergie, non-seulement de l'intensité des mouvements brusques, mais encore de la tenue plus ou moins longue des contractions; or, sous ce dernier rapport, il est certain que la puissance musculaire était de beaucoup inférieure à la moyenne. Quant à la désharmonie, à l'incoordination des mouvements d'ensemble, il n'est guère possible de les voir à un degré plus prononcé que chez notre malade.

Les lésions trouvées lors de l'autopsie rendent-elles compte de ces troubles et de cet affaiblissement de la motilité? Il y avait, nous l'avons vu, altération des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux. Quelle est la part qui doit être attribuée à l'atrophie des faisceaux postérieurs? Quelle est celle qui incombe à la dégénérescence des racines postérieures?

Lorsqu'on lèse les faisceaux postérieurs de la moelle épinière à la région dorsale chez un chien, ce n'est pas la sensibilité des membres postérieurs qui subit les modifications les plus saillantes, car, comme nous l'avons rappelé, elle n'est point abolie et elle semble même augmentée. Le mouvement, au contraire, présente des modifications très remarquables. Si l'on fait une simple section transversale de ces faisceaux, on n'observe que des effets peu marqués; mais, si l'on pratique sur la région dorsale deux sections transversales, à une distance de quelques centimètres l'une de l'autre, il y a sur-le-champ une diminution très appréciable de la motilité dans les membres postérieurs, à tel point que l'animal perd sur-le-champ la faculté de se tenir dressé sur ces deux membres, et que, marchant encore à l'aide de ses membres antérieurs, il traîne alors ses pattes de derrière devenues inertes; cette sorte de paraplégie traumatique peut d'ailleurs se montrer permanente (2).

Parmi les faits pathologiques, il en est très peu qui puissent être invoqués comme corroborant ces résultats expérimentaux. Le plus communément, en effet, les altérations, l'atrophie, par exemple, portent à la fois sur les faisceaux postérieurs de la moelle épinière et sur les racines postérieures. Toutefois, parmi les cas d'atrophie de la moelle, signalés par M. Cruveilhier, il en est au moins un où la lésion était bornée aux faisceaux postérieurs. Or, dans ce cas, la paraplégie portait exclusivement sur le mouvement (1).

M. Brown-Séquard (2) rapporte une observation tout à fait analogue à la précédente, et qu'il emprunte à un travail de M. Stanley. Le malade, dans ce cas, pouvait encore, en faisant un grand effort, lever ses pieds de terre, alors qu'il était assis. La sensibilité était intacte; les colonnes postérieures furent trouvées altérées dans toute leur longueur; les racines des nerfs étaient normales.

Les faits pathologiques et expérimentaux tendent donc, d'un commun accord, à démontrer que les faisceaux postérieurs ont une grande influence sur les mouvements d'ensemble, et en particulier sur ceux que nécessitent la marche et la station. C'est là du reste une opinion conforme à celle des physiologistes modernes, parmi lesquels il nous suffira de citer MM. L. Türk (3) et Brown-Séquard. « Dans les cas d'altération occupant une grande longueur des colonnes postérieures, dit en particulier M. Brown-Séquard (4), il y a une notable diminution de la faculté de se tenir debout et de marcher, et, lorsque l'affection a duré longtemps, cette faculté peut être tout à fait perdue. »

L'influence des lésions des cordons postérieurs de la moelle sur la marche et sur la station peut d'ailleurs dépendre, soit de l'altération des fibres nerveuses propres à ces cordons, soit de l'altération des fibres radiculaires postérieures qui y pénètrent et en font partie pendant un certain trajet; elle peut dépendre enfin de ces deux causes réunies.

Par suite surtout de la complexité même de la structure des faisceaux postérieurs, la physiologie n'a pas encore pu démêler avec quelque netteté les fonctions des fibres propres de ces faisceaux; aussi doit-on bien se garder d'aventurer une hypothèse tant soit peu précise sur le mode d'action de ces fibres dans le mécanisme de la marche et de la station. Il faut se contenter, pour le moment, de constater que les faisceaux postérieurs ont, sur ce mécanisme, une influence indépendante de la présence des fibres des racines postérieures qu'ils contiennent. Or, c'est là justement ce que démontrent les faits physiologiques que nous avons mentionnés plus haut, et ce que prouve aussi le cas pathologique de Cruveilhier. Dans ce cas, il est dit que les faisceaux postérieurs (5) altérés étaient traversés par des filaments blancs, faisant suite aux filets des racines postérieures; et cette altération isolée des fibres propres des faisceaux postérieurs avait déterminé une paraplégie du mouvement seul. D'autre part, chez les animaux dont il a été question plus haut, et chez lesquels les faisceaux médullaires postérieurs avaient été coupés en deux points assez distants l'un de l'autre, il n'y avait évidemment qu'un bien petit nombre de filaments des racines qui fussent interrompus (6); cependant la sensibilité des membres postérieurs était intacte ou exagérée, et la motilité était au contraire extrêmement affaiblie. Il est donc évident, et c'est là le point qu'il importait surtout d'établir, que les faisceaux postérieurs de la moelle ont sur le mouve-

(1) *Loc. cit.*, p. 116.

(2) Voy. Philipeaux et Vulpian : *Résultats de deux sections des cordons postérieurs de la moelle faites sur des chiens, et séparées l'une de l'autre par un intervalle de 3 à 10 centimètres* (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1855, p. 93).

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 32e livraison, p. 23; — mémoire de Bourdon (*Archives générales de médecine*, avril 1862, p. 399).

(2) *Loc. cit.*, p. 68. E. Stanley, in *Medico-Chirurgical Transactions*, 1840, vol. XXIII, p. 80-83.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*

(5) L'observation indique comme siége de l'altération les cordons médians postérieurs; mais, comme l'auteur ajoute que ces cordons étaient traversés par les filets des racines postérieures, il nous semble qu'il s'agissait en réalité des faisceaux postérieurs.

(6) On sait que les fibres des racines postérieures qui pénètrent dans les faisceaux postérieurs et y cheminent pendant un certain trajet ascendant ou descendant ne tardent pas à quitter ces faisceaux pour se porter vers la substance grise, de telle sorte qu'une interruption transversale des faisceaux postérieurs à la région dorsale ne coupe, en somme, qu'un très petit nombre de fibres radiculaires appartenant aux racines les plus voisines de la section, et n'a, en conséquence, aucune action directe sur la sensibilité des membres inférieurs ou postérieurs.

ment une influence propre, indépendante. Quant au mécanisme de cette influence, c'est là une question fort intéressante sans doute, mais qu'il serait presque oiseux d'aborder sérieusement, puisque nous manquons absolument des éléments nécessaires à sa solution (1).

Un affaiblissement plus ou moins considérable de la motilité, l'impossibilité de la station et de la locomotion, tels sont, en définitive, les résultats que l'on peut imputer à une atrophie très étendue et profonde des fibres intrinsèques des cordons postérieurs. Si l'atrophie est très incomplète, peut-être la faiblesse des mouvements ne sera-t-elle plus appréciable et tout se réduira-t-il à des troubles de la marche. Mais de nouveaux faits permettront seuls de savoir à quoi l'on doit s'en tenir sur ce point.

Si la lésion intéresse les fibres des racines postérieures en même temps que celles des faisceaux postérieurs, alors, ainsi que nous l'avons dit, se montrera tout naturellement une perturbation de la sensibilité, et suivant l'étendue de la lésion, suivant le degré qu'elle aura atteint, on observera différentes formes d'anesthésie. Mais la lésion des racines postérieures n'a pas pour seul effet de déterminer des troubles de la sensibilité, elle participe certainement aussi, et par l'intermédiaire même de ces troubles, à la production des phénomènes morbides de la motilité. L'obnubilation de la sensibilité tactile et de la sensibilité musculaire, la diminution de l'excitabilité réflexe, l'affaiblissement de cette sorte de rayonnement impressif qui se fait incessamment de tous les points du corps vers le centre nerveux, rayonnement d'où dérivent en particulier les notions de position, tous ces désordres amènent l'indécision des efforts, l'incertitude des directions, et cela d'autant plus sûrement qu'il s'agit de mouvements plus complexes. Que la vue soit en outre perdue complétement, comme cela avait lieu dans notre cas, ou qu'on vienne à faire fermer les yeux au malade, les mouvements n'étant plus guidés par les indications supplémentaires que fournit ce sens, deviendront bien plus incertains encore, et la station pourra être définitivement impossible.

Cela étant, les altérations des racines postérieures devraient déjà, par elles-mêmes, déterminer des modifications considérables de la motilité. Combinés à ceux des altérations des faisceaux postérieurs, leurs effets pourront, ce nous semble, suffire à expliquer les troubles du mouvement observés chez les sujets atteints d'ataxie locomotrice progressive, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir pour les besoins de la cause, une faculté nouvelle et tout à fait hypothétique (2).

II. — Si, dans les cas analogues à celui qui fait l'objet de ce travail, on observe à un haut degré d'intensité le trouble de la motilité volontaire, désigné par M. Duchenne sous le nom d'ataxie locomotrice, on ne doit pas oublier cependant que l'on peut rencontrer ce phénomène dans d'autres états morbides. Nous n'insisterons pas sur ce point de vue, qui a déjà été signalé avec les développements nécessaires par MM. Wunderlich (1), Teissier (2), Jaccoud (3) et quelques autres. Nous nous bornerons donc à consigner ici une remarque, c'est qu'il est nécessaire de ne pas ranger sous une même dénomination tous les déréglements du mouvement volontaire ; une étude plus précise des désordres de la locomotion dans les diverses conditions pathologiques où ils peuvent se manifester, conduira sans aucun doute à reconnaitre quelques types bien distincts et à spécifier leur véritable valeur sémiotique.

Mais en prenant même comme point de départ la notion un peu confuse jusqu'ici de l'ataxie locomotrice, on peut se demander, comme l'ont fait surtout MM. Teissier, Jaccoud, Dujardin-Beaumetz, si M. Duchenne (de Boulogne) était en droit de considérer l'ensemble des phénomènes qu'il a décrits comme caractérisant une affection particulière, l'ataxie locomotrice progressive. Nous avouons que les arguments opposés à M. Duchenne ne nous paraissent pas décisifs. Nous voyons une catégorie de malades chez lesquels se montrent des symptômes semblables dans un ordre presque constant, chez lesquels l'autopsie révèle des lésions occupant toujours des régions déterminées du système nerveux, et nous ne pouvons pas nous empêcher de croire qu'il y a là les caractères d'une espèce morbide originale. Que quelques-unes des manifestations symptomatiques de l'ataxie locomotrice progressive se fassent jour au milieu d'autres processus morbides, qu'importe, s'il y a certaines de ces manifestations qui échappent à ces immixtions, et surtout si le déroulement du tableau n'est pas le même ! Que même parfois on constate la conformité la plus exacte entre l'ataxie locomotrice et les symptômes observés au début ou dans le cours d'une autre maladie, rien n'empêche d'admettre qu'il y ait là coïncidence d'affections différentes, associées d'ailleurs peut-être par quelque lien qui demeure inconnu. Enfin, il n'est pas suffisant, pour infirmer l'appui que donnent aux idées de M. Duchenne (de Boulogne) les résultats de l'anatomie pathologique, de rappeler que les lésions des faisceaux postérieurs et des racines postérieures ne sont pas primitives, qu'elles sont des effets secondaires. En effet, il nous paraît incontestable que la présence constante de ces lésions à lente évolution dans les mêmes parties du système nerveux, dans un des départements physiologiques de ce système, prouve que ces parties ont été depuis longtemps intéressées ; et il n'est même guère permis de se refuser à croire qu'elles ont été atteintes dès le début des phénomènes d'ataxie locomotrice, quand on voit l'atrophie progressive des racines et des faisceaux postérieurs ne pas changer au fond le caractère des symptômes, et ne faire, pour ainsi dire, que les exagérer (4).

Nous croyons donc que M. Duchenne (de Boulogne), après avoir fait preuve d'un grand talent d'analyse dans son étude de l'ataxie locomotrice, a judicieusement agi en séparant du groupe des paralysies proprement dites les cas qui ont servi de base à son travail et en les réunissant sous une dénomination spéciale. Mais ce serait bien à tort, suivant nous, qu'on voudrait faire reposer sur lui seul tout le mérite d'avoir saisi cette distinction ; c'est bien lui assurément qui en a fait ressortir toute la légitimité, et c'est à lui qu'on doit d'avoir vivement attiré l'attention sur une question d'une grande importance clinique ; mais il est juste de reconnaitre que le tableau, si remarquable d'ailleurs, qu'il a tracé de l'ataxie locomotrice progressive, se

(1) M. Brown-Séquard (*loc. cit.*, p. 55) pense que « cette influence provient de ce » que les colonnes postérieures sont les principaux conducteurs des excitations qui » produisent les mouvements réflexes, de telle sorte qu'il y a une grande diminution » de ces mouvements lorsque ces colonnes sont altérées, et, comme ces mouvements » sont indispensables dans les actes de la marche et de la station, il est tout naturel » que ces actes deviennent difficiles lorsque les colonnes postérieures sont altérées. »

Cette explication, en ce qui concerne les fibres propres des faisceaux postérieurs, n'a pas de fondement sérieux ; elle doit être, au contraire, prise en considération s'il s'agit des fibres radiculaires contenues dans ces faisceaux.

Si l'on voulait émettre une hypothèse adaptée exactement aux faits jusqu'ici connus, il faudrait considérer les cordons postérieurs comme chargés, au moins en partie, d'associer en actions d'ensemble les actions particulières des divers points de la moelle.

(2) Comme nous n'avons pas l'intention de tracer ici une histoire complète de l'ataxie locomotrice progressive, nous laissons de côté la discussion que l'on pourrait établir au sujet du débat qui s'est élevé entre MM. Duchenne et Landry relativement aux vues émises par le premier de ces médecins sur la faculté qu'il appelle *conscience musculaire*, ou plus récemment *aptitude motrice indépendante de la vue*, faculté que M. le docteur Bourdon propose de désigner sous le nom d'*instinct locomoteur*. Toutes ces dénominations ont, suivant nous, le tort grave d'élever au rang de force simple et primordiale le résultat complexe auquel concourent sans aucun doute, entre autres facteurs, plusieurs des modes de la sensibilité musculaire.

Quant à ce qui concerne l'étude très intéressante que M. Duchenne a faite des éléments de la coordination musculaire, à savoir de l'*harmonie des antagonistes* et des *associations musculaires instinctives ou volontaires*, nous ne pouvons que renvoyer au mémoire de cet auteur (*Archives générales de médecine*, janvier 1859, p. 38).

(1) *Archiv der Heilkunde*, 1861, p. 104.

(2) *L. c. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) L'objection qui a été tirée de la ressemblance entre les lésions de la spedalskhed et celles de l'atrophie musculaire progressive n'a pas toute la valeur qui lui a été attribuée. En effet, il n'y a pas, bien loin de là, une parité complète entre les altérations trouvées par MM. Danielssen et Boeck, Kierulf, Hebra, Loberg, chez les individus atteints de spedalskhed et celles qui ont été rencontrées dans les cas d'atrophie musculaire progressive. La différence est surtout saillante si l'on considère le mode de distribution des lésions.

Digitized by Google

trouvait déjà pour le moins à l'état d'esquisse, dans un chapitre consacré par M. *Romberg* à l'étude du *Tabes dorsalis* (1).

La dénomination de *tabes dorsalis*, dans la langue des anciens médecins, désignait d'une façon confuse (2) des affections diverses ayant pour caractère commun la diminution plus ou moins complète de la motilité volontaire, et, à la fin du dernier siècle, on l'appliquait surtout aux paralysies diverses que l'on faisait dépendre de l'abus des plaisirs vénériens, de l'onanisme et des pertes séminales. Cette dénomination paraissait être tombée en désuétude, lorsque M. Romberg l'a fait revivre en cherchant à lui donner une signification précise. Or, une brève analyse du travail de M. Romberg suffira pour établir que le *tabes dorsalis*, tel que l'a décrit cet auteur, se rapporte, pour tous les points importants, à l'ataxie locomotrice progressive de M. Duchenne (de Boulogne) :

« De bonne heure, dit M. Romberg, la sensibilité tactile et » la sensibilité musculaire deviennent obtuses, tandis que la » sensibilité de la peau pour la température et les impres» sions douloureuses n'est pas diminuée. Dans la station, » dans la marche, dans le décubitus, les pieds sont engourdis » et sont le siége d'une sensation de coton ; on ne sent plus » bien la résistance du sol, il semble que la plante du pied » repose sur du sable humide, sur une vessie pleine d'eau ; » le cavalier ne perçoit plus nettement le contact de ses » étriers... »

Lorsque la sensibilité est ainsi altérée, le secours de la vue devient nécessaire pour l'exécution des mouvements (3).

Les mouvements sont modifiés dès le début de la maladie, et la modification augmente progressivement (4).

La diminution de la force musculaire se manifeste aussi dans les organes munis de sphincters.

Outre ces modifications de la sensibilité et du mouvement, modifications consistant en un affaiblissement de ces fonctions, M. Romberg signale l'existence fréquente de sensations douloureuses chez les malades atteints de *tabes dorsalis* (5).

L'affection s'aggravant de plus en plus, tous les troubles du mouvement et de la sensibilité deviennent plus prononcés (6). Les organes de la vision se prennent aussi (7). La maladie envahit les membres supérieurs : à cette époque, il y a en général extinction complète de la puissance virile. L'intelligence demeure intacte jusqu'à la fin. Dans les derniers temps, les muscles deviennent flasques et s'atrophient. « Le malade ne peut plus » se lever ; *cependant il conserve le pouvoir, le tronc étant appuyé,* » *d'exécuter avec les jambes des mouvements volontaires.* »

La maladie peut durer longtemps, quinze ans par exemple. La phthisie pulmonaire, qui est une complication fréquente, peut hâter la terminaison fatale.

Les recherches nécroscopiques dévoilent *une atrophie partielle de la moelle, atrophie portant quelquefois exclusivement sur les faisceaux postérieurs et sur les racines postérieures.*

Les causes sont très obscures : le sexe masculin constitue une prédisposition ; le rhumatisme est souvent signalé parmi les antécédents.

On voit qu'il manque peu de chose à cette intéressante description pour être complète (1) ; or, elle remonte au moins à l'année 1851 ; il y a là un point d'historique un peu trop négligé jusqu'ici et qu'il nous a paru équitable de mettre en lumière.

III. — Dans la grande majorité des cas d'ataxie locomotrice progressive, la thérapeutique est restée tout à fait impuissante à enrayer les progrès du mal, et, dans les cas les plus heureux, on paraît n'avoir jamais obtenu qu'un amendement peu marqué et en général passager. Les moyens indiqués par M. Romberg, à savoir : une hygiène convenable, l'emploi des affusions froides sur le dos, l'application de substances narcotiques sur les parties douloureuses, sont ceux qui ont, jusqu'à présent, le mieux réussi (2).

Dans ces derniers temps, M. le professeur Wunderlich (3) a été conduit à essayer, dans l'affection qui nous occupe, l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur ; les résultats qu'il a obtenus par cette méthode, bien qu'ils ne reposent encore que sur un petit nombre de faits, sont tels cependant qu'ils méritent d'attirer l'attention des cliniciens. Parmi les observations rapportées par M. Wunderlich, il en est une surtout où l'action favorable de la médication paraît avoir été décisive ; et cependant la maladie, dans ce cas, en était déjà arrivée à une période avancée de son développement (4).

Nous avons eu récemment l'occasion de soumettre à la médication préconisée par M. Wunderlich deux femmes atteintes d'ataxie locomotrice progressive bien caractérisée. Arrivées à

(1) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Bd. II, Berlin, 1851, Abtheil. 2, p. 184 et suiv.

Dans les travaux récents qui ont été publiés sur l'ataxie locomotrice progressive, on s'est contenté de citer une observation consignée par M. Romberg dans son article sur le *tabes dorsalis*.

(2) Sauvages, *Nosologia methodica*, cl. X, ordo I, 1. *Tabes dorsalis*, Lommii, Observ. L, 2.

(3) « Il faut que le malade voie ses mouvements pour qu'ils ne deviennent pas en» core plus incertains. Si on lui dit de se tenir debout et en même temps de fermer les » yeux, aussitôt il commence à osciller et à chanceler ; quand il est dans l'obscurité, » l'incertitude de la station et de la marche s'exagère également. Il y a dix ans déjà » que j'ai porté mon attention sur ce caractère pathognomonique... »

M. Romberg parle encore de l'influence de la vue dans un autre passage (p. 202).

(4) « Le premier phénomène du *tabes dorsalis* est une diminution de la force mo» trice, quelquefois plus marquée dans un membre que dans l'autre. . Le malade est » incapable de soutenir longtemps un mouvement ou une attitude... Il y a de l'incerti» tude dans la marche... Les mouvements ordonnés sont plus difficiles et moins ap» propriés au but que les mouvements entièrement spontanés... Il y a une grande diffi» culté pour changer brusquement de direction pendant la marche... La station et la » locomotion sont plus pénibles et plus incertaines après un long repos. »

(5) « Il y a habituellement un sentiment de constriction abdominale... Quelquefois » il y a des douleurs de pression dans les régions anale ou vésicale. Certains sujets ont » des coliques, des douleurs gastriques ; *la plupart ont des douleurs qui parcourent* » *les membres tout à coup comme des éclairs*, ils éprouvent des sensations de pico» tement, de brûlure, de froid dans la peau, non-seulement des membres inférieurs, » mais encore des supérieurs... »

(6) « La vacillation, les yeux étant fermés, se manifeste même dans la situation » assise... Dans la position horizontale, le malade n'a plus conscience de la situation » de ses membres ; il ne sait plus si la jambe droite est placée sur la gauche, ou si » c'est l'inverse »

(7) « Le sort de ces malheureux est d'autant plus à plaindre que l'amblyopie vient » se joindre aux autres symptômes. Dans des cas plus rares, celle-ci se montre dès le » début... Il peut y avoir rétrécissement des deux pupilles ou d'une seule .. Dans un » cas il y avait un strabisme interne. »

(1) Sous le nom de *paralysie spinale progressive*, M. Wunderlich (*Handbuch der Pathologie und Therapie*, Band III, Auflag 2, Stuttgard, 1854, p. 52 et suiv.) a aussi décrit, mais d'une façon un peu moins nette que M. Romberg, l'affection que nous appelons en France du nom d'*ataxie locomotrice progressive*. Il indique, d'ailleurs, avec une remarquable précision plusieurs des symptômes de la maladie, et entre autres le trouble particulier et caractéristique de la motilité : « Il est très » singulier, dit-il, de voir des malades qui, depuis longtemps déjà, sont inca» pables de faire un pas d'une manière assurée pouvoir encore frapper du pied le sol » avec une grande force et, lorsqu'ils sont couchés, exécuter tous les mouvements » sans difficulté. »

(2) Teissier, *Mémoire cité*, p. 57 et suiv.

(3) *Archiv der Heilkunde*, 1861, p. 207.

(4) Voici le résumé de cette observation : Homme de cinquante-cinq ans, début brusque à la suite de fatigue et après avoir été mouillé. Maladie datant de trois mois ; sensibilité obtuse aux membres inférieurs. Le malade peut, au lit, remuer ses jambes, mais il ne peut se tenir debout.

Le 22 mai, pilules d'un sixième de grain de nitrate d'argent, trois par jour. Le 31 mai, il y a un mieux très sensible, la sensibilité est plus nette et le mouvement des membres inférieurs plus libre. Le 4 juin, cinq pilules chaque jour. Le 9, pour la première fois, selle volontaire ; le malade commence à se tenir sur ses jambes, soutenu par un aide, et fait quelques pas, bien que difficilement. Le 24, progrès dans la marche. Le 29, le malade fait quelques pas sans aide (depuis le 15 il prend six pilules par jour)... Le poids du malade augmente rapidement. Le 10, cet homme passe une heure hors de son lit, chancelle encore lorsqu'il ferme les yeux Le 17, il peut monter les degrés d'un escalier, quoique très difficilement ; la démarche est assez assurée lorsqu'il a les yeux ouverts. A partir de ce moment, il y a un progrès incessant de l'amélioration. On cesse l'administration du nitrate quand le malade a pris 48 grains. Il sort le 28 août en très bon état.

Nous ne ferons que mentionner le titre des autres observations :

Obs. I. — Homme de trente-deux ans. Début lent après un refroidissement. Amélioration par le nitrate d'argent, puis réapparition.

Obs. II. — Début à la suite de suppression de la sueur des pieds. Progression rapide de la paralysie ; amélioration remarquable après 24 grains, puis état stationnaire.

Obs. III. — Homme fort, vingt-sept ans. Début lent à la suite de disparition de la sueur des pieds. Amendement remarquable après 9 grains de nitrate d'argent.

Obs. IV. — Homme sain, trente-cinq ans. Pollutions ; début après refroidissement. Rapide augmentation de la paralysie spinale ; amélioration notable par le nitrate d'argent. Encore en traitement.

Digitized by Google

une période très avancée de la maladie, envoyées à l'hospice de la Salpêtrière comme incurables, ces femmes, sous l'influence du nitrate d'argent (2 pilules de 0gr,01 chaque jour), présentent, au bout de trois semaines de traitement, un amendement très heureux de tous les symptômes; la sensibilité de la peau et celle des muscles, qui étaient plus ou moins intéressées dans tous leurs modes, sont devenues plus nettes; les douleurs ont disparu, les notions de position ont repris une certaine précision, et coïncidemment l'ataxie des mouvements a quelque peu diminué. Chez l'une de ces malades, la vision était complétement abolie, et elle est restée telle; mais l'autre malade, chez laquelle existe une amaurose presque complète, et qui offre, de même que la précédente, une atrophie des papilles optiques, constatée à l'aide de l'ophthalmoscope, commence à reconnaître si la lumière du soleil est éclatante ou au contraire voilée par les nuages; elle entrevoit l'ombre des personnes qui l'entourent ou celle de ses propres doigts, et cette amélioration de sa vue l'étonne elle-même.

On s'explique, à la rigueur, assez aisément que l'ataxie locomotrice puisse s'arrêter et guérir lorsqu'elle est récente, et lorsque les altérations de la moelle ne consistent encore qu'en des changements plus ou moins délicats subis par ses éléments. Mais quand la maladie est d'ancienne date, quand il y a eu atrophie des tubes nerveux des faisceaux postérieurs de la moelle, des racines spinales postérieures, parfois des nerfs optiques ou encore même des nerfs moteurs de l'œil, on comprend difficilement que de pareilles lésions puissent se modifier suffisamment pour permettre la récupération des fonctions perdues. Il nous semble que les résultats de l'examen nécroscopique consigné dans notre observation pourraient jeter sur ce point une certaine lumière. Les faisceaux postérieurs et les racines postérieures des nerfs contenaient des tubes nerveux régénérés; la régénération des tubes nerveux est donc possible dans les cas de ce genre : si l'on suppose que la maladie, soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication efficace, s'épuise, pour ainsi *dire*, *et cesse ses progrès*, il est permis de penser qu'il pourra s'établir dans les parties atrophiées du système nerveux une restauration plus ou moins active qui permettra un retour plus ou moins prompt des fonctions disparues.

J.-M. Charcot et A. Vulpian.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Médecine vétérinaire. — *Note sur la rage*, par M. *Renault* — L'auteur constate d'abord que, depuis 1855, époque de la création de l'impôt sur la race canine, et depuis que l'on oblige davantage à renfermer et attacher les chiens, le nombre des cas de rage, loin d'avoir diminué, semble plutôt avoir augmenté. Telle est, du moins, ajoute M. Renault, à défaut d'une statistique rigoureuse qui nous manque, l'opinion de tous les hommes en position d'observer cette maladie; telle est celle des écoles vétérinaires; telle est celle aussi des administrateurs plus spécialement chargés de s'occuper de l'hygiène publique. Un document officiel que j'ai entre les mains constate que jamais, depuis vingt ans, le nombre des décès pour cause de rage sur l'homme n'a été si considérable que pendant ces trois dernières années.

M. Renault examine ensuite quels sont les moyens les plus propres à s'opposer à la propagation de cette affreuse maladie, dont nous sommes si impuissants à prévenir l'explosion. Parmi ces moyens, il en est deux qui semblent efficaces pour arriver à ce résultat; ce sont : 1° le *musèlement* permanent de tous les chiens qui ne sont pas enfermés ou à l'attache; 2° l'*occision* immédiate de tous ceux de ces animaux chez lesquels se manifesteraient les moindres symptômes de nature à laisser craindre la naissance de la rage, et surtout de tous ceux qui auraient été mordus ou seraient soupçonnés avoir été mordus par des chiens enragés.

Aujourd'hui l'auteur bornera sa communication à ce qui regarde le musèlement.

Il s'élève d'abord contre le préjugé d'après lequel l'usage de la muselière est considéré comme une des causes, la principale peut-être, du développement de la rage spontanée chez les chiens.

Sans méconnaître ce que peuvent avoir de spécieux et de respectable ces scrupules dans l'état actuel de la science, il ne peut s'empêcher de faire remarquer le peu de solidité des raisons sur lesquelles ils s'appuient; il avoue n'avoir vu aucune observation rigoureuse, aucun *fait* bien établi apporté à l'appui de ces inductions plus spéculatives que pratiques. C'est là une opinion, une croyance, une présomption si l'on veut; mais, jusqu'à présent, ce n'est que cela.

M. Renault fait connaître les documents qu'il a recueillis dans l'un de ses derniers voyages en Allemagne, et qui lui paraissent, à raison de leur importance et de leur authenticité, de nature à jeter quelque jour sur ces questions.

D'après ces documents, les cas de rage, qui de 1845 à 1853 inclusivement étaient, en moyenne, de 28 par année, à l'école vétérinaire de Berlin, n'ont plus été que de 4 en 1854, de 1 en 1855 et 1856, et de 0 de 1857 à 1861, c'est-à-dire à partir de l'époque où la mesure du musèlement général a été très rigoureusement appliquée.

M. Renault en conclut :

1° Que, comme il l'a écrit depuis longtemps, et comme le pense un certain nombre d'observateurs, la rage *spontanée* est très rare;

2° Que le musèlement général et permanent des chiens est une mesure efficace pour empêcher la propagation de cette maladie;

3° Que c'est à tort que plusieurs auteurs regardent la contrainte résultant de l'application de la muselière sur le chien comme une cause du développement de la rage chez cet animal.

Optique. — *Sur les observations de* M. Kuehne *relatives à des nerfs moteurs de la cornée et sur la vision des objets réfléchis ou réfractés vers l'œil*, note de M. *L.-L. Vallée*. — M. Vallée expose dans ce travail que les observations de M. Kuehne, rapportées dans la séance du 31 mars dernier, viennent, après quarante ans, confirmer l'explication qu'il a donnée lui-même de la vision des objets vus par réflexion ou réfraction, et que cette explication appuie l'exactitude des observations de M. Kuehne. (*Comm.* : MM. Pouillet, Faye, de Quatrefages.)

Galvanocaustique. — M. *Velpeau* communique au nom de M. *Coselli*, chirurgien à Crémone, la réclamation suivante :

« J'ai appris (*Compte rendu* de la séance du 10 mars) la communication faite par M. Tripier, relativement à un procédé de galvanocaustique fondé sur l'action chimique des courants continus, où il est dit que l'électrode négatif de la pile exerce une cautérisation qui peut remplacer le cautère potentiel dans les cas où il ne saurait être appliqué. Je vous prie de vouloir bien faire connaître à l'Académie la communication que j'ai faite à la Société de chirurgie le 5 septembre 1860, sur la *galvanocaustique chimique*, comme pouvant être opérée, non-seulement par le pôle négatif, mais par tous les deux. Je l'ai distinguée, selon ses différents effets, en *acide* et *alcaline*; elle peut, en effet, remplacer ainsi la cautérisation faite par les acides et celle faite par les alcalis. J'ai mentionné dans ma note les applications que j'avais déjà faites de cette méthode de cautérisation à la thérapeutique chirurgicale; j'ai fait connaître aussi de quelle manière il faut agir pour l'obtenir et pour l'épargner. Ma communication sur ce sujet, antérieure

Digitized by Google

à celle de M. Tripier, me semble aussi plus complète et plus concluante. »

Chirurgie. — *Ankylose vraie de l'articulation coxo-fémorale gauche, à angle droit, avec abduction, par suite d'une coxite rhumatismale. Ostéotomie cunéiforme. Guérison*, note de M. *H.-W. Berend* (de Berlin), communiquée par M. *Velpeau*. — Après avoir tracé l'observation du malade et insisté sur les signes de l'ankylose qu'il portait à la hanche gauche, M. Bérend ajoute :

L'état dont nous venons de faire la description rendait impossible l'emploi des moyens orthopédiques ordinaires. On ne pouvait avoir recours à la myotomie, pas plus qu'on ne pouvait tenter l'extension brusque, sans s'exposer à une fracture grave du bassin. C'est pourquoi je pratiquai l'ostéotomie de la manière suivante :

Chloroformisation du malade. Le malade est couché sur le côté droit. Incision de la peau jusqu'à l'os, longue de 3 pouces, commencée un peu au-dessus du grand trochanter, dirigée transversalement en dehors, vu la position anormale du membre dans l'abduction et dans la flexion à angle droit. Dénudation de l'os et section à l'aide de la scie de Charrière et de la scie à couteau, que je préférai à la scie à chaîne, à cause de la difficulté d'introduire cette dernière entre l'os et les parties molles. Résection cunéiforme d'une portion de l'os dont la base était de trois quarts de pouce.

Cette opération, qui n'a donné lieu à aucune hémorrhagie, a été facilitée beaucoup par l'application de larges érignes fenestrées de mon invention. Réunion de la plaie au moyen de fils de soie et de fils d'argent. Bandages de compression pour empêcher l'hémorrhagie. Pansement ouaté, application de la grande gouttière de Bonnet. Dans les six premiers jours, fièvre modérée, régime antiphlogistique. Le sixième jour on retire les fils.

Depuis ce temps il n'arriva rien de remarquable, excepté un érysipèle périodique et à diverses reprises de la cuisse opérée, dépendant d'une suppuration assez longtemps fétide au fond de la plaie. L'application prolongée de cataplasmes et une petite incision au côté antérieur de la cuisse suffirent pour combattre cet accident.

Au mois de février, neuf mois à peu près après l'opération, je fis commencer quelques exercices gymnastiques dans le but d'obtenir la mobilité de la fausse articulation, et en même temps pour fortifier le membre opéré. Au commencement du mois d'avril, le malade, parfaitement guéri, fut présenté à plusieurs Sociétés de Berlin, et entre autres à celle de Hufeland, dans cet état très satisfaisant. Il ne présente plus aucune difformité, il fait les courses les plus longues sans autre appui qu'un petit bâton et sans boiter. Aussi bien que le bassin, les trochanters et les plis de la fesse n'offrent rien d'anormal.

Cette opération, pratiquée par moi, est la huitième de ce genre qui ait été faite jusqu'à ce jour. Elle n'avait été pratiquée encore que trois fois en Amérique par Barton, Rodgers et Kearny, en France par Maisonneuve, en Holstein par Ross, en Allemagne par Textor et Weber. Le cas pour lequel j'ai mis en pratique l'ostéotomie diffère de tous les autres en ce que l'ankylose était en même temps à angle droit et dans l'abduction.

Pathologie. — *Note sur la régénération des tendons*, par M. *Demeaux* (présentée par M. *Velpeau*). — Depuis 1841, 1842 et 1843, je n'ai cessé, dans ma pratique, de consigner avec le plus grand soin toutes les observations, tous les faits qui se rapportaient à cet important sujet.

J'ai suivi avec la plus scrupuleuse attention le travail remarquable que M. le professeur Jobert (de Lamballe) vient de communiquer à l'Académie des sciences ; j'en attendais avec impatience les conclusions, où je comptais trouver formulée la loi organique qui préside aux divers phénomènes que l'illustre académicien a exposés avec tant de méthode et de précision.

M. le professeur Jobert, dans les conclusions de son remarquable mémoire, n'a signalé que des effets.

Le sang est la matière dont la nature se sert pour reproduire, pour régénérer la portion d'organe supprimée ; mais la structure de ce nouveau produit est subordonnée à des conditions, à des lois organiques dont le secret nous échappe.

Les tendons se régénèrent, se reproduisent au moyen de la membrane péritendineuse (je n'entends pas parler des gaines synoviales, mais seulement des gaines celluleuses), comme l'os se reproduit par la membrane périostique, comme une artère lésée se cicatrise et se régénère, si la suppression de l'impulsion de la colonne sanguine lui en laisse le temps, par sa tunique externe, par sa membrane périvasculaire (guérison des plaies artérielles par une compression longtemps prolongée).

L'épanchement du sang entre les deux bouts du tendon coupé n'est pas indispensable pour sa régénération, car, à défaut du sang extravasé, il se produit dans la plaie et par voie d'exhalation une substance lympho-plastique qui produit le même résultat.

La rapidité de la reproduction du tendon n'est pas subordonnée à la quantité de sang épanché, mais au degré de vascularisation de la gaine celluleuse péritendineuse.

Je me borne aujourd'hui à formuler cette loi de la régénération des tendons, me réservant d'exposer plus tard, dans un travail plus étendu, les faits et les expériences qui en sont la base, et en même temps les considérations chirurgicales pratiques que l'on peut en déduire.

Académie de médecine.

Séance du 29 avril 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un *décret par* lequel l'élection de M. le docteur *Roger* à la place vacante dans la section de pathologie médicale est approuvée.

M. le ministre d'État prie l'Académie de vouloir bien lui adresser un compte rendu sommaire des discussions qui ont eu lieu sur l'hygiène des hôpitaux.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Calvados et des Alpes-Maritimes.

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Sappey* et *Giraldès*, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Une note de M. le docteur *L. Hamon* (de Fresnay-sur-Sarthe), intitulée : *Études sur l'albuminogenèse*. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Émile Marchand*, de Sainte-Foy (Gironde), intitulé : *Des bruits artériels qui existent à l'état normal chez les enfants*. (Comm : MM. Beau et H. Roger.) — *d*. Un travail de MM. les docteurs *Victor Auphan* et *F. Largnier*, intitulé : *Du cow-pox et de son origine à propos d'une éruption qui s'est manifestée dans une vacherie des environs d'Alais en mars et en avril 1862.*

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° de la part de M. le docteur *Jourdeuil*, médecin de l'armée, un mémoire manuscrit sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 6e régiment de lanciers; 2° une brochure de M. *Lefèvre*, médecin principal de la marine, sur les cuisines et les appareils culinaires des vaisseaux de l'État.

Lectures.

Hydrologie. — M. *Boullay* lit un rapport officiel sur un appareil de fabrication pour les eaux gazeuses. Cet appareil ne renfermant rien de nouveau, la commission décide qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'approbation demandée.

M. *le Président* fait savoir à l'Académie que, d'après l'avis du conseil d'administration, le résumé de la discussion demandé par M. le ministre d'État serait rédigé par M. le secrétaire perpétuel et par M. le secrétaire annuel. (*Approuvé.*)

M. *Danyau*, sur l'invitation de M. *le Président*, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. *Cazeaux*.

Cette lecture est accueillie par les marques de la plus vive sympathie.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

— M. le *Président* donne lecture de la proposition faite par M. *Devergie*, tendant à instituer près le directeur général de l'assistance publique un conseil spécial d'hygiène.

M. *Devergie* est invité à développer cette proposition.

L'orateur rappelle qu'une commission a été nommée récemment pour éclairer l'administration de l'assistance publique sur les principes à suivre dans la construction de nouveaux hôpitaux. Il lit une lettre que lui a adressée M. Husson, et qui déclare que la mission de cette commission est essentiellement temporaire et limitée. Il est dit dans cette lettre que la commission serait chargée d'étudier aussi les conditions hygiéniques des hôpitaux actuellement existants.

M. Devergie ne comprend ni n'apprécie les services que pourra rendre une commission pareille, dont la mission sera de si courte durée.

M. *Robinet* fait observer que l'Académie n'a ni le droit ni le devoir de discuter les actes de l'administration.

M. le *Président* insiste également sur cette observation, et prie M. Devergie de rentrer plus directement dans le développement pur et simple de sa proposition.

— M. *Devergie* se borne alors à soumettre à l'appréciation de l'Académie sa proposition, qui a été inspirée, dit-il, par les meilleures intentions et nullement dans des sentiments hostiles à l'administration, comme on a semblé le dire.

— M. *Larrey* dit qu'en présence de la lettre de M. le ministre d'État, l'Académie doit clore la discussion et ajourner à un autre temps la suite des débats, pour le cas où M. le ministre désirerait avoir l'avis motivé de l'Académie.

— M. *Renault* déplore que cette grande discussion se termine *sans conclusion.*

— M. *Robert* pense que la lettre de M. le ministre n'est pas un motif suffisant pour écarter la proposition de M. Devergie.

M. le président donne de nouveau lecture de la proposition de M. Devergie, ainsi conçue :

L'Académie émet le vœu qu'une commission nommée dans son sein prête son concours à l'administration de l'assistance publique pour étudier les questions d'hygiène relatives à l'aménagement des hôpitaux.

— M. *Renault* estime que la proposition de M. Devergie engage trop l'Académie ; car elle implique une désapprobation formelle du régime actuel des hôpitaux. Or, l'Académie ne s'est pas prononcée à cet égard.

M. *Gibert* pense que l'Académie n'a pas à intervenir directement vis-à-vis de l'administration de l'assistance publique.

La proposition de M. Devergie est mise aux voix et rejetée à l'unanimité.

— M. *Piorry* retire la proposition qu'il avait faite.

Reprise de la discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux.

M. *Durand-Fardel* rappelle l'excellent rapport de M. Poggiale sur ce sujet.

L'orateur se propose d'exposer les principes qui président à la méthode de l'inhalation, son emploi et son utilité thérapeutique.

L'inhalation est une médication essentiellement topique ; elle a pour but de porter les médicaments sur la muqueuse respiratoire.

L'inhalation thermale se compose essentiellement de vapeurs, soit pures, soit accompagnées de quelques principes solides entraînés avec les gaz.

L'orateur entre dans quelques détails sur l'emploi et l'utilité du pulvérisateur de M. Sales-Girons ; il trace l'historique de la pulvérisation, rappelle la période critique et la période scientifique par lesquelles cette invention est passée et les travaux dont elle a été successivement l'objet.

Ensuite, M. Durand-Fardel aborde la discussion du rapport de M. Poggiale. Il explique le mécanisme de l'introduction des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. Les expériences à ce sujet sont de trois sortes : sur les animaux, sur l'homme sain et sur l'homme malade. Ces expériences conduisent aux conclusions suivantes :

« La pénétration des liquides pulvérisés se fait largement dans toute la région sus-glottique.

» Elle a lieu également dans le larynx et la trachée.

» Rien ne démontre qu'elle s'opère dans les bronches elles-mêmes. Tout porte à croire au contraire qu'elle s'affaiblit à mesure qu'elle s'éloigne de la glotte, et que si elle dépasse la trachée c'est dans des proportions qui ont perdu toute valeur thérapeutique.

Quant aux altérations subies par les eaux minérales qu'on pulvérise et en particulier par les eaux sulfureuses, ces altérations ne sont pas aussi grandes qu'on l'aurait cru. Les expériences de M. Poggiale le démontrent suffisamment. Pour ce qui est du refroidissement de ces eaux, il est moindre avec l'appareil de M. Mathieu qu'avec celui de M. Sales-Girons et l'on parviendra peut-être à y remédier.

Arrivant aux applications thérapeutiques de la pulvérisation, M. Durand-Fardel signale le silence qui a toujours régné sur le côté clinique de la question. On ne peut admettre comme valables les premières observations de M. Sales-Girons, faites à une époque où l'on ne connaissait aucune des règles reconnues aujourd'hui indispensables dans la pratique de la pulvérisation. Jusqu'à présent on n'a constaté positivement l'utilité de cette médication que pour des affections de la bouche et de l'arrière-gorge, et même de la glotte et du larynx. Quant aux parties plus profondes, il faut leur laisser leur médication naturelle, celle par les gaz et les vapeurs, qui seuls peuvent agir localement sur la muqueuse bronchique.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

CONSTITUTION MÉDICALE. — EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ. — DANGERS D'UN REMÈDE POPULAIRE CONTRE LES GERÇURES DU SEIN.

M. *Lailler* rend compte des maladies qui ont prédominé dans les hôpitaux de Paris pendant le mois de mars.

L'état bilieux, qui avait paru dominer pendant les mois précédents, semble en décroissance, selon plusieurs observateurs. L'adynamie, suivant M. Moutard-Martin, aurait caractérisé les maladies du mois de mars. Les fièvres typhoïdes ont diminué en nombre, mais non en gravité. La variole et la varioloïde ont diminué, au contraire, de fréquence et d'intensité. Mais la maladie qui a dominé la scène a été la pneumonie sous toutes les formes, pneumonies bilieuses modifiées par les émétiques, pneumonies bénignes atteignant à peine la période d'hépatisation et guérissant par l'expectation, pneumonies adynamiques graves dans le service de M. Moutard-Martin, et pneumonies catarrhales diverses. Les phthisiques sont très nombreux dans les hôpitaux, et leur état est généralement mauvais. Il y a quelques pleurésies, dont une traitée avec succès par la thoracentèse.

L'état sanitaire des services d'accouchement est bon. Les hôpitaux d'enfants ont continué à présenter beaucoup de rougeoles, plus bénignes à l'Enfant-Jésus, plus graves à Sainte-Eugénie. La scarlatine et la stomatite ulcéro-membraneuse existent dans le premier de ces hôpitaux, ainsi que la diphthérie laryngienne, pour laquelle la trachéotomie a été pratiquée quatre fois avec succès. L'hôpital Sainte-Eugénie a été moins

heureux sous ce rapport : sur quatre enfants trachéotomisés, trois ont succombé ; le quatrième allait si mal qu'on a dû le renvoyer chez ses parents pour le soustraire à l'influence nosocomiale ; grâce au dévouement de M. d'Heilly, interne de M. Bergeron, qui a bien voulu, pendant quinze jours de suite, aller à Belleville le panser et l'alimenter avec la sonde œsophagienne, l'enfant est aujourd'hui en voie de guérison.

— M. *Henri Roger* lit un fragment d'un long mémoire sur l'emphysème généralisé (sous-pleural, médiastin et sous-cutané). Dans ce travail, il traite dans des chapitres séparés des différentes espèces d'emphysème sous-cutané très étendu, et un de ces chapitres concerne celui qui se produit par rupture d'une caverne tuberculeuse : c'est celui sur lequel il appelle en ce moment l'attention de la Société.

L'emphysème, en tant qu'accident de la phthisie, n'est pas absolument rare ; cependant les ouvrages classiques et les publications périodiques en contiennent un très petit nombre d'observations. On n'en trouve qu'un cas dans l'ouvrage de M. Louis (*Recherches sur la phthisie pulmonaire*, 2e édition, p. 151), et un dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (année 1843, p. 33). D'autres faits ont été signalés par M. Lhonneau, par M. Cruveilhier (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 179), par M. Roger (*Union médicale*, 1853, p. 196), et, à cette dernière occasion, par MM. Grisolle, Legroux et Guérard. On peut noter tout d'abord que cet emphysème sous-cutané, survenant par suite de la rupture d'une caverne, n'a guère été observé que chez des adultes.

L'auteur étudie le mode de production de l'accident : le travail ulcératif, qui détruit les parois de l'excavation, se rapprochant de la surface du poumon, détermine l'adhérence des deux feuillets pleuraux, puis leur perforation, et l'air, au lieu de s'épancher dans la plèvre, comme il arrive dans le pneumothorax, se répand dans le tissu cellulaire extérieur. Le lieu où apparaît d'abord la tumeur aérienne indique le siége de la lésion pulmonaire, et c'est de cet endroit que l'infiltration de gaz s'étend dans les régions voisines. Le point de départ est ordinairement à la partie supérieure et antérieure des poumons, là où siégent le plus communément les cavernes ; une fois le phénomène se montra d'abord à la région sous-hyoïdienne.

Les efforts de toux semblent être ordinairement la cause déterminante de l'emphysème ; mais d'autres fois cet accident paraît résulter seulement des progrès du travail ulcératif.

Les symptômes sont variables : une douleur au point correspondant à l'excavation pulmonaire peut faire reconnaître que le travail de tuberculisation se dirige vers la peau, et faire prévoir la perforation des muscles intercostaux et la production de la tumeur aérienne ; mais le développement de celle-ci ne coïncide pas toujours avec une exagération de cette douleur. Cependant les parties tuméfiées deviennent ultérieurement douloureuses à la pression. Des troubles fonctionnels plus ou moins graves, tels que la dyspnée, pouvant aller jusqu'à la suffocation, l'altération de la voix, la difficulté de la déglutition peuvent être la conséquence de l'infiltration aérienne.

La durée et la terminaison de l'accident sont très variables. La mort survient ordinairement dans un temps qui varie de deux à dix jours ; mais la guérison a eu lieu dans deux cas cités par Legroux et par M. Grisolle.

L'imminence de la suffocation devient quelquefois, comme dans le cas de M. Cruveilhier, une indication de donner issue au gaz par l'ouverture des téguments au moyen du trocart ou du bistouri ; de cette manière, à une communication fistuleuse broncho-cellulaire on substitue une fistule broncho-cutanée.

M. *Bouchut* rappelle qu'il a publié (*Gazette médicale*, 1854, p. 123 et suiv.) un travail sur les fistules pulmonaires cutanées, où sont rapportés plusieurs faits analogues à ceux dont M. Roger vient d'entretenir la Société, et qui pourraient en être rapprochés avec avantage.

— M. *Guérard* appelle l'attention de la Société sur les inconvénients graves que peut présenter, pour le nourrisson, un remède populaire préconisé pour prévenir et guérir les gerçures et inflammations du mamelon chez les nourrices. Ce remède consiste à appliquer sur le mamelon, avec un pinceau, un liquide dont la composition n'est pas connue, et à recouvrir ensuite le mamelon d'une petite calotte de plomb mince qu'on recommande d'enlever le moins souvent possible, en s'abstenant en même temps de laver la partie recouverte. Il n'a pas été difficile à M. Guérard de reconnaître que cette calotte de plomb se recouvrait facilement d'une couche blanche de carbonate ou d'acétate de plomb qui se forme au contact du métal et du lait acidifié. Le danger formidable d'intoxication saturnine qui en résulte pour le nourrisson a engagé M. Guérard à provoquer de la part de l'administration l'interdiction de ce remède secret, et à signaler à ses confrères une cause d'accidents graves dont la nature pourrait être méconnue.

M. *Bouchut* croit que le liquide dont parle M. Guérard n'est autre qu'un remède secret connu sous le nom d'*eau de madame Lacour*, et dont M. Cazeaux a obtenu quelques bons résultats. Il a pour but, non pas de prévenir, mais de guérir les gerçures du sein ; on ne l'emploie, du reste, que pendant quarante-huit heures, et M. Bouchut lui-même l'a vu réussir. La saveur du liquide ressemble à celle de l'acétate de plomb. M. Bouchut pense que ce moyen est bon, que convenablement surveillé il peut être sans inconvénients, quoiqu'il lui préfère beaucoup le procédé de Legroux, qui consiste à revêtir le mamelon d'une baudruche fixée avec du collodion.

M. *Guérard* fait observer qu'il y a non-seulement un liquide, mais aussi un bout de sein en plomb ; que l'on fait ainsi de l'acétate de plomb sur place, et que si l'on se rappelle les doses minimes de plomb qui peuvent amener des coliques ou des encéphalopathies saturnines, on doit redouter au plus haut point de laisser entre les mains du vulgaire un pareil remède, qui est d'ailleurs le plus souvent dissimulé au médecin. Avant le procédé de Legroux, on avait et on a encore les bouts de sein (en buis et en liége), qui sont inoffensifs et d'un emploi commode.

M. *Bouchet* (de la Ville-Jossy) conteste l'utilité des bouts de sein. Dans beaucoup de cas, l'enfant ne veut pas les prendre, ou, n'ayant pas la force d'aspirer le lait par cet intermédiaire, il s'épuise en efforts, et prend bientôt le muguet.

M. *Guérard* a meilleure opinion des bouts de sein ; il croit, en résumé, que les moyens de combattre les crevasses ne manquent point, et qu'il importe avant tout d'empêcher des substances aussi dangereuses que les préparations plombiques d'entrer dans la médecine populaire.

Dr E. ISAMBERT.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Racine d'une dent canine gauche logée dans l'épaisseur de la lèvre inférieure et simulant une tumeur cancéreuse, par M. le docteur ZANDYCK (de Dunkerque).

L'observation curieuse du professeur Herbert, de Tillières (Eure), lue par le docteur Morel-Lavallée à la Société de chirurgie (séance du 5 septembre 1855), offre une grande analogie avec le fait suivant, qui s'est présenté en juin 1855 dans la pratique du docteur Zandyck (de Dunkerque).

OBS. — Madame M..., de Dunkerque, âgée de quarante ans à peu près, d'un tempérament extrêmement lymphatique, a, de tous temps, souffert

Digitized by Google

des dents ; à part deux ou trois incisives intactes, il ne lui reste à la partie moyenne et latérale que des racines plus ou moins altérées, plus ou moins déchaussées, des alvéoles en partie détruites.

Les gencives sont ramollies, ulcérées, elles laissent suinter presque constamment un liquide sanieux, purulent.

Bref, peu à peu, à la fin de 1854, elle a senti se développer à gauche, dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, une tumeur de 3 centimètres, étendue de bas en haut, et remplissant progressivement tout l'intervalle qui sépare les gencives de la face interne de la lèvre.

Après quelques mois de douleurs supportables, cette tumeur finit par adhérer intimement aux gencives et devenir une gêne permanente.

En avril 1855, madame M... pouvant à peine manger, nous fait appeler ; elle était enceinte de sept mois.

Nous trouvons la moitié gauche de la lèvre inférieure tuméfiée dans toute son étendue.

La partie externe (la peau) rouge, dure, amincie, menace de s'ulcérer.

La face interne est pour ainsi dire horizontale, elle va rejoindre les gencives.

Sous la muqueuse existe une tumeur bosselée qui s'étend dans le tissu cellulaire, en occupe toute l'épaisseur.

Cette muqueuse a une teinte violacée.

Au centre existe un ulcère de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, grisâtre, et dont les bords sont durs, élevés, livides, douloureux au toucher.

De cet ulcère découle une matière sanieuse, infecte et parfois sanguinolente. Les mouvements de mastication sont difficiles, impossibles même, ils réveillent des douleurs sourdes, lancinantes, insupportables.

Ce dernier caractère, l'aspect particulier de l'ulcération, le liquide qu'elle laisse suinter, l'ancienneté de la maladie, semblent indiquer de prime abord une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure.

Comme la malade est d'une nature très timorée, que, du reste, aucun traitement n'a encore été tenté, nous cautérisons à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent et prescrivons des topiques émollients opiacés.

Ces cautérisations sont si difficilement supportées que madame M... se refuse à laisser continuer, et les renvoie après son accouchement ; elle s'en tient aux adoucissants.

Délivrance le 29 juin, avec suites régulières.

Le 15 juillet, les cautérisations sont reprises tous les quatre ou cinq *jours sans amélioration sensible*.

Nous songions dès lors à recourir à l'extirpation de la tumeur, quand un jour, voulant cautériser profondément, un corps dur et résistant nous paraît faire obstacle au crayon.

La percussion avec un stylet mousse détermine un son qui nous prouve la présence d'un corps étranger.

Aussitôt une incision cruciale fait apercevoir un fragment de dent, mais il est tellement enchâssé qu'il faut pour l'amener au dehors le disséquer avec la pince et le bistouri.

Cette opération terminée, nous extrayons une longue racine de la canine gauche recouverte d'une couche épaisse de matière calcaire. Elle était placée horizontalement, sa pointe tournée vers la lèvre ; sa partie supérieure adhérait pour ainsi dire au maxillaire. La cause du mal enlevée, nous avons divisé de haut en bas, avec le bistouri, les adhérences de la lèvre à la mâchoire jusqu'à sa partie inférieure ; quinze jours après, la cicatrisation est complète.

Il est resté un peu de dureté du tissu cellulaire ; elle a disparu peu après.

La mastication est redevenue normale, et madame M... n'éprouve plus la moindre douleur. (*Bulletin médical du nord de la France*, janvier 1862.)

Rupture de la vessie ; section de la paroi abdominale ; évacuation de l'urine épanchée ; guérison, par le docteur Walter de Pittsburg.

Obs. — Un homme de vingt-deux ans, vigoureux et d'une bonne santé, reçut dans une rixe un coup à la partie inférieure de l'abdomen. Il perdit à peu près connaissance, et se plaignit d'une subite et violente douleur dans la région de la vessie. Quelques heures plus tard, l'abdomen enfla quelque peu et devint très sensible au toucher, plus particulièrement au-dessus du pubis. Le pouls était petit et fréquent, la peau froide, la respiration courte, précipitée, et c'est en vain que le malade se livra à de douloureux efforts pour rendre un peu d'urine. Nausées et vomissements. Un cathéter introduit dans la vessie laissa échapper très peu d'urine sanguinolente, mais sans diminuer la douleur abdominale et l'envie d'uriner. La vessie a été évidemment rompue, et l'urine s'est extravasée dans le ventre.

Trois grains d'opium sont donnés d'abord, et l'on continue à en administrer un grain toutes les demi-heures. Cathéter à demeure, flexion des cuisses sur le bassin, diète absolue de boissons, fragments de glace dans la bouche. Aucune amélioration ne survenant, on se décide à pratiquer la section des parois abdominales.

Dix heures après l'accident, le malade étant soumis au chloroforme, une incision est faite sur la ligne blanche, commençant à 1 pouce au-dessous de l'ombilic et se terminant à 1 pouce au-dessus du pubis ; sa longueur est de 6 pouces. Les intestins sont météorisés et le siége d'un commencement d'injection vasculaire. Une éponge fine introduite avec précaution dans l'intérieur de l'abdomen retire près d'une pinte d'urine et de sang extravasés. Le fond de la vessie présentait une déchirure de 2 pouces de long. Aucune nouvelle quantité d'urine ne paraissant s'en échapper, on l'abandonne à elle-même et l'on referme la plaie abdominale, que l'on réunit par des épingles retenues par des fils d'argent ; mais on a soin qu'elles ne portent pas sur le péritoine.

Une ceinture de flanelle est placée autour du ventre. Le malade, réveillé, se trouve soulagé ; les vomissements sont arrêtés. On continue à donner un grain d'opium toutes les heures. On insiste sur le repos, la diète des boissons, le maintien de la sonde à demeure.

La nuit fut bonne ; le lendemain, cessation des douleurs et de l'envie d'uriner ; pas de tympanite. On permet ensuite un peu d'eau glacée ; l'urine, sans mélange de sang, sort librement du cathéter. Le troisième jour, on n'administre plus le grain d'opium que toutes les deux heures ; le cinquième jour, toutes les trois heures seulement. A la fin de la première semaine, la plaie paraît réunie par première intention ; mais on n'enlève les fils que vers le quinzième jour. L'absence de douleur permet de cesser l'usage de l'opium. Le dixième jour, on administre des lavements d'eau tiède, et l'on permet un peu de nourriture. Pendant la troisième semaine, on n'introduit le cathéter que toutes les quatre heures. Après cette époque, le malade se lève et urine naturellement, mais chaque quatre heures.

Dix mois se sont écoulés depuis l'opération : le blessé a repris ses occupations et ne sent aucune gêne dans les fonctions de l'appareil urinaire. (*Philadelphia Medical and Surgical Reporter*, et *San-Francisco Medical Press*, février 1862.)

Cette observation, si remarquable comme exemple de hardiesse chirurgicale heureusement suivie de succès, peut se passer de commentaires. On voit que les chirurgiens anglais et américains n'ont pas de l'ouverture de l'abdomen, qu'il s'agisse d'ovariotomie, d'extirpation de grossesse extra-utérine, de rupture de la vessie, la peur qu'en ont les chirurgiens français. Ils y sont, du reste, encouragés par les nombreux succès qu'ils obtiennent. Mais ce qui doit frapper aussi, c'est la dose énorme d'opium administrée au malade : vingt-trois grains d'opium dans les dix premières heures, un grain par heure pour les deux premiers jours, puis toutes les deux heures jusqu'au cinquième, plus modérément ensuite, de sorte qu'on peut évaluer à 5 ou 6 grammes d'opium la quantité donnée en dix ou douze jours.

Transmission de la syphilis par la vaccine, par Glatter.

Les événements de Rivalta donnent un intérêt d'actualité au fait suivant. Il remonte déjà à quelques années ; mais la Gazette de Vienne ne l'a publié qu'au mois de février dernier.

Une sage-femme de Csomad, village situé à 3 milles au-dessus de Pesth, avait contracté sur l'avant-bras, en délivrant une femme syphilitique, un ulcère de mauvaise nature ; elle n'y fit pas grande attention, et, sans autre précaution, elle donna ses soins au petit enfant. En 1855, le médecin de l'arrondissement vaccina cet enfant, et, comme il paraissait robuste et bien portant, on prit sur lui du vaccin pour le plus grand nombre des vaccinations que l'on avait à pratiquer dans le village. Le premier vaccinifère portait-il alors des condylomes ou quelque autre lésion suspecte? C'est ce qu'il n'est plus possible de déterminer aujourd'hui. Toujours est-il que, chez tous les vaccinés, les boutons dégénérèrent en ulcères rongeants, après quoi l'on vit se développer des condylomes à l'anus et des lésions de la cavité buccale. Les mères qui allaitaient ces enfants présentèrent aux seins des gerçures et des crevasses, dont la cicatrisation fut très difficile ; puis elles communiquèrent le mal à leurs maris, de sorte que, lorsque le docteur Glatter fut in-

Digitized by Google

formé de ce désastre, il trouva, dans une localité de 650 habitants, 34 individus, d'âge et de sexe différents, atteints d'accidents syphilitiques de la bouche et de la gorge. Le mal s'étendit encore jusqu'en 1857, époque à laquelle le nombre des cas s'élevait à 72. Excepté chez un homme qui fut menacé de perdre la voûte palatine, les accidents ne présentèrent aucune gravité. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1862, n° 4.)

Telle est la relation du Journal de Vienne. Je doute qu'elle puisse satisfaire les esprits même les moins exigeants. Je ne prétends point discuter l'interprétation de ces faits, je tiens seulement à faire remarquer que les détails ne sont ni assez précis ni assez circonstanciés pour justifier le titre de ce récit.

V

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens réclamer contre une appréciation inexacte de ce que j'ai eu l'honneur de dire à l'Académie dans la dernière discussion.

Vous dites que j'ai attaqué la bonne foi de M. Malgaigne, comme j'avais attaqué celle de MM. les chirurgiens anglais. Il y a dans cette double assertion une erreur que je tiens infiniment à rectifier. Je n'ai attaqué la bonne foi de personne, parce que je ne soupçonne aucune des personnes dont il a été question d'en avoir manqué. J'ai seulement exprimé des doutes bien permis, puisque d'autres personnes que moi les partagent, sur la valeur des chiffres de la statistique anglaise. J'ai relevé une erreur de citation que je crois avoir été commise par M. Malgaigne, voilà tout.

Je vous serai très obligé de vouloir bien insérer ce peu de mots dans votre estimé journal, et de croire comme toujours à mes sentiments bien affectueux.

Votre très dévoué,

D[r] Briquet.

Ce 26 avril 1862.

— Nous enregistrons avec empressement la déclaration de M. Briquet. Pour nous, des statistiques *adoucies*, adoucies par *intérêt*, pour plaire aux souscripteurs d'un hôpital (séance du 11 mars); des statistiques par *restriction mentale*, qui ne sont qu'une *mystification* (séance du 18 mars), équivalent à des statistiques de mauvaise foi. Mais du moment où M. Briquet a entendu respecter la loyauté de ses adversaires, nous l'en félicitons et nous nous en réjouissons; car nous serions affligé de voir tomber dans de tels écarts un confrère honorable auquel nous portons une affection sincère et non *adoucie*.

A. D.

— Un arrêté du ministre de la guerre en date du 2 avril informe qu'un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'*élève du service de santé militaire* aura lieu dans diverses localités du 25 septembre au 17 octobre prochain. Le programme qui doit servir de base aux épreuves de ce concours, auquel pourront être admis à prendre part les étudiants en médecine qui compteront quatre inscriptions, et qui auront subi avec succès le premier examen de fin d'année, est déposé dans les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine, où on pourra en prendre connaissance, ainsi qu'à la librairie Victor Masson, qui en remettra un exemplaire à toute personne qui en fera la demande.

— Un concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira : à Strasbourg, le 25 septembre de cette année; à Lyon, le 3 octobre; à Montpellier, le 6; à Toulouse, le 9; à Bordeaux, le 13; et enfin à Paris, le 17 octobre.

— Les candidats du concours pour une place de chirurgien du Bureau central ont eu à traiter la question suivante : *Plaies des artères*.

— Par suite d'une décision de M. le ministre de la guerre du 18 mars 1862, modifiant celle du 6 mars 1857, le départ des malades pour les diverses stations thermales se trouve fixé de la manière suivante : A Amélie-les-Bains, la saison d'été doit commencer le 15 avril, et celle de l'hiver le 15 octobre; — à Baréges, deux saisons : la première commence le 1[er] juin, et la deuxième le 1[er] août, pour finir le 30 septembre; — à Bourbon-l'Archambault, deux saisons, du 15 mai au 15 juillet, pour finir le 14 septembre; — à Bourbonne, deux saisons, du 15 mai au 15 juillet, et du 15 juillet au 14 septembre; — à Guagno, deux saisons, comme à Baréges; — à Plombières, quatre saisons, chacune ayant un mois de durée, à partir du 15 mai au 14 septembre; — à Vichy, quatre saisons, d'une durée de trente-huit jours, du 1[er] mai au 30 septembre : la première commencera le 1[er] mai, la deuxième le 8 juin, la troisième le 16 juillet, et la quatrième le 23 août.

Les médecins chargés en chef du service médical de chaque établissement thermal, pendant la saison de 1862, sont : M. Artiques, à Amélie-les-Bains; M. Campmas, à Baréges; M. Cabrol, à Bourbonne; M. Barthez, à Vichy.

— M. Dulac est nommé deuxième inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon, en remplacement de M. le docteur Villers, décédé.

— M. le docteur Vautrin, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de succomber à l'âge de trente six ans.

— Parmi les étudiants qui suivent les cours de médecine à Oxford, on remarque un Mohican âgé de vingt et un ans.

— M. le docteur Piroux vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Auxerre, en remplacement de M. Decoul, démissionnaire.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements, par *A. Lenoir*. 2[e] fascicule, contenant les feuilles 19 à 25 et les planches 32 à 52. Paris, Victor Masson et fils. Prix de chaque fascicule. 15 fr.

Traité des maladies de l'estomac, par le docteur *Th. Bayard*. In-8 de XVI-480 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

Le livre de la ferme et des maisons de campagne, publié sous la direction de M. *P. Joigneaux*.

Cette livraison contient toute la partie de la zootechnie relative à l'espèce chevaline. Elle est illustrée de gravures d'animaux très soignées. La 5[e] livraison paraîtra avant six semaines. Paris, Victor Masson et fils. Prix de chaque livraison. 2 fr. 50

Les asiles d'aliénés transformés en centres d'exploitation rurale, moyen d'exonérer, en tout ou en partie, les départements des dépenses qu'ils font pour leurs aliénés, en augmentant le bien-être de ces malades et en les rapprochant des conditions d'existence de l'homme en société, par *H. Belloc* (d'Auxerre). In-8 de 80 pages. Paris, Béchet jeune. 2 fr. 50

De la fièvre de lait, études critiques et cliniques, par le docteur *Camille Delvaille*. In-8 de 133 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme, par le docteur *Sucquet*. Mémoire approuvé par l'Académie de médecine de Paris. In-8, avec atlas in-folio de 6 planches. Paris, Adrien Delahaye. 8 fr.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau, etc., professées par le docteur *Bazin*, rédigées et publiées par le docteur *Guérard*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 8 fr.

Leçons d'orthopédie, par le professeur *Malgaigne*, recueillies et publiées par les docteurs *Guyon* et *Panas*. In-8, accompagné de 5 planches. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr. 50

Recherches faites à Saint-Lazare sur la vaccination et la revaccination, par le docteur *Commenge*. Mémoire in-8. Paris, Adrien Delahaye. 75 c.

Cours d'hygiène, fait à la Faculté de médecine de Paris par *Louis Fleury*. Paris, P. Asselin. Prix de chaque livraison. 2 fr.

Les livraisons 10 et 11 *viennent de paraître;* elles traitent de l'hygiène de la respiration, de la voix, de la circulation, de l'absorption, des sécrétions et des excrétions, de la génération, de la sensibilité, de la motricité, des chemins de fer, de la gymnastique et de la force humaine.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de physiologie comparée, par *J. Béclard*. 4[e] édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 1 très fort vol. grand in-8 de 1200 pages, avec 230 figures intercalées dans le texte. Paris, P. Asselin. 14 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 9 MAI 1862. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Sur les eaux de Paris, étudiées principalement au point de vue de l'hygiène publique. — II. **Travaux originaux.** Anatomie pathologique : De la dilatation des canaux excréteurs comme origine de certains kystes. — Médecine pratique : Du traitement local à l'aide du miroir laryngien. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Obstruction complète du canal cholédoque et du pancréatique. — Angine tonsillaire ; suppuration ; ouverture spontanée ; mort par hémorrhagie. — V. **Bibliographie.** Campagne de Kabylie de 1854, 1856 et 1857 ; histoire médico-chirurgicale. — VI. **Variétés.** Obsèques de Bretonneau à Tours. Discours de MM. Velpeau et Trousseau. — Affaire Pamard. — Étude de la pellagre. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 8 mai 1862.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Suite. — Voir les nos 14, 15 et 17.

Jusqu'à présent nous nous en sommes tenu au rôle modeste, mais commode, d'historien. C'était notre droit; car la plupart des points que nous avons abordés précédemment ne sont pour ainsi dire qu'accessoires et secondaires, relativement au but que nous poursuivons et à l'objet plus spécialement hygiénique de ce travail. Cependant, comme tout se tient et tout se lie dans cette vaste question, nous devions l'envisager dans son ensemble; et, sans accorder à tous ses éléments une importance égale, il fallait passer rapidement sur la partie technique et administrative et réserver des développements plus complets, des détails plus étendus pour tout ce qui touche à la santé publique.

En effet, pour les médecins, comme pour les administrateurs, comme pour le public lui-même, c'est là le point culminant du problème, celui qui prime et qui efface tous les autres; c'est aussi celui qui intéresse et préoccupe le plus sérieusement la population, celui qui a servi de prétexte aux critiques les plus ardentes et de thème aux plus fougueuses déclamations.

Quand il s'agit d'un intérêt aussi majeur, aussi considérable que celui que nous débattons en ce moment, le premier devoir de l'écrivain est de juger et d'apprécier les choses avec calme, avec impartialité, sans passion, sans parti pris, sans acception de personnes. Ceux qui ont lu les articles précédents nous accuseront peut-être, — il est même fort à craindre qu'ils ne l'aient déjà fait, — de caresser les vues de l'administration et d'incliner visiblement vers le projet municipal. Nous avouons sans peine que ce projet nous a paru assez séduisant dans son exécution, assez louable dans ses fins, pour gagner l'estime de ceux qui l'étudient dans tous ses détails et mériter les sympathies de quiconque ose rêver pour Paris un service hydraulique plus abondant, plus régulier, plus satisfaisant sous tous les rapports, que le service actuel. Eh! comment alors ne pas savoir gré à l'administration du bon vouloir qu'elle manifeste, du zèle qu'elle déploie, des efforts qu'elle fait depuis tant d'années pour augmenter l'approvisionnement de Paris en eau potable, pour le mettre au niveau des besoins croissants de la population et pour procurer à tous les habitants de cette grande ville l'eau la meilleure et la plus salubre possible! Peut-on ne pas applaudir à des intentions aussi éminemment philanthropiques, et ne serait-ce pas un déni de justice que de blâmer une pareille tendance?

— Mais, dira-t-on, la tendance est fâcheuse, le projet est détestable. — Au point de vue économique, financier et exclusivement administratif, c'est possible; nous n'en savons rien, et nous ne rougissons pas de confesser notre incompétence sous ce triple rapport. Pour nous, hygiénistes, peu nous importe; ce n'est pas notre affaire. Aussi, est-ce pour cette raison que nous avons exposé purement et simplement les objections faites dans ce sens au projet de dérivation et les réponses que ces objections ont reçues, sans discuter ni les unes ni les autres, ni le pour ni le contre, et sans nous prononcer encore entre l'édilité parisienne et les adversaires de ses vues hydrologiques, laissant à chacun le soin d'apprécier selon la nature de ses aptitudes et l'étendue de ses connaissances.

En d'autres termes, nous avons jugé l'*intention;* nous l'avons trouvée bonne, et nous lui avons accordé nos éloges. Voyons maintenant si le système adopté, si le *fait* en lui-même est également digne de l'adhésion des hygiénistes. Mais ici nous ne nous bornerons plus au simple rôle de comparse; car, en abordant le point relatif à l'hygiène publique, nous entrons dans le cœur même du sujet.

Et d'abord il est utile de rappeler d'une manière précise les principes auxquels les hygiénistes ont subordonné le choix et la distribution des eaux dans une grande ville; nous exami-

Digitized by Google

nerons ensuite quels sont ceux des différents systèmes proposés pour l'alimentation de Paris, qui sont le plus conformes aux données de la science et se rapprochent le plus de ce que j'appellerai l'idéal hygiénique.

L'eau, par les nombreuses destinations auxquelles elle est affectée, tant pour l'usage privé que pour le service public, constitue l'une des premières conditions de la salubrité des villes et l'un des principaux éléments de leur prospérité. Avant tout, elle est employée comme boisson; puis elle sert aux bains, aux besoins de la propreté domestique, à l'arrosement et au nettoyage des rues, à l'entretien et au curage des égouts, au service des incendies, aux exigences de la plupart des industries, etc.

Ce serait dépasser de beaucoup les bornes de ce travail que d'étudier l'eau dans ses diverses applications aux besoins de l'homme. Il suffira de parler de l'eau potable; car une eau bonne à boire ne peut qu'être excellente pour toutes les autres nécessités de l'hygiène et de l'industrie.

Un mot donc sur l'eau potable.

L'eau est la première et la plus indispensable des boissons; elle forme le principe et la base de toutes les autres; elle correspond à un des besoins les plus réels de notre organisation. La soif est plus impérieuse que la faim. A la rigueur, l'homme peut se passer de manger pendant un temps assez long; il ne pourrait pas se passer de boire. On cite quelques exemples de gens qui ont vécu durant des mois entiers dans une abstinence complète de nourriture solide, se contentant de prendre une ou deux pintes d'eau par jour. Mais on chercherait vainement un fait qui prouvât que la vie puisse résister à la privation absolue de boisson. L'eau est donc plus qu'une boisson, c'est un aliment. Elle est nécessaire, indispensable à l'entretien de la vie, autant que l'air lui-même.

Voici en quels termes de Jussieu l'ancien s'exprimait sur ce sujet : « La *bonne qualité* des eaux étant une des choses qui contribuent le plus à la santé des citoyens d'une ville, il n'y a rien à quoi les magistrats aient plus d'intérêt qu'à entretenir la *salubrité* de celles qui servent à la boisson commune des hommes et des animaux, et à remédier aux accidents par lesquels ces eaux pourraient être altérées, soit dans le lit des fontaines, des rivières, des ruisseaux où elles coulent, soit dans les lieux où sont conservées celles qu'on en dérive, soit enfin dans les puits d'où naissent ces sources. »

Ces mémorables paroles renferment tout un programme. Elles sont l'expression la plus nette, la plus précise de la loi d'hygiène qui doit présider au choix et à la distribution des eaux dans les villes. Aussi, tous les hygiénistes se sont-ils plu à les reproduire, à les commenter et à les développer dans leurs livres ou dans leur enseignement.

« On peut dire d'une manière générale, écrit M. Guérard, que l'état sanitaire d'une ville est en rapport avec la *qualité* de l'eau employée pour les besoins personnels et domestiques, et la *quantité* de celle qui peut être appliquée au nettoyage et à l'assainissement des habitations, des rues et des égouts. »

« La *quantité* d'eau proportionnelle dont peut disposer chaque habitant d'une cité, dit à son tour M. Tardieu, est en réalité l'indice le plus sûr du degré de salubrité qu'elle présente; et la première condition hygiénique que doivent rechercher ceux qui sont préposés à la garde de la santé publique, c'est d'assurer à la fois un approvisionnement abondant et un écoulement facile aux eaux destinées à l'entretien de la propreté comme aux besoins alimentaires, domestiques et industriels. »

Nous pourrions emprunter des citations analogues aux remarquables ouvrages de MM. Michel Lévy, Fleury, Londe, Boudin, Becquerel, et aux travaux importants d'Arago, de Soubeiran, de Dupasquier, de MM. Bouchardat, Chevallier, Girardin, Terme, Darcy, et des autres auteurs qui ont écrit sur l'approvisionnement des villes en eaux potables.

Abondance et *salubrité*, telles sont donc les conditions essentielles, fondamentales d'un bon service hydraulique dans un grand centre de population. Là-dessus il règne le plus parfait accord entre les hygiénistes de tous les temps et de tous les pays.

Mais que convient-il d'entendre par ces mots, abondance et salubrité? Quelle est leur signification exacte, scientifique? C'est ce que nous allons dire sommairement.

L'eau salubre est celle qui non-seulement ne renferme, soit en suspension, soit en dissolution, aucun principe nuisible à la santé, mais qui possède encore toutes les propriétés requises par l'hygiène pour assurer et entretenir l'équilibre et la parfaite régularité des fonctions.

On ne saurait certainement exiger trop de perfection dans les qualités d'un agent si précieux et qui entre pour une si grande part dans la composition de nos tissus comme dans la satisfaction de ce que je nommerai nos besoins physiologiques.

« L'eau potable, a dit avec esprit un savant anglais, doit être, comme la femme de César, à l'abri de soupçon. » Si nous aimions, autant que l'insulaire, les comparaisons historiques, nous ajouterions qu'elle doit posséder une des vertus de Bayard, être sans reproches.

Tous les auteurs, hygiénistes et hydrauliciens, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, sont unanimes sur les qualités qui conviennent à une bonne eau potable.

Tous veulent qu'elle soit limpide, incolore, légère, douce, sans odeur, d'une température à peu près constante, fraîche en été, tempérée en hiver, d'une saveur vive et agréable, ni fade, ni salée, ni douceâtre, ni acerbe, ni sulfureuse; qu'elle dissolve le savon sans former de grumeaux, qu'elle soit propre à la cuisson des légumes secs; qu'elle ait en dissolution une proportion convenable d'air, d'acide carbonique ou de substances minérales, qu'elle ne contienne pas plus de 5 dix millièmes de matières fixes; qu'elle ne marque pas au delà de 25 degrés à l'hydrotimètre; enfin, qu'elle ne renferme aucune matière organique, animale ou végétale, et particulièrement aucune de ces substances à l'état de décomposition.

Qu'il nous suffise d'énoncer ici simplement ces qualités. Nous y reviendrons avec plus de développement, nous les spécifierons davantage quand nous en ferons l'application aux eaux de rivière et aux eaux de source, aux eaux de la Seine et aux eaux de dérivation.

L'eau distribuée dans une grande ville doit être, avons-nous vu, non-seulement salubre, mais encore abondante. L'idéal, sous ce rapport, serait de ne point connaître de limites, de ne point apporter de restrictions à l'écoulement de l'eau; il consisterait à la fournir sans réserve à tous les habitants, à la distribuer avec prodigalité dans tous les quartiers de la ville, de manière à voir les fontaines, grandes et petites, sans cesse ouvertes, et à entretenir dans les ruisseaux une sorte de courant continu, qui contribuât à rafraîchir et à purifier l'atmosphère et qui emportât, jour et nuit, dans les égouts les déjections des maisons, les immondices de la rue et de la place publique.

Tel devait être le service hydraulique de l'ancienne Rome,

Digitized by Google

lequel alimentait sept cents abreuvoirs, cent cinq fontaines jaillissantes, des thermes innombrables, de vastes naumachies, et qui envoyait dans le grand égout une telle masse d'eau, qu'on le nommait *fleuve cloacal*, véritable fleuve, en effet, qui se changeait en un torrent impétueux les jours où, pour le purger de toutes les immondices, on y faisait dégorger à la fois les sept aqueducs.

Mais nous avons déjà déploré que les villes modernes soient bien loin de pouvoir imiter une pareille profusion. Aujourd'hui la science a été obligée de déterminer mathématiquement, de jauger, pour ainsi dire, la quantité d'eau qui convient à chaque citoyen. Quelques hygiénistes, trop parcimonieux, accordent soixante litres par tête et par jour; — c'est insuffisant; — d'autres, plus généreux, réclament cent litres: — c'est raisonnable; — d'autres vont jusqu'à cent cinquante et même deux cents litres; — c'est mieux encore. Mais c'est un luxe rare, et il faut aller à Carcassonne ou à Castelnaudary pour voir un semblable prodige!

Cent à deux cents litres par tête et par jour: voilà donc la proportion dans laquelle doit s'effectuer l'approvisionnement en eau d'une grande ville pour subvenir, je ne dirai pas largement, mais suffisamment aux besoins municipaux et pour satisfaire aux exigences industrielles et domestiques.

Une condition importante encore et qui n'est que le corollaire de la précédente, c'est que l'eau soit à la portée de chacun, qu'elle arrive commodément à tous les étages et qu'elle soit fournie à bon marché; nous voudrions pouvoir dire *gratuitement*. Mais en attendant que l'imagination des philanthropes et la baguette des nouveaux Moïses opèrent ce miracle, contentons-nous de souhaiter que l'impôt de l'eau s'abaisse le plus possible, de manière que tous, riches ou pauvres, puissent profiter également des bienfaits attachés à *l'usage habituel et large* de ce précieux liquide, au lieu d'apporter dans son emploi cette déplorable parcimonie qui conduit à la négligence des soins de la propreté la plus élémentaire, non sans un immense préjudice pour la santé.

Mais où et comment aller chercher des eaux qui remplissent toutes ces conditions et qui possèdent tant d'excellentes qualités? Ah! c'est ici que commence la discorde et qu'on voit les hommes les plus compétents, hygiénistes et hydrauliciens, se diviser en deux camps. — Les uns disent: Prenez des eaux de source; ce sont les meilleures. — Et les autres de s'écrier: Gardez-vous d'y toucher; ce sont des eaux détestables et propres à engendrer tous les maux sortis de la boîte de Pandore.

Les premiers allèguent que les eaux des fleuves et des rivières sont essentiellement inconstantes dans leur température et variables dans leur composition. Elles subissent toutes les influences, toutes les oscillations de l'atmosphère; elles sont chaudes en été, glaciales en hiver; elles sont troubles pendant une grande partie de l'année. Les pluies, les orages et les crues annuelles les chargent de matières terreuses et de détritus organiques. Les déjections des industries riveraines, buanderies, teintureries, corroieries, etc., les égouts des villes qu'elles traversent, les saturent d'immondices et les infectent d'impuretés malfaisantes. De pareilles eaux sont faites pour la navigation, pour les usines, pour les bains, ou pour les ablutions.

Les sources seules, ajoutent-ils, sont destinées à fournir l'eau à boire; car, seule, l'eau des sources échappe aux causes d'infection qu'entraîne le contact d'une population condensée. Descendue des nuages sous forme de pluie, elle constitue une véritable eau distillée qui, en traversant le sol s'est purifiée, par une filtration complète, de toute matière en suspension, et qui, recueillie dans un terrain vierge et exempt de matières minérales nuisibles, n'y rencontre rien qui puisse l'infecter, mais seulement les sels calcaires et l'acide carbonique qui la rendent d'une digestion plus facile. Seule aussi, l'eau des sources présente une composition invariable, une limpidité irréprochable et une température constante, à l'abri des vicissitudes atmosphériques, fraîche en été, tempérée en hiver.

A quoi les seconds répliquent: — L'eau des sources est dure, crue, séléniteuse, ce qui signifie qu'elle est privée d'air et saturée de principes minéraux, fixes, notamment de sulfate calcaire. Sous une apparente limpidité, la perfide recèle le germe de maladies graves et d'infirmités incurables. Les malheureux, condamnés à boire de cette eau, sont infailliblement voués au goître, au crétinisme, à la carie dentaire, aux calculs hépatiques et vésicaux, à toutes les affections organiques de l'estomac, voire au squirrhe du pylore. Les canaux digestifs et urinaires ne sont pas les seuls que ces eaux incrustent; elles engorgent aussi les canaux métalliques qu'elles parcourent. Ces eaux ont été faites pour l'agrément de la vue, pour la décoration des bosquets et des prairies, et pour servir de breuvage aux nymphes, aux naïades, aux faunes et aux satyres. Que Théocrite, Virgile et les autres poëtes bucoliques en célèbrent les louanges, rien de plus naturel. Mais les hygiénistes, vanter de pareilles eaux!!

Seules les eaux des fleuves et des rivières sont dignes de nos éloges; seules elles doivent servir à l'homme de boisson, car elles sont les plus pures, les plus légères et les plus exemptes de matières salines, de toutes les eaux. Elles acquièrent dans leur trajet un degré de pureté qui leur manquait à leur point d'émergence. Confondues avec les eaux de pluie, de neige ou de glace, elles s'associent, elles s'élaborent et se combinent au gré de l'hygiène; elles perdent leur excès d'acide carbonique, se dépouillent des principes terreux, respirent un air dont elles sont avides et absorbent de l'oxygène qui doit les neutraliser et les vivifier.

Tout d'abord, on éprouve quelque embarras en présence de ces opinions extrêmes. Mais heureusement pour nous, voici une opinion mixte, sagement éclectique, qui peut tout concilier.

Exagération, erreur et préjugé des deux côtés, dirons-nous avec Dupasquier. Il y a de bonnes et de mauvaises eaux de rivière, de bonnes et de mauvaises eaux de source. Il est par conséquent impossible et déraisonnable de comparer d'une manière générale et d'établir à priori un choix entre ces deux espèces d'eaux potables.

MM. Guérard, Fleury, Michel Lévy et Tardieu, se sont ralliés à ce sage précepte. L'origine de l'eau, disent-ils, ne peut, en aucune façon, décider du choix de la boisson; l'étude géologique des terrains fournit des données beaucoup plus certaines. Mais l'analyse chimique et l'expérience médicale sont encore les plus sûrs moyens d'arriver à une appréciation exacte.

A. LINAS.

(La fin à un prochain numéro.)

Digitized by Google

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anatomie pathologique.

De la dilatation des canaux excréteurs comme origine de certains kystes, par le docteur Dolbeau, chirurgien des hôpitaux, etc.

Depuis quelques années, des recherches multiples et variées tendent à faire prévaloir cette idée, que tous les kystes sont le résultat de la dilatation accidentelle d'un canal ou d'une cavité préexistante. Les kystes spermatiques, les kystes de la mamelle, la grenouillette elle-même, doivent rentrer dans la catégorie des dilatations de conduit. Quelques recherches qui nous sont personnelles sont de nature à justifier cette manière de voir.

En 1851, j'ai publié dans le Moniteur des hôpitaux plusieurs observations de kystes spermatiques des bourses, empruntées toutes au service de mon maître, le professeur Velpeau. A cette époque, la clinique m'avait révélé une particularité de ces tumeurs, sur laquelle j'ai insisté dans mon travail et que j'ai pu vérifier depuis un bon nombre de fois. L'examen de la tumeur, surtout lorsqu'elle est peu volumineuse, permet de constater que le kyste se développe exactement entre le bord droit du testicule et l'épididyme, ou, si l'on aime mieux, dans le point où les canaux droits succèdent aux canaux flexueux du testicule.

Avec ce seul signe, la situation exacte de la tumeur, j'ai pu diagnostiquer la présence du sperme dans le liquide du kyste. Déjà, à cette époque, on avait formulé les différentes hypothèses plus ou moins ingénieuses qui ont été proposées pour expliquer la présence des spermatozoïdes dans le contenu de certaines hydrocèles enkystées. J'ai toujours cru, pour ma part, à la dilatation des canaux efférents du testicule; mais, depuis, j'ai fait des recherches qui ne me permettent plus de douter. Pendant deux ans, j'ai injecté et examiné un grand nombre de testicules, au moins 100; sur ce nombre, 11 m'ont présenté des particularités qui éclairent, suivant moi, la question de l'origine des kystes spermatiques. En 1856, j'ai présenté plusieurs de ces pièces à la Société anatomique; mais je dois déclarer que, faute probablement d'avoir remis une note sur ma communication, le secrétaire en a rendu un compte assez peu satisfaisant.

Voici quel a été le résultat de mes recherches :

Les vaisseaux efférents, à la sortie du testicule et avant de constituer les cônes épididymaires, présentent quelquefois des dilatations très évidentes. Ces petits renflements, qui sont allongés, donnent au canal qui en est le siége un volume deux ou trois fois plus considérable que celui des canaux voisins. J'ai ainsi compté six dilatations sur une pièce injectée avec le mercure. Sur un autre testicule injecté avec la térébenthine colorée, il y avait quatre canaux présentant une dilatation fusiforme.

Sur un troisième testicule, il y avait un kyste de la grosseur d'une lentille, mais parfaitement sphérique. L'injection mercurielle avait pénétré tous les canaux efférents; mais dans l'un d'eux le métal s'arrêtait brusquement au niveau du kyste. Celui-ci renfermait du sperme; il fut impossible de trouver dans son intérieur, même à la loupe, le moindre orifice de communication avec les voies spermatiques.

Sur une autre pièce, j'ai trouvé un kyste sphérique de la grosseur d'une noisette. Cette fois encore, l'injection s'arrêtait brusquement au niveau de la tumeur; mais à côté elle avait rempli deux conduits qui présentaient une dilatation fusiforme assez considérable.

Ces détails anatomiques, très évidents et constatés à plusieurs reprises, m'autorisent, je crois, à conclure que les canaux efférents du testicule sont susceptibles de présenter des dilatations morbides, et que ces dilatations, en augmentant, donnent naissance à des kystes spermatiques. Ces altérations m'ont paru porter principalement sur la portion des tubes droits qui est la plus voisine du testicule lui-même, c'est-à-dire sur celle qui succède immédiatement aux cônes testiculaires.

Mes nombreuses injections m'ont encore démontré les faits suivants :

1° Un ou plusieurs conduits flexueux partant de la queue de l'épididyme pour se terminer en cul-de-sac (*vas aberrans* de Haller);

2° Une seule fois, une anse complète injectée de mercure aboutissant par ses deux extrémités au canal qui succède à la tête de l'épididyme;

3° De petits diverticules en doigt de gant, injectables par le canal déférent et placés à différentes hauteurs sur le trajet de ce conduit. Sur une pièce j'ai compté jusqu'à sept diverticules.

Toutes ces dispositions anatomiques donnent l'explication de l'existence de certains kystes spermatiques exceptionnellement situés loin de la tête de l'épididyme, et même au niveau de l'orifice du canal inguinal, comme il en a été rapporté un exemple.

Ce qui précède m'a conduit à rechercher le siége anatomique des kystes de la mamelle. Là encore j'ai pu voir que la nature suit la même marche dans ses productions.

Sur la mamelle d'une vieille femme de la Salpêtrière j'ai eu l'occasion d'étudier la formation des kystes : on pouvait constater une vingtaine de ces tumeurs dont le volume variait entre celui d'une petite noisette et celui d'une grosse noix. Mais la dissection et l'injection des galactophores permirent de reconnaître une quantité innombrable de petits kystes du volume d'une tête d'épingle, d'un pois, etc. Quelques-uns avaient la forme allongée; leurs dimensions rappelaient celles d'un grain de blé.

L'injection des conduits fut faite de la périphérie vers les gros troncs, et cela en piquant sur la face profonde de la mamelle avec un tube à injections lymphatiques. Voici quel fut le résultat : le mercure passait librement jusqu'au mamelon, les kystes fusiformes se remplissaient et n'étaient évidemment qu'une dilatation d'un galactophore. Quant aux kystes de forme ronde, l'injection s'arrêtait brusquement à leur niveau.

Les parois des kystes fusiformes étaient très minces, transparentes; celles des kystes sphériques étaient plus épaisses.

Concluons donc que, pour le testicule comme pour la mamelle, nous avons pu constater ce qui suit :

1° Des renflements fusiformes sur le trajet des conduits excréteurs de la glande;

2° Des tumeurs sphériques sur le trajet des mêmes vaisseaux.

A la première forme correspond la possibilité d'injecter du même coup la tumeur et le canal excréteur correspondant. Mais si, au lieu d'être fusiforme, la tumeur est sphérique, l'injection s'arrête à son niveau.

Ceci est tellement positif qu'en présence d'un petit kyste on peut dire à l'avance s'il s'injectera ou s'il ne s'injectera pas : tout dépend de la forme de la tumeur. Mais comme sur une même pièce, la mamelle, j'ai pu voir tous les intermédiaires entre la dilatation fusiforme et les tumeurs sphériques, je me crois en droit de conclure que la dilatation fusiforme d'un conduit excréteur est le premier degré du kyste proprement dit. La dilatation, en augmentant, modifie la forme de la tumeur, qui devient alors sphérique; mais, à mesure, la communication entre le kyste et le canal excréteur s'oblitère et finit par ne plus exister.

Dans la même direction d'idées, j'ai dû rechercher sur les conduits excréteurs de la glande sublinguale ces dilatations fusiformes qui sont le premier degré des kystes. J'ai, en effet, constaté que ces petits conduits étaient souvent dilatés vers le milieu de leur trajet. Dans une thèse récente soutenue par l'un des prosecteurs de la Faculté, M. le docteur Tillaux, il est question des conduits dits de Rivinus : l'auteur a de nouveau constaté ces renflements des conduits de la glande sublinguale;

Digitized by Google

il paraît même croire que la forme en fuseau serait la disposition normale : « Ils sont généralement, dit M. Tillaux, fusiformes, renflés à leur partie moyenne, effilés à leur extrémité. » Je ne puis me prononcer sur ce sujet ; dans mes recherches, j'avais recours à l'injection mercurielle, qui présente ici bien des difficultés ; le procédé de la macération est très facile et permettrait de constater si le renflement des canaux est normal ou accidentel. Dans tous les cas, je suis convaincu, pour ma part, que la grenouillette a son siége dans la dilatation d'un des canaux de la glande sublinguale. En effet :

1° La dilatation fusiforme s'observe souvent, sinon toujours, sur les conduits qui émanent de la glande ;

2° M. Bernard a démontré par l'analyse que le liquide de la grenouillette avait tous les caractères de la salive sublinguale ;

3° Enfin, si je n'ai jamais rencontré chez l'homme des kystes sur le trajet des conduits excréteurs de la glande sublinguale, j'ai, sur une tête de cheval qui me servait à la préparation des nerfs de la bouche et du voile du palais, constaté deux petits kystes qui étaient évidemment des dilatations des conduits excréteurs.

Dans cette question du siége de la grenouillette, l'analogie, l'induction et l'examen direct se prêtent un mutuel appui.

Médecine pratique.

DU TRAITEMENT LOCAL À L'AIDE DU MIROIR LARYNGIEN (1) ; par M. le professeur J. Czermak (de Prague).

L'idée que j'avais exprimée en mars 1858, savoir, *qu'au moyen du miroir laryngien, on pourrait faire de l'œil le guide sûr de la main* pour atteindre des points du larynx circonscrits et déterminés d'avance, n'a pas tardé à gagner du terrain. J'avais réussi à prouver, il y a trois ans, par les premières cautérisations et sondages locaux dans le larynx, *exécutés à l'aide du miroir* (et plus tard aussi dans la cavité pharyngo-nasale), que cette idée était réellement praticable. (Voir les cas 1, 6, 7, 8, 9, 10 et 13 dans ma brochure.)

Depuis lors, la laryngoscopie et la rhinoscopie ont, par le fait, étendu leur domaine, et j'ai, à plusieurs reprises, appelé l'attention du monde savant sur l'existence et sur l'élaboration ultérieure du *traitement local et localisé pendant l'inspection katoptrique*. (Voir *Gazette hebdomadaire de Vienne*, 1859, p. 272 ; ma brochure : *Du laryngoscope*. Paris, 1860, J.-B. Baillière, p. 50 ; et enfin la *Gazette hebdomadaire de Vienne*, n° 6 et 7, 1861.)

Mes efforts, on le sait, ne sont pas restés isolés ; même ma proposition d'*opérer* par en haut ou à travers la plaie laryngotomatique les polypes laryngiens, à l'aide du miroir, a passé du champ des *espérances exagérées* dans celui de la réalité, puisque M. le professeur Bruns (de Tubingue), d'après le rapport des journaux, a réussi à enlever par en haut un polype laryngien, et, en même temps, mon ami, M. le professeur Lindwurm (de Munich), a pu extraire des lambeaux de polype au moyen d'une pince construite *ad hoc*, en s'aidant du laryngoscope.

Il s'agit maintenant de perfectionner et de faciliter l'application du nouveau principe que j'avais établi pour le traitement local du larynx, savoir : *le traitement à l'aide du miroir laryngien*.

Qu'il me soit permis, dans cette courte exposition, de communiquer un procédé concernant l'application de substances médicamenteuses liquides ou solides sur des parties déterminées du larynx ou de la trachée. Ce procédé permet de toucher des points circonscrits, dans beaucoup de cas, avec encore plus de sûreté et de facilité que dans ma méthode primitive, qui consiste à introduire des instruments jusqu'au point malade en se guidant sur l'image du laryngoscope. (Voir *Gazette hebdomadaire de Vienne*, n° 12, 1859, p. 183.)

(1) *Gazette hebdomadaire de Vienne*, n° 1, 1862.

Ce procédé, du reste, je l'avais déjà indiqué, il y a deux ans, dans ma brochure allemande : *Über den Kehlkopfspiegel*. Leipzig, 1860, page 88. Dans l'édition française de ma brochure, je me suis borné au passage suivant, page 51 :

« On pourrait transformer la tige du laryngoscope en tube, le remplir d'un liquide ou d'une poudre, et prendre des dispositions telles que le médicament s'échappât toujours dans une direction connue d'avance. Guidé alors par l'image, on serait sûr d'atteindre le point malade. »

J'ajoute ici seulement les remarques qui suivent pour montrer la simplicité avec laquelle on peut réaliser les conditions du procédé indiqué :

Que l'on introduise le miroir laryngien avec une main et qu'on le tienne immobile (ou qu'on le mette en place à l'aide d'un *fixateur*) dans une position et inclinaison telles qu'il réfléchisse l'image désirée ; de l'autre main, que l'on saisisse un tuyau de verre ou de métal, mince, courbé à angle droit, dont la branche longue aura de 12 à 16 centimètres, et dont la branche courte, munie d'une ouverture capillaire, n'ait que 1 à 3 centimètres, et qu'on l'approche au point de courbure de la surface du miroir (ou bien qu'on l'appuie directement sur le miroir), de façon que la branche courte tout entière paraisse dans le miroir.

Cela fait, visez l'image de la partie du larynx à atteindre avec l'*image* de la branche courte du tuyau, — comme si c'était le tuyau *réel*, — et dès lors l'extrémité du tuyau réel se dirigera tout naturellement vers l'objet réel de cette image de la partie du larynx. Le courant d'air chargé de poudre, ou le jet liquide poussé brusquement dans la direction indiquée, doit atteindre *nécessairement* le point voulu du larynx. Les mouvements respiratoires du malade ne doivent pas être trop agités.

Pour l'explication de ce qui précède, nous intercalons la gravure suivante :

mom est la surface réfléchissante du miroir laryngien, qui se trouve dans une inclinaison telle que l'œil de l'observateur *a* aperçoit le point *b* du larynx dans la direction prolongée *a o b'*.

T est le tuyau courbé introduit dans le pharynx ; c'est par ce tuyau que l'on introduit le liquide ou la matière pulvérisée.

Si la courte branche *t* du tuyau *T*, comme dans notre dessin, prend la direction convenable pour que le point *b* soit touché, alors l'œil de l'observateur en *a* aperçoit l'usage du tuyau dans le miroir en *T't'*, dans une telle direction que la courte branche *t'* vise exactement le point *b'*, et *vice versa*. On peut, par conséquent, donner au tuyau *Tt* la direction nécessaire pour atteindre un certain point *b* du larynx, en visant avec l'image de la branche courte *t'* du tuyau le point *b'* de l'image réfléchie.

L'action de viser s'opère ici de la même manière qu'avec une arme à feu, et on peut également attacher au tuyau une mire pour faciliter la sûreté de l'opération.

Plus la petite branche du tube sera allongée, plus on sera certain de viser avec justesse.

Quels changements de position ou d'inclinaison doivent s'opérer pour que la courte branche du tube réfléchi acquière

Digitized by Google

la direction voulue dans l'action de viser? C'est ce que l'observateur apprend à l'instant par l'inspection des images.

On peut souvent éloigner avec avantage le tube de la surface du miroir, et l'approcher considérablement des parties du larynx *toujours en visant*.

Pour pousser le liquide ou la poudre contenue dans le tuyau, on se sert de l'air comprimé.

A cet effet, on peut attacher à l'extrémité du tube recourbé un tuyau en caoutchouc par lequel on insuffle un courant d'air.

Ce qui vaut mieux encore, c'est de prendre un tube de caoutchouc un peu plus long, d'y adapter un ballon à soupape que l'on comprime soit entre les genoux, soit à l'aide du pied, parce qu'alors l'air n'est pas humide comme celui qui sort de la bouche.

Il serait sans doute très avantageux de mettre nos tubes en rapport avec le *pulvérisateur des liquides*.

Veut-on diriger le tube et le miroir d'une seule main, on n'a qu'à fixer solidement les deux objets l'un contre l'autre. J'ai déjà, en 1860, pendant mon séjour à Paris et à Londres, fourni des indications, à cet égard, à M. *Mathieu* et à MM. *Weiss et Son*, et ce dernier en a exécuté un modèle provisoire.

Si on transformait la tige du miroir laryngien en un tube venant déboucher par derrière dans une ouverture pratiquée au centre de la surface réfléchissante, comme je l'ai fait exécuter dans le modèle de Londres, il faudrait alors, pour pouvoir viser, attacher un indicateur en aiguille en avant du manche; cela fait, l'extrémité de l'aiguille, l'ouverture du miroir et le point à atteindre, vu en image réfléchie, devraient se trouver en ligne droite.

Il va sans dire que l'exercice constant seulement peut donner de la sûreté pour viser et pour toucher, et qu'il faut examiner d'avance *chaque* tube à part pour savoir la manière exacte de l'employer.

Pour ces *exercices de tir* et pour ces essais de tubes, je me sers de dessins laryngoscopiques de grandeur naturelle, que je place dans le fond d'une boîte fermée, environ avec les dimensions du pharynx; par une ouverture pratiquée dans la paroi intérieure de la boîte, j'éclaire mon dessin à l'aide du miroir laryngien et du grand réflecteur, et je l'inspecte.

Cela fait, j'expérimente avec mes tubes, et j'injecte sur telle ou telle partie.

Les parties humides du dessin me font reconnaître si j'ai bien visé et touché, et, en même temps, l'étendue des taches m'indique à quel degré l'ouverture du tube écarte ou concentre la charge, et quelle justesse de *localisation* par conséquent, — supposé que la visée ait été juste, — peut être obtenue avec le tuyau essayé et avec la forme de la charge.

Si la charge consiste en substances pulvérisées, alors le dessin laryngoscopique servant de disque devra être mouillé pour que la poudre reste adhérente aux points touchés.

Pour ceux qui ont la main et l'œil sûrs, et qui, en outre, sont des tireurs exercés, ils ne trouveront point de difficulté à apprendre ce nouveau procédé et à l'employer avec succès.

J'ai appliqué maintes fois ce procédé, et je puis d'autant mieux le recommander aux praticiens qui savent manier le miroir laryngien, qu'il est susceptible de perfectionnements ultérieurs, et qu'on n'a besoin, pour l'essayer, que d'une série de tuyaux de verre ou de métal recourbés, avec diverses extrémités à ouverture mince, et d'un tube de caoutchouc, avec un ballon compressible.

En terminant, j'appelle aussi l'attention des médecins sur le développement à donner à la série des médicaments dont on devrait examiner les effets thérapeutiques dans l'emploi local sur les muqueuses du larynx, point sur lequel les expériences acquises sur les autres muqueuses (du pharynx, de la bouche, du nez, des conjonctives, etc. peuvent être d'un grand secours.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

HYGIÈNE. — *De l'enrayement de la lèpre par le changement de climat*, par M. *Guyon*. — La lèpre, comme on sait, est très répandue sous les tropiques, dans les deux hémisphères, et c'est un des revers de ces belles contrées. A l'époque où j'y étais, dit M. Guyon, une famille composée du père, de la mère et de trois enfants, venait de perdre l'aîné de ces enfants, de l'âge de dix à douze ans; il avait succombé à la lèpre tuberculeuse. Depuis, les parents étaient dans les plus vives inquiétudes sur le sort des deux autres, dont le dernier était encore à la mamelle. Un jour que j'examinais, comme j'en avais été prié, le corps des deux enfants, je reconnus que tous deux présentaient déjà des indices de la maladie si redoutée. En signalant le mal, j'en indiquai en même temps un remède à tenter, par le conseil de soustraire les jeunes malades à l'influence du climat, et de les faire passer, *aussitôt que possible*, sous celui de la France.

Il y a de cela plus de trente ans (1826). Le mal s'est arrêté, il a été enrayé... Je dis qu'il s'est arrêté, qu'il a été enrayé, *non qu'il a été guéri*, parce que ce qui en existait déjà, l'empreinte par laquelle il avait décelé sa présence, est restée ce qu'elle était, mais sans s'étendre davantage, pas même d'*une ligne*, on pourrait dire. Cette empreinte consistait en des portions tégumentaires frappées d'insensibilité, et dont le siége et l'étendue étaient révélés par des taches sans altération de tissu apparente.

Ajoutons que, devenus adultes, les deux jeunes gens, l'un du sexe masculin, l'autre du sexe féminin, se sont mariés sous leur nouveau climat; qu'ils y ont eu, *l'un* et l'autre, des enfants des deux sexes, et que ces enfants sont tous remarquables par leur bonne et belle constitution.

De ces deux observations ressort suffisamment, je crois, que l'*enrayement de la lèpre, son arrêt de développement*, si je puis m'exprimer ainsi, par un nouveau climat, est un fait désormais acquis à la science, et d'où résulte que si, *malheureusement*, il est toujours vrai de dire que la lèpre est *un mal incurable*, ce n'est plus qu'avec cette consolante restriction : « A moins que les sujets qui en éprouvent les premières atteintes ne soient soustraits *sans retard* au climat sous lequel ils les ont reçues. »

PHYSIOLOGIE. — *Rapport sur deux mémoires de* MM. Chauveau *et* Marey *relatifs à l'étude des mouvements du cœur à l'aide d'un appareil enregistreur*. — M. Milne Edwards commence par rappeler les deux opinions qui partagent la science relativement au mécanisme et à la cause de la pulsation du cœur et du choc de cet organe contre le sternum et les côtes : celle de Harvey, confirmée par les recherches de Carlisle et de M. Hiffelsheim, et qui attribue ce phénomène à la rigidité des parois charnues du cœur, à la contraction des ventricules; celle de M. Beau, qui « croit avoir établi expérimentalement que le synchronisme généralement admis entre la systole ventriculaire et le choc du cœur contre les parois du thorax n'existe pas; que ce dernier effet précède la contraction ventriculaire dont on le supposait dépendre, et qu'il résulte de l'impulsion produite par l'arrivée du jet de sang lancé dans les ventricules par la contraction des oreillettes. »

Pour faire cesser l'incertitude, il fallait de part ou d'autre des preuves plus démonstratives.

Ces preuves, ajoute M. le rapporteur, nous paraissent avoir été fournies par les expériences de MM. Chauveau et Marey, dont l'Académie nous a chargé de lui rendre compte.

Après avoir parlé des perfectionnements apportés au *sphygmographe* de M. Vierord par M. Marey d'abord, puis par

M. Charles Buisson, M. Milne Edwards donne la description du nouvel appareil ou *sphygmographe comparatif* à transmission de mouvement, et entre dans les détails de son mécanisme et de son application.

Les expériences à l'aide de cet instrument ont été faites sur le cheval par MM. Chauveau et Marey (voy. *Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 673).

Ces expériences furent répétées en présence de la commission, et donnèrent les résultats les plus nets. Les élévations de la courbe représentant les pulsations cardiaques se superposaient exactement à celles correspondant aux mouvements de contraction des ventricules, et ce fut dans l'intervalle compris entre le tracé de deux pulsations cardiaques que se plaçait toujours l'élévation de la courbe indicative des contractions des oreillettes.

D'après l'inspection de ces tracés, il nous parut évident que la systole des ventricules et la pulsation cardiaque déterminée par le choc du cœur contre les parois thoraciques commencent et finissent toutes deux simultanément, tandis que la systole de l'oreillette commence et finit avant celle des ventricules.

Il est aussi à noter que le tracé correspondant aux variations de pression dans l'intérieur des ventricules décelait non-seulement le moment où ces cavités se contractent, mais aussi celui où la charge sanguine complémentaire est lancée dans cette portion du cœur par la systole auriculaire, phénomène auquel M. Beau avait attribué la pulsation cardiaque, et que la petite élévation dans la courbe déterminée de la sorte ne correspondait jamais avec le commencement du mouvement d'où dépend le choc du cœur.

J'ajouterai que l'introduction des branches du sphygmographe dans les diverses parties de l'organisme ne détermina aucun trouble grave dans la circulation pendant la durée de l'expérience, et qu'ayant fait abattre l'animal sous les yeux de la commission, on constata par l'autopsie que les ampoules élastiques correspondant aux divers leviers de l'appareil occupaient la position voulue, soit dans l'intérieur du cœur, soit dans la région cardiaque de la poitrine.

Les vues de Harvey, dont la justesse nous semblait toujours peu contestable, se trouvent donc complétement confirmées par les expériences précises de MM. Chauveau et Marey. Ces jeunes physiologistes ont rendu visibles et faciles à constater des phénomènes dont l'observation était très difficile, et leurs expériences nous semblent devoir faire cesser toute discussion sur ce point de l'histoire de la circulation du sang chez l'homme et les animaux qui se rapprochent le plus de lui par leur organisation. Il peut rester encore diverses questions à résoudre relativement à la manière dont la systole ventriculaire détermine la pulsation cardiaque, mais dans notre opinion il est aujourd'hui bien démontré qu'elle est la cause de ce phénomène. Les expériences de MM. Chauveau et Marey nous ont paru bien instituées et habilement exécutées. Enfin les résultats qu'ils en ont tirés ont de l'intérêt pour le diagnostic médical, aussi bien que pour la physiologie. Par conséquent, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'approuver leur travail, et d'en ordonner l'insertion dans le RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard, Milne Edwards *rapporteur*.)

PHYSIOLOGIE DE LA VUE. — M. *Giraud-Teulon* expose dans ce travail les causes et le mécanisme de certains phénomènes de polyopie monoculaire observables dans le cas de l'aberration physiologique du parallaxe; démontre l'absence de l'aberration de sphéricité dans l'appareil dioptrique de l'œil; et en déduit une application à la détermination des limites du champ de la vision distincte. (*Comm.* : MM. de Senarmont, Cl. Bernard, Fizeau.)

CHIRURGIE. — *Sur un nouveau mode de traitement de la gangrène*, extrait d'une lettre de M. le docteur *Laugier* à M. Elie de Beaumont. — Une thèse d'un grand intérêt a été soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 25 février dernier, par M. Raynaud (Maurice). Dans cette thèse, qui a pour titre : *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*, il est dit que les parties gangrenées ont été soumises à l'analyse par M. Reveil, et que, d'après ces analyses, l'auteur est arrivé à cette conclusion : que le fait fondamental de la gangrène consiste dans la diminution ou l'absence de l'oxygène nécessaire à l'intégrité de la vie d'un tissu.

Un cas de gangrène spontanée, survenu dans mon service à l'Hôtel-Dieu, au moment où je lisais la thèse de M. Raynaud, m'a fourni l'occasion d'une expérience qui est devenue un traitement d'une efficacité surprenante.

Le pied, dont un orteil était déjà mortifié en partie, et dont la peau sur le cou-de-pied était douloureuse, changée dans sa couleur, et menacée elle-même de gangrène, a été placé dans un appareil simple, où le dégagement d'oxygène pur le tenait dans un bain de ce gaz sans cesse renouvelé. Le résultat prompt a été l'arrêt de la gangrène et le retour des parties menacées à l'état sain. L'élimination de l'eschare qu'offrait l'orteil a eu lieu, et la cicatrice est presque faite.

Un autre malade est entré dans mon service atteint de gangrène spontanée des deux derniers orteils du pied gauche. La peau voisine, jusqu'à l'articulation du pied avec la jambe, était rouge, douloureuse et menacée de mortification. Il y a quelques jours que le même traitement lui a été appliqué. Aujourd'hui la gangrène est restée bornée aux parties d'abord atteintes. La peau voisine est restée saine et n'offre presque plus de rougeur; les douleurs ont beaucoup diminué; il y a lieu d'espérer une solution favorable, quoique le malade, comme le premier, soit âgé de soixante-quinze ans.

Ainsi, que l'idée de M. Raynaud soit juste ou ne le soit pas, il résulte des faits que je soumets à l'Académie que les bains d'oxygène pur arrêtent rapidement, au moins dans certains cas, la marche de la gangrène spontanée des extrémités.

ANATOMIE. — M. *Papenheim*, à l'occasion d'une communication récemment adressée à l'Académie par M. Kuehne, conteste les conclusions admises par cet observateur au sujet des nerfs de la cornée transparente. Il affirme que de nombreuses observations, publiées par lui et répétées devant des juges très compétents, montrent que, contrairement à l'opinion de M. Kuehne, les nerfs de la cornée se terminent en arcades, et qu'ils entrent de tous côtés dans la membrane, et non pas seulement, comme semble l'indiquer M. Kuehne, dans son bord inférieur. Ces observations sont d'ailleurs très délicates, et exigent, suivant M. Papenheim, une très grande habitude du microscope.

HYGIÈNE. — M. *Esmein* présente à l'Académie un nouveau système d'aération pour les hôpitaux de Paris. Sa note est renvoyée à l'examen de MM. Velpeau, Rayer, Cl. Bernard.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département des Basses-Alpes. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Verneuil* et *Deschamps*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Une note sur un procédé de ventilation des hôpitaux, par M. le docteur *Shrimpton*. — *c*. Une lettre relative à une préparation médicinale nouvelle désignée sous le nom de *café-goudron*, par MM. *Trapon* et *Delacroix* (de Besançon). (*Comm.*: MM. Caventou et Bouchardat.) — *d*. Une note sur un procédé propre à dépouiller la fumée de tabac de la nicotine, par M. *de Latour-du-Pin*. (*Comm.*, M. Gavarret.) — *e*. Une statistique générale des médecins et des pharmaciens de la France, par M. *Delarue*, pharmacien à Dijon. — *f*. Une lettre de

Digitized by Google

M. *Charrière*, contenant une réclamation contre un des points du dernier discours de M. Durand-Fardel. — *g.* Une note de M. *Mathieu* sur un nouveau système d'articulation pour les scalpels et les bistouris, imaginé par M. *Hardon*, élève en médecine.

M. *Sales-Girons* adresse la lettre suivante :

Dans la dernière séance, M. Durand-Fardel a dit qu'avant que j'eusse trouvé la théorie de la pénétration des poussières dans les voies respiratoires, les cures et améliorations obtenues dans la salle de respiration de Pierrefonds, devaient être comme non avenues, les malades n'ayant point pu observer les règles de cette théorie. Je me contenterai de citer le passage suivant de mon TRAITÉ DE SALLES NOUVELLES.

« Il faut avoir un soin particulier de la manière dont respirent les malades dans la salle durant les séances. Si on ne les surveille pas pour les avertir, ils *oublient qu'il faut respirer par la bouche* plutôt que par les narines. Il ne serait pas inutile de placer dans l'intérieur des salles une inscription lisible de loin, qui indiquât que le malade doit observer cette règle, et même qu'il faut de temps à autre faire des *inspirations assez profondes* pour que la poussière hydro-minérale pénètre jusqu'aux bronches déliées, etc., etc. »

Respirer par la bouche et faire par intervalle des inspirations plus profondes, telles sont les deux règles ordonnées aujourd'hui par la théorie, que n'a fait que justifier la pratique. Les malades ne guérissaient donc pas sans que le liquide pénétrât.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le maire de Tours, qui, au nom du conseil municipal de cette ville, invite M. le président de l'Académie à honorer de sa présence la cérémonie de translation des restes de feu *Bretonneau*, qui aura lieu le mercredi 7 du courant.

M. *le Président* annonce qu'il a accepté l'honorable mission de représenter l'Académie à cette triste cérémonie.

M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre de M. le ministre d'État, qui, outre le résumé de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, demande des conclusions motivées sur un sujet d'une si haute importance et si digne d'attirer la sollicitude du gouvernement.

M. *le Président* annonce que, d'après une décision du bureau, la rédaction de ces conclusions sera confiée à une commission composée de MM. Gosselin, Larrey, Malgaigne, Renault et Tardieu, *rapporteur*.

M. *Cruveilhier* fait hommage, au nom de M. le docteur *Bayard*, d'un TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DE L'ESTOMAC.

Lectures.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Joulin* présente un instrument qu'il nomme *diviseur céphalique*, et lit la note suivante :

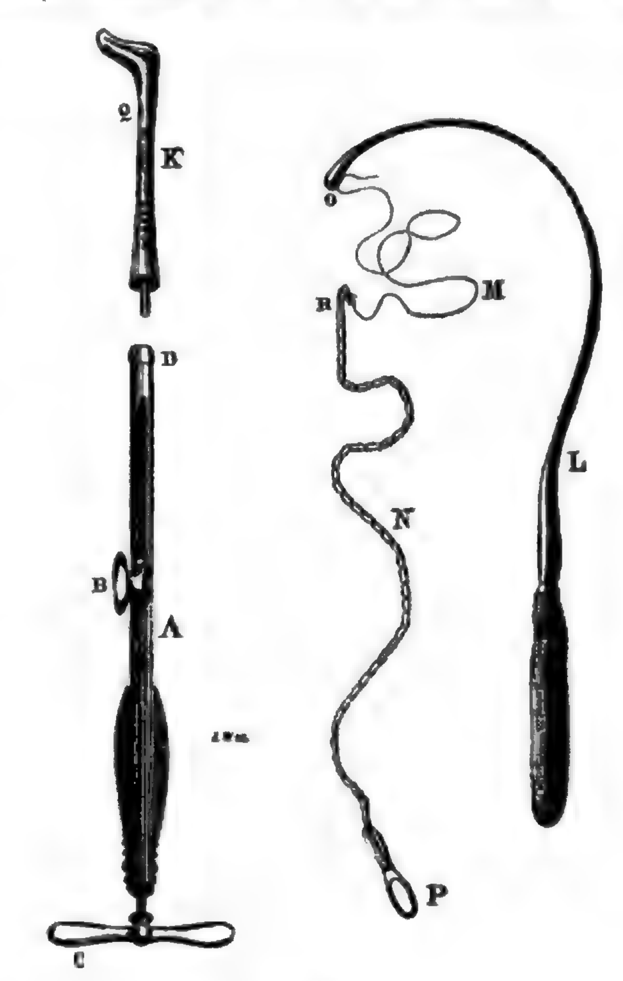
Dans la séance du 25 février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sous le nom d'*aide-forceps*, un instrument destiné à terminer l'accouchement dans le cas où le petit diamètre du bassin a au moins 7 centimètres. L'instrument que je présente aujourd'hui a été imaginé pour les cas d'angusties pelviennes laissant un passage d'un diamètre inférieur à 7 centimètres.

Au-dessous de cette limite on ne peut guère espérer, au moyen de l'aide-forceps, obtenir des enfants vivants. Leurs chances de vitalité sont trop faibles pour qu'on expose la mère à des dangers en dépassant les limites d'une intervention prudente. Il faut donc avoir recours à l'embryotomie, dont le céphalotribe est l'agent le plus actif.

Il n'avait point été fait jusqu'à présent de statistiques sur les résultats de la céphalotripsie, et il est possible qu'on se soit un peu aveuglé sur les dangers qu'elle fait courir à la mère. J'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Rillet, directeur de la Maternité, réunir les éléments d'une statistique comprenant les 60 opérations qui ont été pratiquées depuis dix ans dans cet hôpital. Sur 60 cas, on a enregistré 17 morts, c'est-à-dire 28,2 pour 100 des opérées. Il est peu de grandes opérations chirurgicales qui fournissent d'aussi tristes résultats. De plus, le céphalotribe, dans les rétrécissements inférieurs à 6 centimètres, devient d'une application sinon impossible, au moins extrêmement difficile, et au-dessous de 5 centimètres 1/2 l'art n'a pas d'autres ressources que l'opération césarienne, plus désastreuse encore.

Le diviseur céphalique a pour but, comme son nom l'indique, de diviser la tête du fœtus, dans la présentation du sommet, en deux parties par une section embrassant la circonférence *trachelo-bregmatique*. La partie antérieure de la tête se trouve séparée de la partie postérieure, et la base du crâne divisée, l'extraction des fragments ne présente pas de difficultés.

L'instrument se compose : 1° de la canule A, de l'aide-forceps s'articulant en D avec 2° un bec d'écraseur assez long



pour arriver jusqu'au détroit supérieur; 3° d'un porte-fil L courbe, flexible, monté sur un manche et percé d'un trou à son extrémité O pour passer un fil M ; 4° d'une forte chaine N dentée sur un de ses bords, qui, une fois en place, passera par le bec de l'écraseur; elle sera articulée par l'extrémité R au point Q du bec d'écraseur, et par l'extrémité P avec le taquet mobile B de la canule. Elle fonctionne comme la chaine de l'écraseur ordinaire ; seulement, elle marche en sciant, son extrémité R étant immobilisée.

Application. — Le porte-fil L, armé d'un fil solide M, est introduit vers la partie postérieure de l'excavation comme une branche de forceps. Sa flexibilité lui permet de s'accommoder à la forme de la région où on l'applique. L'extrémité O doit être dirigée de manière à se trouver en rapport avec la région *prétrochléenne* du fœtus. Alors on fait exécuter au manche un mouvement de rotation qui porte la concavité de la courbure en rapport avec le bregma, puis un second mouvement de rotation porte le point O de la branche vers la symphyse pubienne de la mère, et on le maintient dans cette direction en retirant le porte-fil. De sorte que le fil M embrasse la région du fœtus, qui doit être divisée. Ceci fait, on substitue par une

Digitized by Google

traction la chaîne au fil; elle est articulée à la canule et divise les parties avec beaucoup de netteté, sans que l'on ait à redouter les esquilles de toutes formes qui sont un des dangers de la céphalotripsie. Avant de faire fonctionner la chaîne, il faut s'assurer que la tête est saisie selon le diamètre *trachélo-bregmatique*, et que ce n'est pas le col du fœtus qui est embrassé par l'instrument. On ne déterminerait, dans ce cas, qu'une détroncation, résultat tout à fait négatif.

La division complète de la tête sera bien rarement nécessaire. Les éléments osseux, fibreux et cutanés, condensés sous l'influence de la pression, occuperont bientôt un si petit volume que la section complète pourra n'être pas nécessaire.

L'instrument a été fabriqué par MM. *Robert* et *Colin*.

Reprise de la discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux.

M. *Trousseau*, après quelques regrets exprimés à l'occasion de l'ajournement de la discussion sur le très remarquable rapport de M. Poggiale, que tout le monde a eu le temps d'oublier depuis cinq mois qu'il a été lu, continue en ces termes :

Le moyen proposé par M. Sales-Girons est un moyen nouveau, propre à rendre à la thérapeutique des services réels, des services importants, moyen trop préconisé peut-être par son inventeur, mais trop déprécié aussi par quelques adversaires.

M. Sales-Girons a pensé qu'il pourrait introduire une révolution radicale dans le régime de l'hydrologie médicale. D'autre part, on a fait entendre des récriminations exagérées : on a contesté à M. Sales-Girons la priorité de l'idée et même de l'application de l'eau pulvérisée, cette méthode étant employée depuis 1845 à Lamothe-les-Bains. Cela est possible; mais qui de nous le savait? et pourquoi contester à M. Sales-Girons le mérite d'avoir vulgarisé, popularisé la pulvérisation des liquides médicamenteux? Celui qui a conçu l'idée et qui l'a popularisée est *en toute justice* celui auquel le mérite réel appartient. Peu m'importe la perfection plus ou moins contestable des appareils employés; la perfection des instruments est ici fort secondaire : l'important, l'essentiel, c'est d'avoir imaginé et généralisé la médication.

Cela dit, j'arrive à la discussion du rapport de M. Poggiale. Je vais suivre le rapporteur pas à pas :

Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans la trachée-artère et dans les bronches? S'il est quelque chose de surprenant, c'est que ceci ait été contesté. Et d'abord il n'est douteux pour personne que les poussières solides de céruse, de minium, de charbon, etc., ne s'introduisent dans les voies pulmonaires dans l'acte de la respiration, et avec la plus grande facilité. M. Archambault a démontré dernièrement que les aiguiseurs de cristaux sont exposés à des affections pulmonaires graves provenant de l'inhalation, de la pénétration dans l'arbre respiratoire de la poussière demi-liquide projetée par le mouvement de la meule.

Personne ne voudrait nier assurément que les vapeurs s'introduisent avec une grande facilité dans les bronches. C'est là une vérité vulgaire. Je n'y insiste pas.

Quant à l'introduction des liquides pulvérisés, elle a été mise hors de doute par de remarquables expériences de M. Demarquay. Voici des pièces pathologiques provenant de lapins soumis à l'épreuve de la pulvérisation des liquides. On pourra se convaincre que non-seulement les liquides pulvérisés pénètrent, mais même qu'ils pénètrent trop, trop avant, trop profondément. Car vous verrez sur ces pièces des traces de pneumonie déterminées par l'introduction d'un liquide chargé de perchlorure de fer.

Sitôt que le liquide est expulsé de l'appareil pulvérisateur, quel que soit son degré, il se met en équilibre de température avec le milieu ambiant. Ceci est d'une haute importance, vu les variations fréquentes et excessives de température dans les localités minérales, variations qui, exerçant une haute influence sur le liquide pulvérisé, peuvent entraîner certains inconvénients pour la santé des malades soumis à la pulvérisation. Il appartient à l'expérience de remédier à cet inconvénient; mais il n'y a pas là matière à reproche pour la méthode elle-même.

Examinons maintenant l'utilité de cette méthode thérapeutique. Je l'ai déjà dit, M. Sales-Girons a voulu presque changer le régime des eaux minérales. C'est une exagération qu'on peut pardonner à son enthousiasme d'inventeur; mais c'est un fétichisme que nous ne devons pas partager. Il n'appartient point à un homme, quelque bien doué qu'il soit, de modifier radicalement un régime hydro-thermal connu, quelque bizarre qu'il soit ou qu'il paraisse. Le régime de Louech est détestable; les malades s'y ennuient atrocement; mais il est d'une efficacité merveilleuse, et, bien qu'il déplaise aux malades, on y envoie, on y va, on y guérit, on y trouve du soulagement, cela suffit.

Quand nous voulons arriver à la théorie de la curation hydrothermale, nous sommes obligés de confesser notre ignorance, et nous en tenir souvent à un empirisme grossier, mais justifié par une expérience séculaire. Il nous est impossible de comprendre comment la balnéation agit; mais cela agit efficacement; les malades et les médecins n'en peuvent demander davantage.

Depuis quelques années on a été jusqu'à avancer que l'eau n'était pas même absorbée dans un bain, même dans un bain prolongé. Cela s'écrit, je ne le soutiens pas; mais qu'objecter à une balance? Mais, dit-on, les urines sont alcalines après un bain d'eau de Vichy. C'est vrai; mais malheureusement il en est ainsi après un bain chargé d'acide nitrique, et même après un bain d'eau claire. D'après M. Homolle, les sels contenus dans les eaux minérales ou artificiellement minéralisées ne sont pas absorbés.

Dans notre ignorance de l'action intime des eaux, il faut donc nous en tenir à l'empirisme, qui est une sorte d'arche sainte en hydrologie médicale. Eh bien, M. Sales-Girons a touché à l'arche sainte, et il a eu tort. Les médications hydrothermales doivent rester telles qu'elles sont jusqu'à nouvel ordre.

Croit-on que les effets de l'ingestion d'un médicament, de l'éther, du chloroforme, par exemple, soient les mêmes que les effets de l'inhalation? Assurément non! Si bien que quand nous avalons une eau minérale, quand nous inspirons une eau minérale, quand nous prenons un bain d'eau minérale, nous éprouvons des effets très différents de ces diverses méthodes d'application. Ces méthodes d'application diffèrent donc essentiellement dans leurs résultats, et M. Sales-Girons a eu le grand tort de les confondre.

Autrefois nous avions des salles de respiration à Allevard, au Vernet, au Mont-Dore. Substituer la respiration de l'eau pulvérisée à l'inhalation, c'est substituer une méthode à une autre méthode. Je ne le veux pas. Les salles d'inhalation ont leur importance, leur utilité, leur mode d'action spéciale. Il faut les respecter, les laisser subsister, et ne pas les supprimer au bénéfice exclusif de la pulvérisation. Ces deux méthodes doivent exister l'une à côté de l'autre dans un établissement thermal; elles doivent vivre en bonne harmonie, mais ne point se supplanter, ne point chercher à se nuire l'une à l'autre.

La pulvérisation a voulu aussi remplacer les inhalations fumigatoires... Encore une fois c'est une prétention exorbitante, qui se comprend et s'excuse de la part d'un inventeur, mais contre laquelle je crois devoir m'élever, dans l'intérêt même de la nouvelle méthode.

J'ai l'air d'être l'adversaire de la pulvérisation. Nullement. Je l'emploie tous les jours, et elle m'a rendu les plus grands services. Je veux que tout le monde l'emploie, mais seulement dans les cas où elle est formellement indiquée. A l'aide de l'eau pulvérisée, contenant des médicaments puissants, nous obtenons des résultats merveilleux. Ces effets sont surtout remarquables dans les affections du larynx, communes chez

Digitized by Google

les orateurs ou les chanteurs. Un de nos artistes les plus distingués s'est guéri promptement par la pulvérisation d'une maladie grave du larynx, qui depuis longtemps le tenait éloigné du théâtre. Il y a quelque temps il y avait dans mon service une pauvre femme qui suffoquait atteinte d'une maladie grave des premières voies; je me disposais à pratiquer la trachéotomie quand je la vis promptement guérir sous l'influence d'une pulvérisation d'eau chargée de tannin.

En conséquence, si la pulvérisation n'arrive pas à remplacer le régime habituel des eaux minérales, ce sera un immense service qu'aura rendu M. Sales-Girons d'en avoir signalé les avantages et popularisé l'emploi.

Et maintenant quels sont les inconvénients ou les dangers attachés à l'usage du pulvérisateur? J'ai vu une double pleuropneumonie survenir chez une malade qui se soumettait avec un acharnement excessif à la respiration d'eau pulvérisée chargée de tannin. Chez les lapins, dont je viens de présenter les pièces anatomiques et soumis à l'expérience par M. Demarquay, il a suffi de cinq minutes pour provoquer des noyaux de congestion pulmonaire ou même de pneumonie avec de l'eau chargée de tannin ou de perchlorure de fer.

Mais ce sont là des inconvénients, des dangers qu'il est aisé de conjurer ou même d'éviter. Aujourd'hui surtout que l'expérience a suffisamment parlé, nous savons à quelle dose doivent être employés les médicaments ajoutés à l'eau pulvérisée, et pendant combien de temps doit durer une séance de pulvérisation. Entre les mains d'un médecin habile et prudent, la pulvérisation est donc appelée à rendre les plus beaux services. Aussi je m'associe de grand cœur aux éloges que M. Poggiale a donnés à M. Sales-Girons et aux remerciments qu'il a proposés pour ce savant confrère.

M. *Durand-Fardel*. La pulvérisation se noyait dans les bronches, et la critique a rendu un grand service à M. Sales-Girons et à son invention en élevant des doutes sur la pénétration profonde des liquides pulvérisés. Maintenant nous sommes d'accord là-dessus; les liquides pulvérisés pénètrent. Voilà sur quoi la critique a provoqué la lumière. Mais maintenant la critique réclame autre chose; elle demande la formule précise d'une médication bronchique. Cette formule n'existe pas encore, et nous la réclamons, dans l'intérêt même de la méthode de la pulvérisation, qui, à cette condition seulement, sera aussi parfaite que peuvent l'être les choses humaines. Cette médication n'existe pas, et la preuve c'est que M. Trousseau n'en a point parlé.

Voilà donc où en est la question pratique aujourd'hui. La pulvérisation offre une médication pharyngée et une médication laryngée incontestable; mais la médication bronchite reste encore dans les éventualités de l'avenir. Je souhaite sincèrement que ces éventualités se réalisent dans le sens le plus conforme au succès de la pulvérisation.

La parole est réservée à M. Poggiale, rapporteur, pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

La séance du 23 avril a été en grande partie occupée par les scrutins pour le renouvellement du bureau et des comités, scrutins dont nous avons annoncé le résultat dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 17, p. 272).

— Au commencement de la séance, M. *Colin* a présenté une pièce anatomique : c'était un énorme abcès du foie, consécutif à une dysenterie contractée en Italie.

— M. *Moutard-Martin* a présenté une autre pièce anatomique : un caillot volumineux remplissant le cœur droit et se prolongeant très loin dans l'artère pulmonaire. Les circonstances de la mort et l'examen de la pièce font regarder comme probable que le caillot s'est formé pendant les derniers moments de la vie du malade (atteint, d'ailleurs, d'une pneumonie au troisième degré), et ont amené brusquement la mort, sans qu'il y ait eu cependant embolie, puisque le caillot ne s'était pas détaché du cœur.

— M. *Groux*, porteur d'une fissure congénitale du sternum, qui permet d'observer sur lui les mouvements du cœur, et sur lequel M. Béhier a déjà fait un excellent rapport (*Archives générales de médecine*, 1855), a montré à la Société une série d'expériences nouvelles au moyen de manomètres, de stéthoscopes à branches multiples et de sonneries électriques, ayant pour but de montrer la succession des battements du cœur et de l'aorte. Ces expériences feront sans doute l'objet d'un rapport, et nous aurons l'occasion d'y revenir.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 9 AU 23 AVRIL 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

GANGRÈNE DE LA JAMBE. — IMPERFORATION DE L'ANUS.

M. *Broca* a mis sous les yeux de ses collègues la moelle épinière d'un homme qui a succombé à la suite du tétanos. Une roue de voiture avait passé sur la cuisse du malade et avait déterminé une violente contusion et un vaste épanchement sanguin. Ces lésions furent suivies bientôt d'une gangrène du pied et de la jambe, et avant que la gangrène fût assez bien limitée pour qu'on pût amputer, le tétanos survint. Il dura quatre jours, et le malade mourut malgré neuf injections sous-cutanées de curare, des qualités duquel on était parfaitement sûr, et qui pourtant n'a pas eu le moindre effet passager. La respiration artificielle a été plus efficace, du moins passagèrement, car elle a réussi une fois à faire revenir à la vie et à l'intelligence le malade qui depuis plus d'une minute était dans l'état de mort apparente. On trouva à l'autopsie une congestion très forte, du renflement lombaire de la moelle, et un ramollissement dans une étendue de 3 centimètres, du renflement brachial, surtout au niveau des faisceaux postérieurs.

La veine poplitée est oblitérée complétement, et la veine fémorale l'est dans presque toute son étendue. L'artère poplitée est oblitérée également; le caillot remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du canal de Hunter. Une petite collatérale naît de la fémorale dans le canal même, et la grande anastomotique dilatée naît à 3 centimètres plus haut. Sept ou huit artères assez volumineuses naissent de la fémorale entre l'origine de la profonde et le niveau de la grande anastomotique.

M. Broca a fait remarquer que l'oblitération de la veine fémorale avait, sans doute, favorisé la gangrène. Il a fait aussi observer que si les artères qui naissent entre le sommet du triangle inguinal et l'anneau du troisième adducteur sont très petites dans l'état normal, elles se dilatent promptement, et qu'elles peuvent fournir, ainsi que cette pièce anatomique le démontre, une ressource très importante dont on est privé quand on applique le procédé de Scarpa au traitement de l'anévrysme poplité. Quand on pratique la ligature au niveau du canal de Hunter, il n'y a presque jamais de gangrène, tandis que la gangrène se produit 17 fois sur 100 quand la ligature est faite au sommet du triangle de Scarpa.

— M. le docteur *Chairon* a adressé une observation d'oblitération congénitale complète du gros intestin à l'union du rectum avec l'S iliaque. L'anus était, dans ce cas, régulièrement conformé, plissé et perforé; mais si l'on essayait d'y introduire un stylet ou une sonde de petite dimension, on n'arrivait pas à une hauteur de plus d'un centimètre. L'enfant fut envoyé sept jours après sa naissance à M. Huguier, qui, après avoir fait des tentatives infructueuses pour faire pénétrer la sonde ou le stylet plus profondément, pratiqua l'opération de

Digitized by Google

l'anus artificiel au-dessus du pli inguinal droit. Malgré l'évacuation abondante de méconium par l'ouverture abdominale, le ventre, déjà météorisé avant l'opération, se tendit encore davantage; les symptômes de péritonite se développèrent rapidement, et l'enfant succomba vingt-six heures après l'opération.

L'autopsie fit voir que l'anus artificiel portait tout à fait sur la partie inférieure du côlon descendant, dans un point peu éloigné du siége de l'oblitération. Ce fait est donc très favorable à la méthode de M. Huguier.

Avant d'enlever la pièce anatomique, M. Chairon tenta de nouveau d'introduire profondément dans l'anus, soit un stylet mousse, soit une sonde de femme; il n'y put parvenir en laissant les intestins en place; mais en faisant redresser les circonvolutions intestinales par un aide, il introduisit avec une grande facilité la sonde d'argent jusqu'à 5 ou 6 centimètres. C'était donc une déviation du rectum qui empêchait sur le vivant de faire pénétrer le stylet à plus d'un centimètre de hauteur. La véritable oblitération siégeait plus haut, et consistait dans la présence d'un disque membraneux peu épais à la jonction de l'S iliaque avec le rectum.

Un fait qui, par beaucoup de points, se rapproche des imperforations de l'anus, a été rapporté par M. Berrut. Il s'agit, dans ce cas, d'un rectum qui se terminait par une ouverture fistuleuse étroite à la partie inférieure de la vulve, au-devant de l'hymen. Une incision cruciale fut faite sur la ligne médiane, au point où se trouve normalement l'anus. M. Berrut put reconnaître alors qu'il se trouvait sur le rectum, incurvé en haut et en avant. Il l'incisa dans les quatre cinquièmes de sa circonférence, et l'amena au contact de la surface de section de la peau, avec laquelle il le réunit par cinq points de suture. La réunion se fit bien. Quatre mois plus tard, M. Berrut termina l'opération par la section transversale de la partie du canal rectal qu'il avait laissé adhérer à l'ouverture fistuleuse. Il se borna à la section sans mettre de points de suture, et il *incisa ce qui restait* du trajet fistuleux, c'est-à-dire l'espace compris entre la portion sectionnée du rectum et l'orifice fistuleux vulvaire.

Au bout d'un mois commença une atrésie de l'anus telle que les matières ne sortaient plus qu'à travers une filière. Les mèches qu'on essaya de laisser dans l'anus ne purent être supportées. La dilatation fut faite à l'aide de baguettes de bois bien polies qu'on introduisit plusieurs fois par jour pendant une minute seulement. On augmenta graduellement le calibre du corps dilatant, ainsi que la durée et la fréquence de ses applications. L'atrésie a été complétement vaincue au bout de quatre mois de traitement. Cet anus se contracte, et les matières fécales sont parfaitement retenues et ne s'échappent jamais sans qu'il y ait un effort. L'enfant a aujourd'hui deux ans et se porte très bien.

Dans la séance du 23 avril, M. Depaul a présenté un enfant nouveau-né qu'il venait d'opérer d'une imperforation de l'anus. L'anus n'était pas, à proprement parler, imperforé : il était, au contraire, régulièrement conformé et admettait l'extrémité du petit doigt; mais celui-ci se trouvait arrêté par une cloison à travers laquelle, pendant les cris de l'enfant, on sentait proéminer le rectum distendu par du méconium. Une ponction avec un trocart suffit pour rétablir le cours des matières.

Le seul emploi du trocart a suffi aussi à M. Guersant dans trente cas d'imperforation. Ce chirurgien a adopté pour cet usage un trocart courbe à l'aide duquel il peut faire la ponction en suivant la courbe sacro-coccygienne. Pour éviter de blesser la vessie chez les petits garçons, M. Guersant y introduit une sonde à laquelle il fait subir un mouvement de bascule qui éloigne cet organe du rectum; chez les petites filles, après avoir vidé la vessie, il porte la sonde dans le vagin et refoule le vagin et l'utérus du côté de la symphyse pubienne.

M. Trélat a combattu l'emploi du trocart, qui ne lui paraît applicable qu'à des cas exceptionnels. Le plus souvent cette pratique est dangereuse, et on doit lui préférer un procédé méthodique qui consiste à aller couche par couche à la recherche du bout intestinal en traversant la région périnéale.

La même opinion avait été soutenue il y a quelques années devant la Société de chirurgie par M. Verneuil, qui a établi aussi que, dans le cas où le rectum serait situé trop haut, il serait bon de chercher à l'atteindre en faisant l'excision du coccyx.

Relativement à la situation de l'S iliaque, M. Verneuil pense comme M. Huguier, qu'on a plus de chance de découvrir cet intestin en faisant l'incision à droite. M. Verneuil a, en effet, étudié ce fait anatomique en se plaçant, autant que possible, dans les conditions d'une imperforation, et pour cela il a distendu l'intestin au-dessus d'un point qu'il oblitérait. Or, il a constaté que, toutes les fois que l'S iliaque est distendue, elle vient se loger à droite.

D^r P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Obstruction complète du canal cholédoque et du pancréatique, par Harley.

Dans cette communication faite par l'auteur à la Société pathologique de Londres, il s'agit d'un homme de cinquante ans dont la santé habituelle était excellente. Quatorze ou seize mois avant sa mort, il fut pris d'accidents dyspeptiques, et bientôt après il présenta une coloration ictérique non douteuse. Il paraît qu'au début de cette maladie la vésicule biliaire était nettement appréciable au toucher et à la vue au-dessous de la région des fausses côtes; après une diarrhée bilieuse assez abondante, ce gonflement disparut, et il ne se reproduisit pas. A ce moment un médecin consulté admit l'existence d'une affection organique du pancréas ou du foie, les selles étaient argileuses; mais ce symptôme et la présence de l'ictère étaient les seuls phénomènes qui pussent faire songer à des calculs biliaires. C'est au mois d'octobre dernier que le docteur Harley vit ce malade pour la première fois, et il constata bientôt qu'il perdait par les selles une grande quantité de graisse analogue à de l'huile de poisson; Harley songea aussitôt à une occlusion du canal pancréatique, et comme l'urine renfermait en même temps une forte proportion d'éléments biliaires, il compléta son diagnostic en annonçant une oblitération simultanée du canal cholédoque et du conduit de Wirsung. Quinze jours plus tard il y avait un peu de sensibilité au niveau de la région du foie, et l'on trouvait à plusieurs reprises, dans l'urine, de la tyrosine et de la leucine; Harley examine de nouveau son malade, et constate que le foie est diminué de volume. Du reste, il n'y avait pas d'albuminurie, et l'acide urique était en très petite quantité, ce qui éloignait encore l'idée d'une affection grave du foie. La moyenne quotidienne de l'urée était de 27 grammes; on pouvait donc penser que la digestion se faisait encore d'une manière satisfaisante; mais au bout de quelque temps la proportion d'urée s'abaissa peu à peu jusqu'à 15 grammes. Trois semaines avant la mort de cet homme, on trouva du sucre dans l'urine; du reste, l'auteur a remarqué que, dans un grand nombre de cas de maladies chroniques, on voit survenir la glycosurie quelque temps avant la terminaison fatale.

L'autopsie a montré la vésicule très dilatée, et remplie d'une bile visqueuse. Le conduit cystique avait augmenté de diamètre, et le canal hépatique présentait une largeur d'au moins 2 pouces (5 centimètres). Le foie était petit et dense; de la bile s'en écoulait abondamment à la coupe; on put extraire du tissu de la glande des cristaux très nets de tyrosine et de cystine. La tête du pancréas était augmentée de volume et distendue par du pus. Il existait dans le duodénum un sinus

Digitized by Google

qui communiquait avec l'abcès de la tête du pancréas. Il y avait également des abcès dans les reins, et le tissu qui avait échappé à la suffocation était extrêmement engraissé. (*Medical Times and Gazette*, 1er février 1862.)

En rapportant le fait précédent, le docteur Harley s'est proposé de montrer l'importance des investigations chimiques pour le diagnostic de certaines affections abdominales. Je ferai remarquer, en outre, que cette observation vient confirmer une fois de plus les recherches de Frerich, et en démontre toute la valeur; certes le processus morbide qui a amené ici l'atrophie du foie n'avait rien de commun avec l'hépatite diffuse qui constitue l'atrophie jaune aiguë; bien loin qu'on puisse invoquer un travail inflammatoire aboutissant à la destruction des cellules hépatiques, il n'y a eu, dans le cas actuel, que cette destruction mécanique par pression excentrique que l'on observe dans les oblitérations persistantes du canal cholédoque; Budd, comme on le sait, en a cité plusieurs exemples. Eh bien! malgré cette dissemblance profonde dans le point de départ de l'atrophie, une fois que celle-ci eut atteint un certain degré, on vit apparaître dans l'urine ces produits quaternaires dus à l'évolution incomplète des albuminoïdes, produits dont Frerich a le premier signalé l'importance; par conséquent, la présence de la leucine et de la tyrosine dans le liquide urinaire n'éclaire pas seulement le diagnostic de l'*atrophie jaune aiguë*, c'est-à-dire de l'*une des formes de l'ictère grave*, elle nous permet également de suivre pas à pas la marche de quelques processus pathologiques très divers, qui ont ceci de commun qu'ils aboutissent à la destruction d'une partie des éléments du foie, et, partant, à l'abolition plus ou moins complète de la digestion hépatique.

Angine tonsillaire; suppuration; ouverture spontanée; mort par hémorrhagie, par M. CAYTAN.

OBS. — Un homme de trente-huit ans, de bonne constitution, sujet aux abcès de l'amygdale, était malade, depuis huit jours, d'une nouvelle récidive de cette affection; l'amygdale gauche formait une énorme tumeur fluctuante, qui rendait la déglutition impossible. Le pronostic semblait favorable, l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès devant faire cesser tous les accidents. Le docteur Caytan, sans en avoir de raison plausible, ne se décida pas à ouvrir immédiatement l'abcès et se contenta de l'application de cataplasmes. Revenant une heure plus tard auprès de son malade, il ne trouva plus qu'un cadavre. L'abcès s'était ouvert spontanément, et une ulcération de la carotide avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle.

Cette grave terminaison des abcès de l'amygdale ne se trouve mentionnée dans aucun auteur, et, en cas d'ouverture par le bistouri, on n'eût pas manqué d'attribuer l'hémorrhagie à la maladresse de l'opérateur. (*Prager Vierteljahrschrift*, 1861; *Gazette médicale de Strasbourg*, 28 février 1862.)

Nous avons, pour notre part, observé un cas à peu près semblable à l'hôpital militaire d'instruction de Lille en 1848. Le chirurgien devait pratiquer à la visite l'extirpation d'une amygdale hypertrophiée et ulcérée; quelques instants avant son arrivée dans la salle, une hémorrhagie foudroyante fit mourir le malade en quelques minutes. L'ulcération plus profonde qu'on n'avait cru d'abord, avait ouvert l'artère carotide interne.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Campagne de Kabylie de 1854, 1856 et 1857, histoire médico-chirurgicale, par le docteur BERTHERAND. Paris, 1862. (J.-B. Baillière et V. Masson.)

M. Bertherand, directeur de l'école secondaire de médecine d'Alger, dans laquelle il professe la clinique chirurgicale, est connu depuis longtemps de nos lecteurs, non-seulement par ses publications scientifiques, mais aussi par ses récits, où la science se mêle et se lie intimement aux épisodes nombreux qui donnent tant d'intérêt à l'histoire médico-chirurgicale des armées en campagne.

Déjà, il y a deux ans, M. Bertherand avait publié sous le titre de LETTRES SUR LA CAMPAGNE D'ITALIE, le récit des principaux faits qu'il avait observés alors qu'il dirigeait comme médecin en chef le service de l'ambulance du grand quartier-général; c'est ce qui explique la publication plus tardive de l'histoire médico-chirurgicale des expéditions de Kabylie faites par notre armée en 1854, 1856 et 1857, et dans lesquelles l'auteur remplissait les fonctions importantes de médecin en chef.

Tout en racontant, avec un grand intérêt, les difficultés si nombreuses que l'on rencontre à chaque pas dans l'organisation des services chirurgicaux, alors qu'il faut créer pour ses blessés des moyens de transport, fournir à ceux que l'on ne peut évacuer un abri convenable, et les soins indispensables, le livre de M. Bertherand renferme un grand nombre d'observations, dont quelques-unes sont des plus remarquables. Nous ne pouvons citer que quelques-unes des plus importantes. Ainsi, dans le récit de la première expédition, nous trouvons l'histoire d'un soldat d'infanterie atteint d'une balle vers la tête de l'humérus gauche, et sur lequel M. Bertherand crut devoir pratiquer la résection de l'os atteint par le projectile. Aucun incident n'interrompit les suites immédiates de l'opération. Au bout de trois mois le blessé était guéri, et l'auteur, en le voyant trois mois après à l'hôpital du Dey, à Alger, put constater que son opéré avait conservé la plénitude des mouvements de l'avant-bras et du bras, celui de rotation excepté. La résection de l'épaule est restée en France presque uniquement l'apanage des médecins militaires, et elle leur a fourni un certain nombre de beaux succès qu'on ne saurait trop chercher à imiter.

Mais ce n'est pas la seule résection faite par l'auteur, dont nous ne saurions trop louer les tendances conservatrices; il enleva sur un officier le corps du cubitus, brisé sous l'olécrâne, et put voir son opéré guérir en quelques mois, et conserver l'usage à peu près complet de l'avant-bras et de la main.

Une seconde résection du même os faite sur un soldat donna des résultats aussi avantageux. La guérison suivit une troisième fois cette opération, mais pratiquée consécutivement assez longtemps après la blessure. L'auteur rapporte, en outre, l'histoire de trois résections du péroné, du tibia et du radius qu'il pratiqua également pendant la durée des campagnes dont il s'est fait l'historien si intéressant et si autorisé.

La chirurgie militaire offre plus souvent que la chirurgie civile de ces faits qu'on pourrait presque appeler extraordinaires. Nous citerons, entre autres, une plaie de la vessie faite par une balle, accompagnée d'hémorrhagie abondante par les orifices de la blessure et le canal de l'urèthre, guérie sans péritonite, mais accompagnée pendant la guérison de l'expulsion d'un calcul engagé dans les lèvres de la plaie, et formé par une petite arête osseuse centrale, incrustée à sa périphérie de phosphate et de carbonate de chaux. Des calculs analogues développés autour d'esquilles détachées du bassin, et entraînées par les balles dans leur passage à travers la vessie, ont été mentionnées plusieurs fois par M. Leroy (d'Etiolles); M. Cruveilhier raconte le fait si remarquable d'un soldat qu'il opéra de la taille, et chez lequel il trouva un calcul ayant pour centre une balle que le malade avait reçue plusieurs années auparavant.

Mais l'auteur ne se borne pas à rapporter avec plus ou moins de détails, suivant leur importance, les cas qui se sont présentés à son observation; il profite de sa longue expérience pour chercher à élucider certaines questions depuis longtemps en discussion et non encore résolues.

Le débridement préventif est une de celles qui devaient occuper M. Bertherand; nous ne pouvons rapporter les arguments qu'il donne en faveur de l'opinion qu'il soutient avec Hunter, Baudens, Bégin, Jobert, Hatin, etc.; pour lui, le débridement *toujours* et le débridement *jamais* doivent être défini-

Digitized by Google

tivement écartés du domaine de la chirurgie militaire ; mais telle est pour lui l'importance du débridement, dans certains cas donnés, que « mis en demeure de se soumettre exclusivement à l'une ou à l'autre méthode extrême, sans hésiter, il opterait pour la première. »

La fin du livre réunit en quelques pages les résultats statistiques obtenus pendant ces trois expéditions ; nous ne pouvons résister au désir de rapporter quelques-uns des chiffres donnés par M. Bertherand, que nous ne saurions trop féliciter sur ce point.

Le rapport des amputations aux fractures nous donne la limite des efforts tentés pour conserver les membres blessés ; c'est ce qu'on a fait dans le quart des cas.

Membres supérieurs	77	fractures.
Membres inférieurs	79	—
	156	
Membres supérieurs	63	amputations.
Membres inférieurs	54	
	117	

La question des amputations immédiates et des amputations différées, résolue dans la pratique civile en faveur des opérations secondaires, c'est-à-dire faites un temps assez long après la blessure, trouverait un argument contradictoire dans les chiffres rapportés par l'auteur ; mais le point de départ n'est pas suffisamment bien établi, car nous ne savons s'il faut entendre par opérations immédiates celles pratiquées le jour même, et par différées celles qui sont faites les premiers jours, c'est-à-dire pendant la fièvre, et l'on est sur ce point d'accord pour les regarder comme les plus graves. Des chiffres donnés par M. Bertherand il résulte que 54 *amputations immédiates* n'ont donné que 6 décès, soit un septième, tandis que 63 *amputations différées* en ont déterminé 40, soit *plus* de deux tiers.

Le rapport entre les amputations, les désarticulations et les *résections donne les résultats suivants :*

Sur 91 amputations, 50 succès, 41 morts ; soit, 46,1 pour 100. — Sur 18 désarticulations, 10 succès, 8 morts ; soit, 44,4 pour 100. — Sur 8 résections, 8 succès, 0 morts, soit, 0 pour 100.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue purement médical que ce livre présente de l'intérêt : il renferme des enseignements précieux, et il pourra expliquer bien des choses à ceux qui s'intéressent à une colonie que nous n'avons pu coloniser, malgré trente-deux ans d'occupation, mais aussi trente-deux ans de guerre et d'expéditions, dans un pays que beaucoup trop de monde en France considère comme une école où l'on envoie nos soldats se former à l'étude de la guerre. Mais si les règlements nous forcent à ne pas sortir du domaine purement scientifique, on nous permettra cependant de dire que les habitants de la Champagne ont plus pardonné à l'étranger les victoires qui l'ont amené deux fois au sein de notre patrie que le pillage et l'incendie qui signalaient sa marche. Eh bien, nous regrettons de trouver dans seize endroits du livre de M. Bertherand des phrases comme celles-ci : « On amena devant les tentes des malades un petit prisonnier âgé de sept à huit ans, surpris au fond d'une cachette dans les ruines d'Afensou : il avait *tenté* de décharger son pistolet sur un de nos officiers ; il avait fallu le désarmer de vive force, et il était traversé de plusieurs coups de baïonnette. » (P. 221.)

« Les Beni-Djennad ont profité des premières heures de paix pour venir inspecter les ruines de leur ancien village et tâcher de reconnaître dans ce chaos quelques vestiges des maisons et du mobilier. Aujourd'hui pas un toit n'existe sur ses murailles démantelées, avec des charpentes encore fumantes, avec d'immenses jarres dont les flancs *ouverts à coups de baïonnette* ont laissé s'écouler d'abondantes récoltes d'huile. » (P. 36.)

« Le bruit de la mousqueterie a fait place au grincement de la scie, au martellement des haches, au craquement des arbres à fruits dilacérés, au pétillement de l'incendie ; triste, mais nécessaire châtiment... » (P. 95.)

« Des appareils grossiers de tissage, de forge et de menuiserie, quelques outils... Ce maigre butin passe pour indigne aux yeux du soldat français. Le spectacle d'un bel incendie *le défrayera beaucoup mieux de ses peines !* Et le feu brille aux quatre coins d'Aït-el-Hassen. » (P. 273.)

Ce n'est pas à M. Bertherand que nous devons nous en prendre du sentiment pénible qu'a éveillé en nous la lecture de plusieurs passages de son livre. Histoire fidèle, il ne pouvait que rapporter les faits dont il avait été témoin, et il l'a fait certes avec la plus entière bonne foi, ce que nous venons de dire le prouve surabondamment.

Mais pour nous médecins, ce qui doit surtout nous intéresser dans l'intéressante narration de l'auteur, c'est la partie médicale, et nous ne pouvons qu'adresser à M. Bertherand des éloges sincères, non-seulement pour la manière dont des faits très divers sont rapprochés et mis en lumière, mais sur les enseignements que renferme ce livre, qui, utile à tous ceux qui s'occupent de science chirurgicale, le sera surtout à nos confrères de l'armée, en leur montrant comment l'auteur a su, dans des circonstances difficiles, créer autour de lui les ressources que nécessite le service d'une armée en expédition dans un pays regardé longtemps comme inaccessible.

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

Obsèques de Bretonneau à Tours.

Les obsèques de M. le docteur Bretonneau ont eu lieu le mercredi 7 mai, au milieu d'un concours immense. Les cordons du catafalque étaient tenus par le préfet d'Indre-et-Loire et le maire de Tours, par MM. les professeurs Bouillaud, Velpeau et Trousseau, et M. Herpin, directeur de l'École de médecine de Tours.

Le corps a été déposé dans un monument élevé dans le petit cimetière de Saint-Cyr, auprès du jardin que M. Bretonneau cultivait avec tant de plaisir dans les vingt-cinq dernières années de sa vie. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. Nous avons reçu ceux de MM. Velpeau et Trousseau : on y trouvera un tableau plein d'intérêt de la vie de l'illustre défunt, et une juste appréciation des services qu'il a rendus à la science. Tout le monde verra sans doute, comme nous, un beau et noble spectacle dans la déférence de ces deux grandes illustrations médicales faisant hommage de tous leurs succès à leur premier maître, et semblant oublier ce que la réputation du maître a gagné de son côté au succès de tels disciples.

A. D.

DISCOURS DE M. VELPEAU.

C'est la dépouille mortelle d'un grand nom, d'une rare intelligence, messieurs, qui nous rassemble au seuil de cette tombe. M. Bretonneau, dont je ne puis et ne veux en ce lieu, à ce moment, qu'effleurer la vie, a laissé sur son passage, en effet, une lumière assez vive, une empreinte assez profonde, pour que nos neveux ne l'oublient pas plus que ses contemporains.

S'il a brillé avec éclat au milieu des hommes éminents de son siècle, s'il a fixé sur lui l'attention des savants, s'il était recherché d'un bout de la France à l'autre, ce n'est point au hasard, à la fortune, aux faveurs des grands, qu'il a dû son illustration ; il ne l'a en aucune façon recherchée ; elle ne lui est venue ni de la chaire des écoles, ni de la tribune des académies, ni du tourbillon de la capitale ; il l'a conquise sans y penser, en dehors des théâtres retentissants des excitations de la foule et presque sans sortir de son berceau ! Sans en méconnaître l'importance, il est resté étranger aux secousses, aux crises sociales de son temps. Les sciences seules l'ont captivé, ont absorbé son existence tout entière.

Digitized by Google

A Paris, vers 1805, condisciple de Récamier, de Bayle, de Cayol, de Dupuytren, ami intime de Guersant, de Duméril, et un peu plus tard des deux Cloquet, il s'était déjà fait distinguer entre de pareils émules; mais, froissé, injustement traité (dit-on) à un acte probatoire, il quitta brusquement la capitale avec des grades incomplets, et revint se fixer au lieu de sa naissance, à l'ombre d'une grande et noble famille (les Dupin, les Villeneuve) du pays. Son intelligence, son savoir n'en prirent pas moins leur essor; toute la contrée en fut bientôt émerveillée; les hommes sensés du voisinage, le préfet du département, M. de Kergoriou en tête, ne tardèrent pas à sentir que Bretonneau était né pour de plus hautes destinées, qu'il était digne d'un hôpital, au sein d'une grande ville. Comment faire? En pareil cas, on exige le titre de docteur, et Bretonneau n'était qu'officier de santé. Reparaître aux examens n'était point de son goût. Il le faut néanmoins. On le prie, on l'excite; Duméril, Guersant, la famille Cloquet, le provoquent. Enfin, il cède, et le voilà de nouveau sur les bancs de la Faculté, où il soutint en 1815 une thèse qui étonna ses juges, et qui fut une sorte d'événement dans l'école. En règle cette fois avec l'Université, armé du diplôme indispensable, il se hâte de rentrer à Tours, prend possession du service qui l'attendait, et s'installe à la tête de l'hôpital qu'il a tant illustré depuis.

Ses vœux sont ainsi comblés, dépassés. A cette époque, les esprits avancés pressentaient des orages qui allaient bientôt éclater dans la profondeur des doctrines médicales. La nosographie de Pinel chancelait sur ses bases. Prost avait entrevu la source des fièvres graves. La monographie de MM. Petit et Serres avait ouvert les yeux des observateurs sérieux. De tous côtés, l'essentialité des fièvres continues était menacée. Bretonneau, qui le savait, qui s'en était expliqué dès 1812 avec Guersant et Duméril, n'eut d'abord rien tant à cœur que de s'assurer du fait; une calamité publique lui vint pour ainsi dire en aide, par le fait d'une épidémie cruelle qui envahit le département de 1816 à 1819, l'hôpital se trouva bientôt encombré de fièvres graves. Aussi la vérité se fit-elle rapidement jour. Au lit des malades comme à la salle de dissection, il devint évident que la doctrine de Pinel était fausse, que Prost, que MM. Petit et Serres avaient raison. M. Bretonneau alla plus loin; au lieu de s'en tenir, comme les auteurs du TRAITÉ DE LA FIÈVRE ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE, à l'indication d'ulcères intestinaux et d'engorgement des ganglions, il reconnut aussitôt que le siége précis du mal était dans les glandes, glandules ou follicules de tout le tube digestif, que l'affection consistait en une éruption devant parcourir diverses phases sous l'influence d'un état général, en partie comparable à la variole, et que les ganglions ne s'altéraient que secondairement. Pour comprendre l'importance de ce grand fait, de ce premier fleuron de la couronne scientifique de M. Bretonneau, il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qui a été dit depuis, sur ce qui se dit encore aujourd'hui de la doctrine des fièvres essentielles ou graves.

Une autre épidémie non moins meurtrière, le croup, vint affliger la Touraine en même temps que la précédente. Bretonneau entrevit sur-le-champ que l'angine gangréneuse, l'ulcère syriaque, le chancre aquatique, le croup, l'angine couenneuse, etc., qui avaient traversé les siècles comme autant d'affections distinctes, n'étaient au fond qu'une seule et même maladie. De là une des belles conquêtes médicales des temps modernes, une de ces vérités qui changent le courant des idées d'une époque; c'est de là enfin qu'est sorti le célèbre TRAITÉ DE LA DIPHTHÉRITE, ouvrage qui eut un retentissement immense et qui, avec l'histoire de la dothiénentérie, ébranla violemment la doctrine de Broussais, alors dans toute sa vogue.

Témoin alors des efforts, des recherches de M. Bretonneau, admirateur des ressources de son esprit, chargé par lui de recueillir les faits, de suivre ses malades pendant quatre années, je devrais peut-être, comme ami, comme élève d'il y a quarante-cinq ans, m'étendre sur le mouvement qu'il a imprimé, sur les services qu'il a rendus à la science en général, par ses idées sur la spécificité, sur les fièvres intermittentes, sur l'action des médicaments aussi bien que sur la dothiénentérie et sur les inflammations couenneuses; mais cette tâche revient de droit à M. Trousseau, celui de ses anciens élèves qui m'a succédé, qui a le mieux compris, qui est devenu, qui est resté le brillant interprète des doctrines de notre maître commun, et qui les a si noblement, si habilement fécondées!

Pour être équitable envers Bretonneau, il ne faut pas le mettre en regard du commun des hommes, en évaluer les actes d'après les conventions vulgaires. Figure à part, vigoureusement burinée par la nature dans le type humain, il ne pensait, n'agissait point comme les autres. Sa vie ne ressemblait à celle de personne; il veillait ou se reposait à toute heure; le chaud, le froid lui étaient indifférents. Sans choix du lieu ni du sujet, il s'occupait, il causait volontiers de tout; je l'ai vu dormir à cheval, en allant de Tours à Chenonceaux, sans chanceler et même en causant. Dans la conversation, près des malades, il s'endormait au milieu d'une phrase sans en perdre le fil, et la reprenait en se réveillant quelquefois à l'insu des interlocuteurs.

Son régime n'avait rien de plus fixe; il mangeait et buvait sans suite, la nuit aussi bien que le jour, sans y songer, sans tenir compte des heures de repas de la famille. Tout était spontané dans ses actes, et sans souci de l'avenir. Point de plan, point de cadre disposé à l'avance. Un objet le frappe, il s'y attache, et dès lors rien ne peut l'en distraire.

Occupé de la diphthérite et de la dothiénentérie, il tournait le dos dès qu'on lui parlait d'autre chose. Si l'on sonnait à sa porte: « Allez voir, mon ami, me disait-il, s'il s'agit de mal de gorge ou de fièvre, nous irons; sinon, répondez que je n'y suis pas. » Si, en revenant de l'hôpital, on le laissait mettre le pied dans son jardin, il en était de même. Ses malades étaient oubliés. On ne pouvait plus l'en tirer. Les légumes, les marcottes, la greffe, le provignage, la culture des végétaux enfin, l'absorbaient à leur tour.

En opérant une cataracte, il trouve que la tige des aiguilles usuelles est mal faite. Vite il en conçoit une autre (celle dont on se sert aujourd'hui), et, crainte d'être mal compris par l'ouvrier, il la fabrique lui-même. Pendant trois jours, nous ne pouvons pas le sortir de sa forge improvisée. Une autre fois il imagine des tubes à vaccin. Le voilà aux prises avec la lampe d'émailleur, armé de verre qu'il fond, qu'il tourne et retourne, tant et si bien qu'il en sort des tubes longtemps préférés à tout autre, et que la médecine fut encore pour un moment mise de côté.

Un tel caractère le rend presque insaisissable. Il voit beaucoup de malades cependant. Toutes les familles notables de la contrée et des départements voisins se le disputaient à l'envi. Il était souvent appelé au sein même de la capitale, et le rayon de sa clientèle n'a jamais eu d'analogue chez aucun praticien de province. Chaque malade devenait pour lui un *fait* à élucider. Il le voyait à toute heure, de lui-même, souvent ou rarement, selon qu'il le trouvait utile. Il restait à son lit une heure, une demi-journée ou un moment, sans mesure du temps, veillant *de visu* à ce que la médication fût ponctuellement exécutée, l'exécutant lui-même au besoin.

Original, absolu dans ses opinions, n'aimant pas les discussions oiseuses, il se soumettait avec peine aux exigences conventionnelles des consultations à plusieurs. Ses distractions lui faisaient d'ailleurs souvent manquer les rendez-vous à heure fixe. Un jour trois confrères l'attendaient près d'un client. Trois quarts d'heure se passent; ne le voyant pas, tout le monde se retire. Il était à la cuisine depuis une heure, discutant sur la composition d'une préparation culinaire! Un candidat de ses amis lui écrit qu'il aurait besoin de son influence bien connue sur un des juges. Le lendemain il est à Paris; mais, au sortir du chemin de fer, il rencontre des savants connus. Des questions épineuses sont soulevées, des visites au Muséum, au Jardin des plantes, au Collége de France, deviennent nécessaires. Bref, oubliant le motif de son voyage, il rentre à Tours sans avoir vu ni le candidat ni le juge! Les traits de cet ordre pullulent dans la vie de Bretonneau.

Au fond, le mobile de ses travaux, de ses recherches n'a jamais été ce que le monde se plaît à supposer chez les hommes hors ligne. Ce n'était ni l'amour-propre ni l'amour de la gloire ou de la renommée; il cherchait l'inconnu. Son unique ambition était d'arriver à *ce qui est*, à la vérité; de la dégager de ses entraves ou de ses ombres. Ce qu'il soupçonne, il le poursuit avec une ardeur, une persistance inouïes. Nul obstacle ne l'arrête. Pendant les épidémies de maux de gorge et de fièvres graves, les médecins de la ville, étonnés des doctrines nouvelles, objectent que, dans leur clientèle, les choses se passent autrement qu'à l'hôpital. Comment s'assurer de leur erreur? Que va-t-il faire pour les détromper? L'examen des cadavres seul peut en décider. Oui, mais les familles n'y consentiront point ou en seront alarmées. D'autre part, les confrères s'en soucient peu. Cependant il le faut; la question l'exige, en vaut la peine; aller au cimetière à l'insu des vivants, la loi, les gardiens de la cité le défendent. Le jour c'est impossible; mais, après le couvre-feu, l'autorité, à demi prévenue, peut, en faveur du motif, dormir ou faire semblant de dormir. On se risque donc. Nous voilà chaque nuit, vers deux heures, armés d'échelles, escaladant les murs comme des malfaiteurs. Trente-six autopsies de sujets morts de diphthérite ou de dothiénentérie sont ainsi obtenues dans l'espace de quelques mois. A diverses reprises on se douta de nos profanations. Par deux fois même, des habitants effrayés tirèrent sur nous; à tel point qu'il m'en reste encore un grain de plomb dans le haut de la cuisse, à moi qui lui servais de complice dans ses évolutions nocturnes. Mais aussi le bienfait humanitaire, la question scientifique, se trouvèrent ainsi résolus, ne laissèrent plus l'ombre d'un doute; la maladie avait produit des lésions parfaitement identiques à l'hôpital et à la ville!

Maintenant, Bretonneau va profiter de ses découvertes, il va écrire aux journaux, aux Académies. Point. Il les raconte à tout le monde, au risque d'en être dépouillé, il ne les rendra publiques par aucune voie. Il a fallu toute notre insistance, à M. Trousseau et à moi, pour l'amener aux rares publications sorties de sa plume.

En 1818, alors que la question des maux de gorge était à ses yeux nettement élucidée, j'eus avec lui un colloque dont voici le résumé: « Il faut aller à Paris. — Eh! mon ami, pourquoi faire? — Pour divulguer ce que vous avez trouvé et vous faire connaître; pour vous faire

de la réputation. — Oh ! je n'y tiens point, vraiment. — Ne pensez-vous pas au moins que le monde médical a besoin, sera heureux de savoir les vérites qui ressortent de vos recherches ? — Ma foi, qu'ils les cherchent, ma curiosité à moi est satisfaite, je sais à quoi m'en tenir, je n'ai pas à m'occuper du reste. »

Il est là tout entier. Ce n'était, croyez-le, ni modestie mal entendue, ni dédain d'un fol orgueil, c'était l'indifférence naturelle qu'il a conservée toute sa vie pour les distinctions ostensibles de la vie sociale.

L'Institut, l'Académie de médecine, l'ont spontanément inscrit parmi leurs membres. Il s'en souvenait à peine quand il venait à Paris, et n'assistait presque jamais à leurs séances. L'École de Tours, sa fille bien-aimée, va être réorganisée ; pour qu'il en soit le directeur, le premier professeur, le ministre lui fait faire les plus séduisantes propositions. Non, faire des leçons, gouverner, est trop antipathique à ses instincts ; il en a même assez de l'hôpital, et c'est dans son délicieux jardin de Palluau, qu'il va se reléguer pour éviter l'importunité de trop nombreux malades.

Bretonneau était un esprit chercheur et libre, pénétrant, profond, un observateur scrupuleux, attentif, sagace, plein d'initiative. Tout ce qu'il abordait, il le creusait à fond ; rien ne sortait de ses mains sans avoir été modifié, amélioré, complété. Si tout ce qu'il a fait ou trouvé d'utile, soit en médecine, soit en horticulture, était écrit, la science aurait de lui de nombreux volumes. Que de richesses accumulées dans son jardin, par exemple, et quel malheur que tant de produits précieux n'aient point été coordonnés, décrits, mis en lumière, à la portée de ses successeurs !

D'un esprit plus fin que vaste, les hautes questions de philosophie générale, les horizons sans bornes, les abstractions n'étaient point de son goût. Avec des pensées calmes, il excellait dans l'étude des faits positifs ; quoique circonspect, il cédait aux doux entraînements de la science, sans égard pour le bruit extérieur, sans grand souci de heurter les opinions reçues ou les préjugés du jour. Avec sa science variée, souvent émaillée d'une fine et douce bonhomie, avec son esprit délié, légèrement sarcastique ou railleur, il était d'une conversation agréable, attachante, instructive. Des aperçus nombreux ou inattendus manquaient rarement de se trouver au fond de ses entretiens, quel qu'en fût le sujet.

Avec l'estime dont il jouissait, recherché comme il l'était, Bretonneau devrait avoir une grande fortune, elle eût été mille fois légitime. Mais non ; il n'y a jamais songé, pas plus qu'à la célébrité. Aucun client n'a reçu de lui la moindre demande, l'indication d'un chiffre quelconque. Ses malades l'honoraient ou s'en dispensaient à leur guise, il n'y faisait nulle *attention*. *Des sommes importantes* lui sont advenues cependant, car tous les clients ne sont pas ingrats ; mais en profitait qui voulait. Il ne savait point s'en servir ni les mettre à l'abri. Vivant au jour le jour, il donnait à qui lui demandait.

Naturellement bon, il ne savait rien refuser aux siens. D'un dévouement sans borne, il était toujours prêt quand il s'agissait de service à rendre. Le fils d'un de ses amis, est menacé d'ictère à Paris ; clients, hôpital, devoirs de toute sorte, rien ne l'arrête, il quitte tout, et le lendemain matin il est au chevet du jeune homme qui, lui, se trouvait à peine indisposé !

Son attachement était extrême : qu'il me pardonne d'en rappeler une preuve personnelle ! Je ne comptais rester que quelques mois à Paris quand je me séparai de lui, en 1820. Devinant, au bout de deux mois, que mes ressources financières touchaient à leur fin, et qu'il me faudrait bientôt renoncer à la capitale, il se concerta, sans m'en rien dire, avec mes deux autres maîtres de l'hôpital de Tours, MM. Leclerc et Mignot, pour composer une bourse de deux cents francs, qui m'arrivent un matin (jour le plus riche de ma vie), avec le conseil de rester l'hiver au foyer universel de la science et des lumières !

Cœur généreux, tendre, parfois irréfléchi, il était heureux ou malheureux à l'excès, selon que ceux qu'il affectionnait étaient contents ou tristes. La souffrance d'un ami, d'un parent le mettait hors de lui. Je l'ai vu dans des angoisses sans nom près d'une mère qu'il avait conduite à Paris pour se faire opérer d'une tumeur sus-claviculaire, et plus encore près d'une dame chez laquelle il venait de reconnaître un cancer de la matrice.

Sa sensibilité, son âme, parfois exaltées, expliquent sans contrainte, aux yeux de ceux qui l'ont bien connu, les nœuds en apparence étranges ou disproportionnés qu'il a formés au début comme au déclin de sa carrière, nœuds auxquels il est resté fidèle avec la soumission d'un fils ou la tendresse d'un père. Assez impressionnable pour tomber en syncope près d'un ami que M. Gouraud opérait de l'empyème, ou près d'un parent, à l'aspect du couteau de M. Roux, il pratiquait lui-même les plus délicates opérations sans hésitation, avec la fermeté d'un chirurgien consommé.

Son caractère excentrique, son originalité de tous les instants, son insouciance des habitudes sociales ne l'empêchaient point, quand il le voulait, d'être, dans le commerce du monde, un homme de distinction et fort recherché de la bonne compagnie, de s'être créé dans toutes les classes des amitiés solides, auxquelles il s'est toujours montré sensible et fort attaché ; mais, hélas ! tout est transitoire et fragile ici-bas. Les amis de Bretonneau ont eu la douleur de voir de si belles facultés s'engourdir peu à peu, et sa grande âme se livrer, comme égarée, à des efforts mal réglés avant de rompre ses liens terrestres et de remonter vers la source divine !

Quoi qu'il en soit, une grande place lui est réservée dans l'histoire : la Touraine aura lieu de s'enorgueillir de lui avoir donné naissance, de l'avoir conservé parmi ses enfants tout le temps de sa gloire. Si Descartes, si Rabelais, si P.-L. Courrier, si tant d'autres encore sont comme lui nés au sein de notre beau pays, il en est peu en effet qui, comme Bretonneau, ne soient point allés chercher la grandeur hors de la contrée, et jamais la ville de Tours n'avait vu au milieu d'elle un nom médical porté si haut, entouré d'une aussi splendide auréole ; parmi les hommes d'élite de sa patrie. Enfin, Bretonneau restera distinct de tout autre après sa mort, comme il n'a cessé de l'être pendant sa vie.

A tous ces titres vénérés, maître, nous te saluons, et, après cet ultime adieu, permets à un des premiers disciples que tu aies honoré de tes faveurs et de ton amitié, de rappeler ici ton image devant les yeux, tes bienfaits dans la mémoire, la reconnaissance qu'il te conserve au fond du cœur, et qu'il te prie, en soulevant une dernière fois ton linceul, de ne point oublier dans le sein de l'Éternel !

DISCOURS DE M. TROUSSEAU.

Messieurs,

Après ce que vous venez d'entendre, il ne me reste à dire que bien peu de chose de l'homme illustre que la mort vient de nous enlever. Les premiers travaux de Bretonneau à l'hôpital de Tours, auxquels M. Velpeau a pris une part si active, ont été caractérisés surtout par des recherches laborieuses qui devaient jeter un grand jour sur la pathologie, et lui font subir, dans notre pays, une révolution qui devait plus tard s'étendre plus loin.

C'est pendant les quelques années que j'ai passées moi-même à l'hôpital de Tours, vivant dans l'intimité affectueuse d'un homme qui, jusqu'à la fin de sa vie, m'a traité comme un fils, que s'est formulée dans son esprit sa grande doctrine *des maladies spécifiques*, à laquelle il avait été en quelque sorte fatalement conduit par ses découvertes sur la diphthérie et sur la dothiénentérie. Ce fut là le point de départ de ses doctrines, et en 1826, il commença une publication sur la diphthérie, qui n'était que le prélude de travaux doctrinaux plus importants qu'il devait publier successivement, mais qu'il a laissés imparfaits, confiant à ses élèves le soin de terminer ce qu'il avait commencé.

Avec une ardeur de conception et un génie d'intuition bien rare, Bretonneau voulait appliquer à toute la pathologie ce qu'il avait découvert pour la diphthérie et la dothiénentérie ; il voulait prouver la spécificité de toutes les maladies, démontrer qu'elles pouvaient, qu'elles devaient toutes, si on les observait avec une attention suffisante, se ranger dans une classe, dans un genre, dans une espèce distincts, et ses connaissances si précises en histoire naturelle l'entraînaient malgré lui dans une voie où l'illustre Pinel s'était perdu, abusé par le même désir de composer, de classer les espèces nosologiques.

Mais il y eut entre Pinel et Bretonneau cette différence immense ; c'est que le premier, la classe nosologique une fois déterminée, enfermait dans un cercle de fer toutes les espèces subordonnées, et leur infligeait une thérapeutique étroite et en quelque sorte stéréotypée ; tandis que Bretonneau croyait n'avoir rien fait pour le traitement quand il avait constitué son espèce morbide.

Il pensait que chaque semence morbifique donnait lieu à une maladie spéciale, comme chaque semence donne lieu, en histoire naturelle, à une espèce déterminée ; et comme chaque espèce animale ou végétale a une origine, une évolution spéciales, chaque espèce maladive devait, avec un génie spécial, réclamer un traitement spécifique.

La pathologie, la thérapeutique marchaient donc avec une incessante émulation vers le grand but de l'art de guérir ; mais elles marchaient en s'aidant de l'expérimentation, commençant aux plantes, aux animaux, finissant à l'homme malade.

Beaucoup d'entre vous, messieurs, avez connu Bretonneau. Il aimait l'étude passionnément, mais il se plaisait à exercer son intelligence et son application sur des objets qui semblaient singulièrement étrangers à la médecine. Très jeune encore, alors qu'il recevait les conseils maternels et presque les leçons d'une femme célèbre, madame Dupin (de Chenonceaux), il l'avait entendue lui dire : « Mon enfant, souviens-toi que ce que l'on sait souffre toujours de ce que l'on ne sait pas. » Pensée profonde exprimée peut-être avec un peu d'afféterie. Bretonneau n'avait oublié ni le conseil ni la forme dans laquelle il lui avait été donné, et, encore adoles-

Digitized by Google

cent, il se jetait avec passion dans l'étude de l'histoire des sciences naturelles.

Or, au rebours de ceux d'entre nous qui s'éloignent d'autant plus de la médecine qu'ils s'occupent davantage de ce que nous appelons les sciences accessoires, Bretonneau n'étudiait jamais un point de physique, de chimie, de zoologie, de botanique, que cette étude ne fit jaillir de son esprit une application à la médecine pratique. Que de fois il nous étonnait, dans les causeries familières de l'hôpital de Tours, dans les promenades au milieu du jardin où il passait les meilleures années de sa vieillesse, par un rapprochement quelquefois étrange, toujours ingénieux, entre les faits les plus vulgaires et la médecine pratique, à laquelle tout le ramenait, même par les voies les plus détournées.

Il connaissait à merveille et la physiologie et la pathologie des plantes, et il passait sa vie à des expériences dont il tirait un grand parti pour la physiologie, pour la pathologie de l'homme.

A l'époque où j'eus le bonheur de devenir son élève, et un peu plus tard l'honneur extrême de devenir son ami, il commençait, sur les animaux, une longue série d'expériences qui lui permirent de constituer la pathologie humaine sur de nouvelles bases, et de fonder expérimentalement la grande et féconde théorie dont je vous ai parlé tout à l'heure, celle de la spécificité des maladies.

Mais, guidé par l'instinct puissant du praticien, qui voulait fonder la thérapeutique, c'est-à-dire l'art de guérir sur d'aussi larges bases, il commence et continue durant une longue série d'années ces expériences ingénieuses sur l'action des médicaments, expériences qui constituèrent la thérapeutique telle qu'elle est aujourd'hui enseignée partout.

Il fonde, en thérapeutique la doctrine des médications spécifiques, comme il avait constitué en pathologie celle des maladies spécifiques, et dès lors le but du praticien est clairement tracé. « Étant donnée une maladie, locale ou générale, trouver empiriquement et expérimentalement le remède ou les remèdes spécifiques. »

C'est encore dans l'école thérapeutique, et après de longues et laborieuses expériences sur les plantes et les animaux, qu'il fonde la grande théorie de la substitution ; théorie aussi féconde que sont stériles et ridicules les théories mensongères de l'homœopathie.

Mais je m'aperçois, messieurs, que malgré moi je me laisse entraîner à parler un peu trop longuement du savant illustre auquel la postérité donnera une si grande place ; il m'était difficile, à cette heure suprême, de ne pas payer un juste tribut de profonde affection, de respect et d'admiration à l'homme dont je ne veux plus me souvenir maintenant que pour le remercier de m'avoir fraternellement tendu la main quand j'étais jeune et pauvre, de m'avoir soutenu toute ma vie de ses conseils et de son amitié, et de m'avoir introduit dans une carrière et dirigé dans une voie où, sans le reflet de son génie, je fusse resté enseveli dans l'obscurité d'où m'a tiré la vulgarisation de ses doctrines et de son enseignement.

Affaire Pamard. — L'affaire Pamard entre dans une nouvelle phase. Indépendamment de l'appel interjeté par les journaux politiques condamnés en police correctionnelle pour diffamation contre notre confrère avignonnais, voici que le promoteur même de tout ce bruit, l'Indépendance belge, est assignée à comparaître *devant la justice française* dans la personne de son rédacteur en chef. Nous croyons savoir que la compétence des tribunaux français sera déclinée, et que, à cet égard, les avis de jurisconsultes éminents sont partagés.

Quoi qu'il arrive, on ne peut s'empêcher de remarquer la singulière figure de l'Académie de médecine dans ce conflit. Il s'agit de savoir si elle compte ou non parmi ses membres correspondants un médecin qu'on nomme. Cela se discute, se plaide, se juge à côté d'elle, et pas une lueur d'éclaircissement ne vient de ses bureaux. C'est une situation qu'ont peine à comprendre ceux qui ont, comme nous, le vif désir de voir mettre fin à ces tristes débats. Si M. Pamard est académicien, il faut le dire, pour son honneur ; s'il ne l'est pas, il faut le dire, pour l'équité ; si l'Académie n'en sait rien, il faut le dire encore, pour ne pas laisser imputer à la mauvaise foi, à la diffamation, ce qui ne serait qu'une erreur involontaire, ou même inévitable, d'appréciation. A. D.

Étude de la pellagre. — M. Landouzy, professeur de clinique médicale à l'école de Reims, désireux d'étendre ses recherches sur la pellagre, prie ses confrères de France et de l'étranger qui auraient occasion d'observer la maladie dans leur clientèle ou dans les hôpitaux, de bien vouloir lui donner communication de leurs notes. Il s'empresserait de les leur renvoyer après en avoir pris connaissance. Nous croyons devoir rappeler, à ce sujet, que le symptôme le plus expressif de la pellagre consiste dans un érythème squameux survenant au dos des mains, entre mars et juin, et revenant plus ou moins régulièrement à chaque printemps pendant de longues années. En l'absence de cet érythème, la pellagre n'en existe pas moins, et elle se reconnaît alors principalement à une tristesse profonde, avec tendance au suicide, à un affaiblissement général avec vertiges, et à des accidents entéritiques constitués surtout par la diarrhée et la dysenterie.

— M. le professeur Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre de son cours au collége de France le mercredi 7 mai, à midi et demi, et le continuera les mercredi et vendredi à la même heure.

— M. Wecker, docteur des facultés de Würzbourg et de Paris, ouvrira un cours clinique d'ophthalmologie au dispensaire de feu M. le docteur Deval, le lundi 12 mai, à midi. Le cours sera public et aura lieu tous les jours de midi à deux heures, rue des Marais-Saint-Germain, 18.

— Le corps médical vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Loiseau (de Montmartre), connu pour sa méthode de cathétérisme du larynx en cas de croup, et ses travaux sur les affections couenneuses. Il est mort victime de son dévouement et de son zèle. Après une nuit passée presque entièrement près d'un enfant opéré de la trachéotomie par le croup, il éprouva les atteintes d'une angine couenneuse qui fut conjurée ; mais un érysipèle de la face survint, qui épuisa ses forces, et il succomba.

— M. le docteur Matice a été nommé médecin de la Pitié, M. Mesnet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; M. Axenfeld, médecin de la direction des nourrices.

— Par suite de la non-acceptation de MM. Monod et Alphonse Guérin, les juges du concours pour une place de chirurgien du bureau central, qui a commencé le 29 avril dernier, sont MM. Denonvilliers, Manec, Désormeaux, Follin et Delpech, juges titulaires ; MM. Voillemier et N. Guillot, juges suppléants.

Les candidats à ce concours sont MM. Bastien, Duchaussoy, de Saint-Germain, Guyon, Houël, Le Fort, Legendre, Liégeois, Panas, Parmentier, Pean, Rambaud et Sée.

— La commission administrative de la Société centrale des médecins de France dans sa dernière réunion, et à l'occasion de la mort récente et si regrettable de M. le docteur Cazeaux (1), membre de cette commission, a adopté la proposition faite par M. Michel Lévy, qu'une députation de la commission assiste désormais aux obsèques des membres de la Société qu'elle aura le malheur de perdre, et leur adresse un adieu suprême au nom de l'Association.

Dans la même séance, la commission administrative a décidé qu'une lettre de félicitations serait adressée en son nom à M. Rayer, président de l'association générale, à l'occasion des nouvelles fonctions dont il vient d'être investi, et qui ne peuvent avoir sur l'œuvre qu'une influence favorable.

— On annonce la mort de MM. les docteurs Baumers (de Lyon) et Bachelier (du Mans).

— M. Moreau, médecin-major de première classe au 3e régiment des voltigeurs de la garde impériale, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Fevez (d'Amiens) a été nommé président de la Société de secours mutuels du département de la Somme.

(1) Nous publierons dans le prochain numéro une *Notice* sur Cazeaux, lue par M. Boys de Loury à la Société de médecine de la Seine.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Nouvelle doctrine syphilographique du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, suivie d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur *Edmond Langlebert*. Nouvelle édition, revue et augmentée du *Compte rendu* de M. Cullerier à la Société de chirurgie. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 25 FRANCS PAR AN.

TOME IX. | PARIS, 16 MAI 1862. | N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle. I. Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Graines de citrouille contre le ténia. — Présence du sucre dans l'urine normale. — Formules de quelques glycérolés. — Conservation des fleurs et feuilles médicinales. — Empoisonnement par la tanaisie. — *Æsculus glabra* contre les fièvres intermittentes. — Chicorée dans le café. — *Chaulmoogra* contre les affections cutanées. — II. **Histoire et critique.** Doctrines modernes de la syphilis (3e article). — III. **Travaux originaux.** Pathologie chirurgicale : Sur deux nouvelles causes et sur une nouvelle méthode curative de la blépharoptose. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine : Notice sur le docteur Gazeaux. — V. **Revue des journaux.** Recherches sur la température cutanée et sur les caractères de l'urine dans la fièvre scarlatine. — Des fièvres pernicieuses de la Cochinchine et de leur étiologie. — De la rétinite leucémique. — De l'embolie de l'artère centrale de la rétine. — VI. **Bibliographie.** Traité élémentaire de physiologie humaine. — VII. **Variétés.** Discours prononcé par M. Bouillaud aux obsèques de Bretonneau. — Erratum. — VIII. **Feuilleton.** De l'hygiène au bord de la mer.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés en date du 12 mai 1862, M. PARIS est nommé professeur suppléant pour la chaire d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

M. AUBRÉE, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rennes, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École.

M. REGNAULT est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rennes, en remplacement de M. Aubrée, appelé à d'autres fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 15 mai 1862.

Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : GRAINES DE CITROUILLE CONTRE LE TÉNIA. — PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE NORMALE. — FORMULES DE QUELQUES GLYCÉROLÉS. — CONSERVATION DES FLEURS ET FEUILLES MÉDICINALES. — EMPOISONNEMENT PAR LA TANAISIE. — ESCULUS GLABRA CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — CHICORÉE DANS LE CAFÉ. — CHAULMOOGRA CONTRE LES AFFECTIONS CUTANÉES.

La graine de citrouille, dont plusieurs médecins se sont servis avec succès pour expulser le ténia (*Gazette hebd.*, t. VIII, p. 211, 313, 337), a produit des effets avantageux chez quelques malades qui avaient résisté à l'action du kousso et de la racine de grenadier. La guérison des individus atteints du ténia a non-seulement été observée en Europe, mais aussi dans l'Amérique du Sud, à Buénos-Ayres, comme le démontre un travail intéressant de M. le docteur Podesta. Ce fait nous

---

FEUILLETON.

De l'hygiène au bord de la mer.

(Premier article.)

Quand on se reporte à vingt ans dans le passé, on est vraiment étonné de certains changements apportés aux habitudes en France. C'est ainsi que tous les ans, aux premières chaleurs de l'été, nous sommes assaillis par un désir ou même un besoin de locomotion, qui s'est comme incarné dans notre existence. Bien des gens ne comprennent pas qu'on puisse rester chez soi quand a sonné l'heure de la villégiature, et se regarderaient comme très malheureux ou comme menacés d'un danger pour leur santé s'ils étaient condamnés à l'immobilité. D'un autre côté, que de plaintes ne profèrent pas ceux que la nécessité enchaîne?

Le but le plus fréquent, et bien certainement le plus utile qu'on se propose dans cette sorte de course centrifuge, est l'amélioration de la santé, soit par les conditions hygiéniques nouvelles qui résultent du voyage et du changement d'air, soit par les modifications thérapeutiques qu'on rencontre aux sources d'eaux minérales et aux bords de la mer. L'affluence des valétudinaires et des malades sur des points désignés à l'avance comme station d'hygiène ou de cure sanitaire, n'a pu se faire sans qu'aussitôt des monuments splendides ou au moins des appropriations locales destinées aux agréments de la vie et aux besoins d'un traitement, ne soient venus donner satisfaction à tous les désirs et lutter de puissance d'attraction; sans qu'aussi des médecins se vouant spécialement à l'étude de cette nouvelle branche de thérapeutique ne soient venus en prendre la direction, et n'aient bientôt fait connaître des faits assez nombreux et assez rigoureusement observés pour servir de base à une science nouvelle, la science hydrologique. On peut dire que cette science est fondée aujourd'hui; elle a son foyer principal ou du moins son centre dans la Société d'hydrologie médicale de Paris; elle possède de nom-

semble d'autant plus curieux à noter qu'il permet de tirer cette conclusion que ce n'est pas seulement le *Cucurbita Pepo* qui jouit des propriétés anthelminthiques, mais bien plusieurs, et probablement toutes les Cucurbitacées. Ce remède, devenu populaire à Buénos-Ayres, a été expérimenté pendant six ans par M. le docteur Podesta, qui a obtenu une série de succès remarquables. Quand la présence du ténia a été diagnostiquée, M. Podesta soumet le malade à une diète sévère, et lui interdit toute boisson sucrée; vingt-quatre heures après il administre le médicament, généralement le soir; le lendemain matin on purge le malade, et le ténia est expulsé avec les produits de la purgation; l'animal offre ce phénomène constant et singulier qu'il est toujours noué vers la partie moyenne de son corps; le ténia n'est presque jamais expulsé en entier après la première prise du médicament, et souvent on est obligé d'y revenir trois mois après; rarement on est obligé de répéter la médication un plus grand nombre de fois. Les enfants paraissent plus rebelles à l'action des semences de citrouille que les adultes, et souvent on est obligé, chez eux, de revenir à trois ou quatre reprises à la charge. On fait prendre au malade une demi-livre (150 grammes environ) de semences rôties, séparées de leur épi-sperme, et réduites en une pâte aromatisée au goût du malade; cette masse est prise en une seule fois, ou de deux heures en deux heures; on peut faire prendre les semences crues et entières. Le purgatif qui doit expulser le ténia est généralement un drastique (tel que l'huile de croton), qui a l'avantage d'agir vite. A Buénos-Ayres, on emploie indifféremment toutes les variétés de citrouilles; mais celle qui paraît le plus efficace est celle dite *Zapallo criollo (citrouille créole)*. Le docteur Parodi (de l'Assomption), qui a fait une étude très attentive et très remarquable de la matière médicale du Paraguay, a observé aussi de très bons résultats de l'emploi des semences d'un *Cucurbita* de ce pays connu sous le nom d'*Andaï*.

Il résulte des observations de M. Mauche, médecin-major à Toulouse, sur vingt cas observés sur des militaires revenant de Syrie, que l'administration des semences de citrouille décortiquées et pilées avec du sucre, 60 grammes, est plus longue à produire ses effets, et donne des résultats moins avantageux que le kousso; il faut de vingt-cinq à trente heures pour obtenir l'expulsion du ténia. M. Mauche a fait une observation analogue relative à l'opiat anthelminthique composé de 125 grammes de mellite simple et 20 grammes de térébenthine. (*Revista farmaceutica de Buénos-Ayres; Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, janvier 1862.)

— Jusqu'à ce jour on a considéré la présence du sucre dans une urine comme étant le signe d'une affection grave; la découverte faite dans ces derniers temps par M. Brücke de glycosate de potasse cristallin et insoluble dans l'alcool doit donc attirer aujourd'hui l'attention des médecins et des chimistes. M. Bence Jones, qui a reproduit les expériences de M. Brücke, est arrivé à constater aussi l'existence de ce corps par le procédé suivant : il précipite l'urine successivement par l'acétate de plomb neutre et le sous-acétate de plomb; il filtre la liqueur, et précipite de nouveau par l'ammoniaque; la majeure partie du sucre se retrouve dans ce dernier précipité, une petite partie existe dans celui produit par le sous-acétate; il n'y en a pas dans le précipité formé par l'acétate neutre. On précipite le plomb par l'hydrogène sulfuré, on a une liqueur incolore qui réduit la liqueur de Fehling en peu de temps et renferme du sucre appréciable au saccharimètre ou par la fermentation. Pour découvrir de très minimes quantités de glycose dans un liquide, il vaut mieux avoir recours au procédé de M. Pettenkofer, qui consiste à décolorer le liquide, à y ajouter quelques gouttes d'une solution concentrée de glycocholate de soude, puis une faible proportion d'acide sulfurique, et à chauffer à une douce chaleur : la présence du sucre est dénotée par la belle couleur pourpre que prend le liquide. (*Répertoire de chimie pour* 1861; *Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, janvier 1862.)

— L'emploi de la glycérine dans la thérapeutique devient de plus en plus fréquent : aussi est-il publié fréquemment des formules nouvelles dans lesquelles ce corps entre comme excipient. C'est ainsi que récemment M. Grassi a publié une modification de la formule à M. Simon pour préparer le glycérolé d'amidon :

Pr. Glycérine.	15 grammes.
Amidon.	1 —

Chauffez dans une capsule, en remuant avec une spatule, jusqu'à complète hydratation de l'amidon.

Le produit est transparent, en consistance de gelée, de densité invariable, quelles que soient les variations de la température et l'époque de sa préparation.

M. Debout s'est très bien trouvé de l'emploi d'un glycérolé

---

breux organes de publicité; elle a son dictionnaire, ses traités généraux et particuliers.

Les bains de mer, qui en sont une division, ne sont pas restés en arrière dans le mouvement général; mais ils avaient plus à faire que les eaux minérales, dont quelques sources ont une célébrité qui remonte aux temps les plus reculés, et qui ont eu, à diverses époques, des représentants illustres dans la science ou des panégyristes enthousiastes dans le monde. En 1823, le docteur Mourgué, premier inspecteur du premier établissement de bains de mer, faisait paraître une brochure sous le titre de JOURNAL DES BAINS DE MER DE DIEPPE, dans laquelle il reconnaissait que l'Angleterre nous avait devancés dans la pratique médicale de la mer, et constatait qu'aucun auteur de notre nation n'avait encore traité *ex professo* ce point important de thérapeutique. Mais en 1853 les choses avaient tellement changé que M. Quissac (de Montpellier), effrayé du courant qui emportait tous les ans les familles, les populations même vers la mer, s'efforçait, par un mémoire intitulé : DE L'ABUS DES BAINS DE MER, de prémunir contre les dangers d'un tel entraînement, qui ne s'expliquait pour lui que par la mode. Déjà cependant avaient paru plusieurs publications consciencieuses et vraiment scientifiques où les règles du traitement marin, déduites d'observations nombreuses et exactes, étaient tracées avec intelligence et sagacité; depuis, la réputation des bains de mer et le nombre des écrits spéciaux n'ont fait que s'accroître. Toutefois, la mer est trop attrayante et trop du domaine public pour que chacun ne soit pas tenté d'en faire usage à sa guise, d'après son seul instinct ou d'après des conseils étrangers à la médecine; beaucoup de médecins même, qui n'ont pas pris connaissance des travaux publiés sur ce sujet, prouvent par les consultations qu'ils délivrent à leurs malades qu'ils ne comprennent pas bien le caractère et le mode d'action de la médication marine, ou paraissent disposés à nier l'importance qu'on attache à ce genre de traitement et l'utilité de la plupart des règles auxquelles on le soumet. C'est pour cela qu'il peut être utile de rappeler à

Digitized by Google

au sulfate de cuivre contre les taies de la cornée et l'ectropion produit par l'épaississement de la conjonctive :

Pr. Sulfate de cuivre.......	1 à 25 centigrammes.
Glycérolé d'amidon.....	5 grammes.

Il est bon de commencer par des doses faibles pour tâter la susceptibilité du malade M. de Græfe prescrit contre les conjonctivites granuleuses un glycérolé enfermant un décigramme de sulfate de cuivre pour 4 grammes de glycérolé d'amidon. Il emploie aussi, pour remplacer la pommade de Dessault et de Janin, le glycérolé suivant :

Pr. Bioxyde de mercure hydraté.	20 centigrammes.
Glycérolé d'amidon........	10 grammes.
F. S. A.	

(*Bulletin de thérapeutique*, 1862.)

— Tout le monde a observé dans les plantes desséchées et conservées pour les usages de la pharmacie, que les feuilles et les fleurs se décoloraient sous l'influence de la lumière, de l'air et de l'humidité. Il est important de savoir si cette modification est seulement due à une altération de la matière colorante, ou si, au contraire, elle ne s'accompagne pas de changements dans la nature des principes médicamenteux. M. le professeur Filhol (de Toulouse), qui a institué un grand nombre d'expériences sur la nature de la matière colorante des plantes, a observé que les principes colorants des feuilles et des fleurs ne s'altèrent, quand elles sont pures, qu'avec une extrême lenteur au contact de l'air, de l'eau et de la lumière; mais, tout au contraire, quand elles sont associées au tissu végétal dans les organes, elles disparaissent avec la *plus grande rapidité*; on dirait que le tissu cellulaire agit, en pareil cas, à la manière de l'éponge de platine, et facilite la combinaison des éléments de l'air ou de l'eau avec les principes immédiats contenus dans les plantes. Très certainement les phénomènes doivent se passer d'une manière identique pour les principes médicamenteux, et on pourrait, à l'appui de cette opinion, arguer de ce fait que les feuilles de digitale mal desséchées fournissent moins de digitaline que celles pour lesquelles on a pris des précautions. Il sera donc très important de ne pas employer indifféremment des espèces médicamenteuses décolorées ou non, puisque des propriétés médicamenteuses peuvent en être très différentes au point de vue de l'énergie. (*Société des pharmaciens de la Haute-Garonne*, 1862.)

— On a fait en Amérique un usage fréquent de la tanaisie (*Tanacetum vulgare*) contre les fièvres intermittentes, l'hystérie, l'aménorrhée et les douleurs rhumatismales, maladies contre lesquelles elle était employée autrefois en Europe, et auxquelles on oppose aujourd'hui d'autres médicaments. La tanaisie n'est plus guère usitée chez nous que comme vermifuge, propriété qu'elle offre de commun avec presque toutes les Corymbifères. Bien que son emploi ne soit généralement pas suivi de phénomènes toxiques, il paraît cependant que, dans quelques circonstances, elle peut développer des accidents redoutables, ainsi que le prouve l'observation du docteur Pendleton, qui a vu une jeune négresse périr vingt-six heures après l'ingestion d'une forte décoction de tanaisie, faite dans le but de déterminer l'avortement. Deux heures après l'accident, la malade offrait le pouls plein, mais lent, les pupilles contractées, les traits fixes, la peau refroidie; la malade restait indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, et ses réponses étaient des plus incohérentes. Bientôt elle tomba dans un coma profond, les muscles du mouvement volontaire et de la déglutition étaient paralysés; une grande quantité de mucus obstruait la gorge et le larynx. Sous l'influence d'ipécacuanha et d'eau tiède, les efforts spontanés de vomissement amenèrent l'expulsion de la décoction de tanaisie, mais la mort n'en survint pas moins, sans qu'aucun moyen stimulant eût pu activer la lenteur de la circulation. Le fait observé par le docteur Pendleton offre cette particularité qu'il n'y eût aucune contraction utérine, non plus qu'aucun autre mouvement spasmodique ou convulsif, phénomènes qui se sont trouvés très manifestes dans plusieurs autres cas d'empoisonnement par l'essence de tanaisie. (*Medical Times; Journal de ph. et chimie*, janvier 1862.)

— Le prix considérable auquel est arrivé le quinquina a engagé déjà beaucoup de personnes à rechercher parmi les végétaux qui croissent dans notre climat quelque équivalent de ce fébrifuge exotique, et quelques médecins et chimistes ont pensé que le marronnier d'Inde pouvait remplir le but que l'on se proposait. En 1720, Bon, et depuis Bucholz, Coste et Villemet, Hufeland, etc., préconisèrent l'emploi de son écorce comme un fébrifuge excellent; mais les observations de Bourdier, Lacroix, Caillard et Zulatti ne donnèrent pas de résultats aussi favorables, et l'emploi du marronnier est tombé en désuétude. Il y aurait à revenir sur ces expériences, et, sans croire à une action toujours efficace, on trouverait peut-être dans ce médicament le moyen de réagir

---

tout le monde, au point de vue des principes surtout, et sous une forme assez restreinte pour n'être pas fastidieuse, quelles sont les ressources hygiéniques et curatives que peut offrir le séjour au bord de la mer pendant une saison favorable, quels sont les caractères et le mode d'action qui les signalent comme indiquées dans certains états de santé ou de maladie, comme dangereuses, au contraire, dans certains autres, et comme n'étant jamais indifférentes dans l'état de souffrance, quel qu'il soit. Et disons d'abord que le titre d'Hygiène nous paraît convenir mieux pour qualifier une telle étude que celui de Bains de mer, sous lequel on a l'habitude de la présenter, et qui a l'inconvénient de rapporter toutes les questions qu'elle embrasse à un seul de ses éléments. L'hygiène des bords de la mer peut convenir dans des circonstances où le bain est impossible ou contre-indiqué; dans d'autres, le bain ne se prend pas à la mer. D'ailleurs le traitement marin ne mettant en jeu que des agents cosmiques, et son mode d'action étant d'ordre dynamique, il appartient à l'hygiène, qui, on le sait, ne borne pas ses applications à l'entretien de la santé ou à la prophylaxie, mais les étend aussi à son rétablissement complet ou à la thérapeutique.

Ce ne sont pas des choses nouvelles que nous allons dire, ce sont même des choses tellement vulgaires qu'on dédaigne de s'y appesantir; nous voulons faire voir seulement qu'elles ne sont ni si indifférentes ni si bien connues qu'on le pense.

ATMOSPHÈRE MARITIME.

Nous examinons ici l'atmosphère à la rencontre des terres avec la mer; c'est-à-dire là où elle est formée d'un mélange d'air marin et d'air continental, l'un de ces éléments prédominants suivant une foule de conditions topographiques ou permanentes, météorologiques ou accidentelles. Pour bien faire connaître l'atmosphère maritime des côtes de France, d'où nous ne sortirons pas, il faut donc d'abord rappeler quels sont les caractères qui distinguent l'air marin de l'air

Digitized by Google

sur certaines fièvres intermittentes. Les résultats seraient sans doute plus satisfaisants si, comme le propose M. Belhomme, directeur du jardin botanique de Metz, on substituait à l'*Æsculus Hippocastanum* l'*Æsculus glabra*, qui paraît renfermer une plus forte proportion du principe actif. Pour obtenir l'écorce en état convenable, il faut recueillir au printemps les jeunes branches, que l'on dépouille de leur épiderme et qu'on fait sécher. On peut les administrer soit en poudre, soit en décoction. On pourrait aussi employer l'esculine, qui forme des sels solubles et cristallins très amers. (*Bulletin de la Société d'acclimatation*, 1862.)

— Le café, comme toutes les substances alimentaires, est souvent mélangé de diverses substances qui servent à sa falsification; mais la substance qu'on y mêle le plus fréquemment est certainement la chicorée. On sait même que beaucoup de personnes ne manquent jamais d'en ajouter dans l'infusion qu'elles préparent. Il est cependant utile d'avoir un procédé qui permette de connaître avec rapidité et exactitude les quantités de chicorée qui entrent dans un café. Nous indiquerons ici, d'après une thèse de M. Miédan, pharmacien, le procédé de M. Fermond, fondé sur la présence du sucre en bien moins grande quantité dans le café que dans la racine de chicorée, et sur la réduction par l'infusion du café chicorée de la liqueur de Fehling, sur laquelle l'infusion de café pur ne produit qu'une très faible réduction. On commence par faire une infusion de café pur (toutes les infusions se font au dixième). On fait une infusion de café suspect. On met quelques gouttes de chacune des deux infusions dans deux tubes contenant environ 15 grammes d'eau distillée; on doit avoir la même coloration dans chacun des tubes; on ajoute alors 12 à 14 gouttes de liqueur de Fehling dans chaque tube, on chauffe au bain-marie, la réduction s'opère, et la différence de couleur des liqueurs indique la quantité de chicorée. L'opération est singulièrement facilitée si l'on a préparé des infusions types avec du café contenant un demi, un tiers, un quart, etc., de chicorée. Ce procédé permet de découvrir jusqu'à un centième de chicorée. (Miédan, *Du café*, thèse de pharmacie, février 1862.)

— Il y a déjà plusieurs années, le docteur Mouat a appelé l'attention des médecins sur l'emploi de l'huile de *Chaulmoogra* dans le traitement de la lèpre et des autres maladies de la peau, ainsi que dans quelques affections glandulaires. Les expériences de M. le docteur Jackson (de Calcutta) sont venues confirmer les heureux résultats de ce nouveau médicament. Les graines étaient primitivement employées; mais depuis M. le docteur Mouat a trouvé préférable de se servir de l'huile qu'elles fournissent, et qu'il administre à la dose de 5 à 6 *minimes* (0,25 à 0,30) d'abord, puis il augmente la dose graduellement autant que l'estomac peut la supporter; il s'en sert aussi à l'extérieur, contre les ulcérations des lépreux, et a pu obtenir aussi rapidement la cicatrisation des ulcères. Les médecins indiens, qui emploient le chaulmoogra depuis longtemps, disent que la seule précaution à prendre dans son usage est d'éviter aux malades toute nourriture salée, acide, épicée ou poussant à la sueur; ils prétendent aussi que son action est favorisée par le beurre, la graisse, et, en général, par tous les aliments huileux. Depuis le travail de M. Mouat (*Indian Annals of Medical Science*, p. 646, 1854), M. Rud. Virchow a publié une notice sur cette plante où il rappelle les heureux résultats obtenus par les Chinois, qui l'emploient en frictions contre la lèpre, et qui ont constaté la disparition des tubercules, le retour à la coloration normale de la peau, après un traitement prolongé pendant un à deux mois au moins. Toutefois, les malades qui ne sont soumis à la médication que très tard n'obtiennent pas d'aussi heureux effets de l'usage du chaulmoogra. D'après Roseburg, la plante qui fournit cette huile est le *Chaulmoogra odorata;* mais, d'après Endlicher, ce serait plutôt un *Hydnocarpus*. Quoi qu'il en soit, le *Chaulmoogra* est considéré par les Chinois comme un remède précieux, dont ils tirent les graines de Java, et dont ils font un grand usage. (*Archiv für Pathol. Anat. und Physiol. und für Klinisch. Medicin*, t. XXII, 1861.)

Léon Soubeiran.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Doctrines modernes de la syphilis.

(Troisième article.)

À M. le rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire.

III

Le chancre. — Les écoles allemandes.

M. de Bærensprung.

M. de Bærensprung est devenu dualiste; autrefois il était partisan de l'ancienne doctrine du Midi; il a changé d'opinion

---

terrestre, puis donner un aperçu de la climatologie propre à chacune de nos grandes divisions côtières. C'est ce que nous allons faire le plus brièvement possible.

Air marin. — La constitution de l'air pris au-dessus de la mer et à distance du littoral n'a pas toujours été trouvée la même par les analystes. Cela tient à ce que la proportion de ses éléments change un peu suivant l'heure du jour où se fait l'analyse, par suite de l'échange de gaz qui se fait entre l'air et la mer sous l'influence des vents et de la chaleur. Toutefois, cette variation ne va pas jusqu'à faire dévier l'air de sa composition normale, tellement qu'on puisse y voir une influence favorable ou nuisible au point de vue physiologique. L'équilibre se rétablit promptement, et on peut dire que c'est la stabilité constitutive qui caractérise l'air marin. Sous le rapport de la pesanteur, on sait que c'est au niveau de la mer que se rencontre la pression normale du baromètre, ce qui veut dire que l'air marin présente les meilleures conditions de pression barométrique pour le fonctionnement de l'organisme humain, bien que ce ne soit là qu'un caractère général, et que la hauteur barométrique du niveau de la mer soit sujette à varier suivant la latitude, la localité, les accidents météorologiques, etc. Pour ce qui est de la température, sous un même parallèle celle de l'air marin est moins élevée que celle de l'air terrestre en été, moins basse en hiver, bien que sujette à varier suivant la direction des vents; ces amplitudes moindres du thermomètre ont fait donner aux climats insulaires ou particulièrement maritimes la qualification de climats constants. L'humidité est prononcée, on le comprend, à cause de l'évaporation qu'opère l'action constante des vents et de la chaleur solaire sur une aussi vaste surface liquide; mais, quoique variable, elle est également répartie, tandis qu'à terre elle se concentre sur certains points plus que sur d'autres. Toutefois, d'après Kemtz, c'est sur les côtes que la quantité de vapeur d'eau est la plus grande possible; la rosée y est abondante, et la fréquence ou l'abondance des pluies y est en rapport avec

en voyant M. Bœck syphiliser des vérolés à Christiania. Il a vu les chancres mous inoculés aux syphilitiques guérir sans induration. Dirigeant à Berlin l'importante section des syphilitiques (hommes et femmes) à la Charité, il a pu expérimenter pour son compte. Il publie dans un important travail (1) les résultats obtenus dans son service.

Ses expériences se divisent en trois séries :

1° Inoculations faites au malade avec le pus du chancre mou dont il est porteur.

a) Chancre gangréneux. — 3 observations : 3 fois inoculation négative. Pas de syphilis constitutionnelle.

b) Chancre simple, mou, multiple. — 15 observations : 15 fois pustule d'inoculation ; pas de syphilis constitutionnelle.

c) Bubons ulcérés, consécutifs à des chancres mous. — 5 observations : 5 fois pustule d'inoculation ; dans aucun cas il n'y eut de syphilis constitutionnelle.

2° Inoculations faites à des syphilitiques avec le pus syphilitique.

a) Chancre induré de la lèvre. — 4 observations : 4 fois résultat négatif.

b) Chancre induré des parties génitales. — 10 observations : 10 fois inoculations négatives.

c) Bubons indolents, consécutifs au chancre induré. — 3 inoculations négatives.

d) Inoculations faites à des syphilitiques avec les produits de lésions syphilitiques constitutionnelles (pus de plaques muqueuses, d'ulcérations pharyngiennes, amygdaliennes, avec le pus d'ecthyma, etc.). — 15 observations : résultats négatifs 15 fois.

3° Inoculations faites à des personnes antérieurement vérolées, mais non syphilitiques, actuellement avec du pus syphilitique.

Obs. — Caroline L..., vérolée en 1857. 4 inoculations avec le pus d'un chancre induré le 10 novembre 1859. Inoculations négatives, vérifiées en janvier et février 1860.

Obs. — Sophie A..., vérolée en 1857, 9 octobre. 4 inoculations avec le pus d'un chancre induré le 19 novembre 1859. Inoculations négatives vérifiées le 22 janvier 1860.

Deux autres inoculations, dont l'une est faite à une femme malade depuis deux ans, et guérie de sa vérole avec le pus de plaques muqueuses, n'amènent aucun résultat.

4° Inoculations faites avec du pus syphilitique à des personnes qui n'ont jamais été syphilitiques.

Obs. I. — Marie G... n'a jamais eu la vérole. Le 28 mai 1859, on lui inocule le pus du chancre induré de Henri M... : trois piqûres à la cuisse droite.

Pas de réaction à l'endroit piqué.

Le 1er *juin*, les piqûres sont comme des points rouges.

Le 6, il est impossible de les distinguer.

Le 25, les piqûres forment trois petites saillies tuberculeuses rouges.

1er *juillet*. Une croûte s'est formée ; on la détache. Au-dessous on voit une ulcération plate. Les ganglions ne sont pas tuméfiés.

Le 2 et les jours suivants, deux des tubercules augmentent rapidement de volume, en même temps que s'étend l'ulcération qui les surmonte. Le troisième tubercule se sèche.

Le 5, les ganglions de l'aine droite sont tuméfiés et indolents. Les deux tubercules ulcérés ont la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Le 12, les deux ulcérations se sont réunies en une seule : leur fond s'est élevé, il est nettement limité et très dur, les ganglions notablement augmentés de volume, très durs et peu sensibles.

Le 20, l'ulcération a la largeur d'une pièce de 1 franc ; sa base a une dureté presque cartilagineuse ; les bords sont de niveau avec le fond de l'ulcération ; il n'y a pas de suppuration, mais l'ulcération est recouverte d'une couche diphthéritique.

Le 21 *août*, l'ulcération est toujours indurée ; il y a tendance à la cicatrisation. Nul traitement n'a été fait jusqu'à ce jour.

Le 29, l'ulcération est presque guérie ; il reste une cicatrice dure, circonscrite, calleuse ; plaques muqueuses aux grandes lèvres, à l'anus ; roséole.

Le 1er *octobre*, la cicatrice de la cuisse était encore dure et les ganglions tuméfiés et indolents.

Obs. II. — Bertha B... n'a jamais eu la vérole. Le 20 mai 1859 on lui inocule, au moyen de trois piqûres à la cuisse droite, le pus de plaques muqueuses ulcérées provenant de Richard A... Les piqûres disparaissent jusqu'au 17 juin : quelques jours après, trois tubercules durs et rouges occupent la place des piqûres.

Le 21, les tubercules sont ramollis, recouverts d'une croûte sous laquelle sont des ulcérations.

Ces dernières augmentent d'étendue, s'agrandissent et finissent par n'en plus former qu'une, ayant la dimension d'une pièce de 5 francs. La base de l'ulcération est dure, cartilagineuse, nettement limitée, et ressemble de tous points à celle du cas précédent. Les ganglions de l'aine droite étaient nettement tuméfiés et durs, et il n'y avait aucun doute que nous avions affaire à un chancre induré.

L'observation ne dit rien des symptômes constitutionnels.

Après avoir démontré que la syphilis ne succède jamais au chancre mou, M. de Bærensprung s'exprime ainsi (*loc. cit.*, p. 27) :

« Si la syphilis n'est pas produite par le chancre mou, comment est-elle produite ? Par le chancre induré. Mais comment se produit ce dernier, et qu'est-il ?

Les explications données sur ce point par M. Ricord sont complétement fausses. D'après lui, le chancre infectant se développerait immédiatement après la contagion, comme le chancre simple ; avant l'induration, il y aurait un stade pendant lequel le chancre infectant serait mou comme le chancre ordinaire ; l'induration ne se manifesterait jamais avant le troisième jour, ordinairement le septième, et souvent beaucoup plus tard ; chez les individus qui sont ou ont été syphi-

(1) *Mittheilungen aus der Abtheilung und Klinik für syphilitische Kranke*, par le professeur de Bærensprung. Berlin, 1860.

---

les accidents de terrain, tels que vallées couronnées de hauteurs boisées, qui arrêtent ou même attirent les nuages. La lumière qui pénètre en toute liberté dans cet air répandu sur une vaste surface plane n'est pas un caractère indifférent pour le rôle fortifiant qu'il est appelé à jouer. Les perturbations électriques sont plus prononcées sur les côtes qu'en pleine mer. Enfin les vents marins, à part les influences qu'ils subissent sur le littoral de la latitude et de l'exposition des côtes, y sont soumis à quelques lois générales qu'il faut enregistrer. Quand le temps est calme, dit Kemtz, on ne sent aucun mouvement dans l'air jusqu'à neuf heures du matin. Puis vient la brise de mer, faible d'abord, mais augmentant jusqu'à trois heures de l'après-midi, et baissant ensuite pour céder la place au vent de terre, qui augmente jusqu'au lever du soleil. La direction des deux brises est perpendiculaire à la côte, mais peut être dérangée par les vents accidentels ou propres à la localité. En été les vents de mer dominent.

Mais c'est moins peut-être par ses caractères physiques que se distingue l'air marin que par sa pureté, par l'absence des émanations de toutes sortes, végétales, animales, minérales même, que lui fournissent les foyers d'infection artificiels des centres de population ou ceux que renferme naturellement le sol sur lequel il passe, et qui sont remplacées ici par les émanations fortifiantes de la mer : senteurs marines, molécules d'eau salée.

En résumé, l'atmosphère pélagienne se distingue de l'atmosphère terrestre par une constitution plus stable, par une pesanteur plus grande, par une température plus égale, par plus d'humidité et moins d'électricité, par l'absence d'émanations nuisibles et par l'adjonction d'un principe vivifiant.

Topographie côtière. — Nous venons d'exposer le premier terme du problème de l'atmosphère maritime ; le second se trouve dans les conditions diverses que présente le sol continental à sa rencontre avec la mer et à quelque distance du rivage. Le voisinage de marais ou d'une végétation bienfai-

Digitized by Google

tiques, il n'y aurait pas d'induration; l'ulcération resterait molle, sans rien perdre de son pouvoir infectant... Ainsi, qu'un malade se présente avec un chancre mou : est-il simple ou infectant? Nous n'en savons rien, il faut attendre. Le malade n'a pas d'accidents constitutionnels. Eh bien, le chancre était mou. L'ulcération s'indure-t-elle? Oh! alors le chancre est infectant. C'est l'histoire du serpent qui se mord la queue. La comparaison plaira à M. Ricord. »

En résumé, M. de Bærensprung conclut :

Le chancre induré n'est pas la cause, mais la conséquence de l'infection constitutionnelle.

Il n'apparaît, en général, que quatre semaines après l'infection.

L'induration, c'est-à-dire la production d'un produit spécifique, précède l'ulcération.

Les sujets qui ont été ou qui sont syphilitiques jouissent d'une complète immunité contre la syphilis; chez eux, il ne peut se développer aucune ulcération syphilitique primitive.

Le chancre induré ne débute *jamais* par une pustule, jamais il ne commence par une ulcération marchant du dehors au dedans et empiétant sur les tissus sains; l'ulcération résulte de la décomposition d'un produit solide de la diathèse syphilitique, produit dont l'évolution normale est de se désagréger. Cette désorganisation amène l'ulcération; mais le produit préexistait, il formait ces saillies, ces tubercules, ces nodosités recouvertes de croûtes; ces dernières tombent, une simple excoriation est au-dessous d'elles; l'ulcération se développe en même temps que la base augmente de volume, qu'elle s'agrandit, se durcit, se limite.

L'induration ne vient donc pas s'ajouter à l'ulcération : elle la précède et la détermine; c'est le produit d'une diathèse qui en se décomposant amène l'ulcération, qui en s'étendant augmente la largeur de la solution de continuité.

Ce produit de la diathèse, cette base du chancre induré est à la coupe d'un rouge pâle, d'un aspect presque homogène, lardacé; entre les éléments normaux du tissu où il est développé on trouve en quantité plus ou moins considérable des noyaux (corpuscules de tissu conjonctif) dans une substance intercellulaire amorphe. Sur les bords de l'ulcération ce tissu est ramolli, et forme une bouillie granuleuse.

Déjà, dans un travail antérieur (1), M. de Bærensprung avait annoncé que la substance granulaire amorphe formant la base du chancre induré était colorée en rouge lorsqu'elle était traitée par une solution iodée; il avait conclu que l'exsudat formant l'induration spécifique du chancre différait de l'exsudat inflammatoire; il avait montré que l'induration était identique avec les épanchements qui se forment sous l'influence de la syphilis constitutionnelle dans les divers autres organes.

M. VIRCHOW.

R. Virchow, dans un livre remarquable (1), étudia les productions de la syphilis dans l'organisme. D'après le célèbre anatomo-pathologiste, le chancre induré ressemble entièrement aux productions gommeuses; il présente la même prolifération du tissu conjonctif, la même destruction des éléments en fines granulations graisseuses, le même épaississement que l'on remarque dans la tumeur gommeuse des organes internes. Tout en admettant que les manifestations syphilitiques marchent des téguments vers les viscères, il a établi que les lésions causées par la vérole ne devaient pas être classées d'après l'ordre chronologique de leur apparition, mais d'après l'importance anatomique de la lésion. La gomme, sans être un produit pathologique à éléments spécifiques, présente dans son développement certains signes caractéristiques constants, surtout au point de vue du siége, de la marche, des rapports des tumeurs entre elles et des accidents consécutifs.

Quant à la marche de la syphilis dans les organes, elle attaque tantôt les enveloppes, tantôt les parenchymes, tantôt les deux à la fois, causant l'hypertrophie, la simple inflammation, la gomme; atrophiant, nécrosant ou hypertrophiant les tissus organiques; altérant les ganglions lymphatiques et les organes hématopoiétiques, qui sont d'abord hypertrophiés, qui deviennent le siége d'une infiltration médullaire, enfin qui subissent la transformation caséeuse et graisseuse.

Dans la syphilis, le sang est infecté périodiquement tant qu'il reste un foyer spécifique, une altération locale; il présente quatre altérations différentes :

1° L'infection spécifique, qui n'est pas durable; le sang se purifie de nouveau en déposant le virus dans les organes ou dans les tissus;

2° La chloro-anémie, atrophie des *éléments histologiques* du sang, suite des altérations des organes hématopoiétiques;

3° La leucocytose, résultat de l'inflammation irritative des organes hématopoiétiques, laquelle augmente la quantité des leucocytes formés dans ces derniers;

4° L'hydrémie, provoquée surtout par la dégénérescence amyloïde des organes abdominaux.

Ainsi, en résumé, d'après M. de Bærensprung, il n'y a qu'un chancre, accident local, ulcère mou, auto-inoculable non suivi d'accidents généraux, pouvant cependant servir (comme toute dénudation épithéliale) de porte d'entrée au virus

(1) *Charité-Annalen*, t. VI, p. 16.

(1) *La Syphilis constitutionnelle*, par R. Virchow, traduction française de Paul Picard. Paris, A. Delahaye, 1860.

sante, l'existence d'une météorologie antagoniste ou auxiliaire de l'air marin, suivant l'effet qu'on en attend, et d'autres conditions encore, doivent peser d'un grand poids dans le choix qu'il faut faire d'une station d'hygiène ou de traitement. Nous adopterons pour les côtes de France la division des climats de M. Martins, c'est-à-dire une côte nord-ouest appartenant au climat séquanien, une côte ouest correspondant au climat girondin, et une côte sud limitant le climat méditerranéen.

La côte nord-ouest s'étend de Dunkerque à l'embouchure de la Loire, suivant une direction générale du nord-est au sud-ouest, et décrivant des sinuosités qui font varier l'exposition des plages, sans modifier sensiblement l'effet de l'exposition générale. Trois saillies considérables sont les causes principales de ces changements de direction : le cap Grinez au-dessus de Boulogne, le cap la Hague près de Cherbourg, la pointe du Finistère près de Brest. De Dunkerque à l'embouchure de la Somme, on ne rencontre que des plages sablonneuses et à contours largement dessinés; la côte est plate, et sur quelques points même elle est déprimée au-dessous du niveau de la mer. Depuis le Tréport jusqu'au confluent de la Seine, elle est bordée de hautes falaises dominant presqu'à pic le rivage; ses contours sont doux, et aucun golfe profond ne vient en interrompre la courbure uniforme. Vient ensuite la coupure formée par l'embouchure de la Seine, à l'ouest de laquelle la côte devient de nouveau sablonneuse et est protégée des vagues par de nombreux rochers et ilots. Son contour est beaucoup plus sinueux, et à partir du cap la Hague elle court au sud jusqu'au fond de la baie de Cancale, où commence le littoral breton. Celui-ci remonte dans l'ouest, se montrant très accidenté et couvert sur plusieurs points de nombreux ilots, de petites anses et de promontoires. Sur la presqu'île du Finistère, la côte, exposée à l'ouest, devient de plus en plus découpée, et est beaucoup plus élevée que ne le sont les côtes de la Manche, et même les falaises de la Seine-Inférieure. Après les deux vastes enfoncements formés par les baies de Brest et de Douarnenez, elle se dirige dans le sud-est, et devient de moins en

Digitized by Google

syphilitique, mais produit par un virus bien différent de ce dernier.

Le virus syphilitique pénètre dans l'organisme par un point qui, en général, se referme immédiatement (érosion, desquamation, fissure, herpès ulcéré, etc.). Après une incubation plus ou moins longue, la première manifestation de la diathèse syphilitique se fait d'ordinaire dans le point où le virus syphilitique a été déposé. Quand ce point n'est pas le siége d'une ulcération indépendante de la maladie syphilitique, la vérole se manifeste par un exsudat fort analogue aux gommes, finissant par s'ulcérer, et s'accompagnant d'altérations des ganglions voisins (adénopathie multiple et indolente). Quand le point qui a servi de porte d'entrée au virus est ulcéré, la gomme initiale modifie l'ulcération préexistante; quand cette ulcération non syphilitique persiste, en vertu de conditions indépendantes de la syphilis, et qu'elle dure plus longtemps que l'incubation nécessaire pour que ce virus syphilitique se manifeste au point où il a été absorbé, la gomme initiale peut se déposer dans les tissus qui supportent l'ulcération non syphilitique : c'est ainsi que le chancre simple peut s'indurer et qu'on pourrait expliquer la formation du chancre mixte.

Nous verrons dans un prochain article l'importance de ces distinctions quand nous étudierons la contagion et le traitement.

M. MICHAELIS.

Vers la fin du mois d'avril dernier, la doctrine de M. de Bærensprung a été attaquée.

Un médecin militaire de Vienne vient de publier (1) un long travail, dans lequel il étudie l'anatomie du chancre, et il arrive, avec une brusquerie toute militaire, à démontrer « que l'opinion du médecin de la Charité de Berlin est une inconcevable erreur. »

Du reste, il se venge aussi sur M. Rollet des insuccès de la campagne d'Italie : « Le chancre mixte de Rollet, dit-il, est un jeu d'esprit, réfuté par les recherches exactes, etc. » Il se sépare de M. Sigmund, dont les opinions en syphilis ne lui semblent pas claires. Voyons comment ce guerrier novateur croit avoir tranché le nœud gordien.

Pour M. Michaelis (*loc. cit.*, p. 59), l'ulcération dite molle commence par une infiltration de substance amorphe, opaque, qui est enclavée dans les bords et dans le fond de l'ulcération : cette substance et les éléments de tissu qui la circonscrivent se nécrosent. Cette destruction histologique dure tant que la substance infiltrée n'est pas éliminée ; elle peut se prolonger pendant un temps plus ou moins long, et l'on dit que la plaie tend à la cicatrisation dès que le bord et le fond sont nets, c'est-à-dire dès que la substance infiltrée a été rejetée au dehors. Il y a donc dans l'ulcération molle deux processus importants : la destruction nécrobiotique, et la régénération par la granulation.

Les pertes de substance, dont le développement est plus lent, dans lesquelles les tissus environnants sont indurés, débutent aussi par une pustule.

Enfin il survient des érosions superficielles, qui guérissent rapidement, et qui, après la guérison complète, provoquent une réaction dans le voisinage. On a eu tort de nommer chancres ces érosions, qui sont rares et appartiennent à la syphilis.

Enfin, autour de l'ulcération molle, on voit souvent une tuméfaction œdémateuse.

Or, en étudiant la marche du furoncle, on voit un foyer inflammatoire entouré d'une prolifération de tissu conjonctif, et si la cause irritante agit d'une manière lente et modérée, on voit les fibres conjonctivales s'accroître lentement et se transformer en une masse résistante et feutrée.

Quant le foyer médian est occupé par un virus infectant, l'irritation restant régulière et durant longtemps, le virus provoque une réaction chimique sur le plasma, et des dépôts hyalins et opaques se déposent dans le jeune tissu conjonctif par petites masses et comme de petits points.

C'est cette distribution particulière de l'exsudat qui caractérise le chancre induré. Or, M. Michaelis dit avoir démontré dans des travaux antérieurs (1), que toute exsudation coagulée ne se résorbe que grâce à la formation d'une capsule : dans le chancre induré, les exsudations sont séparées les unes des autres ; chacune des exsudations forme une capsule spéciale. Entre ces capsules, le tissu conjonctif se feutre, se durcit, et la somme de ces capsules forme le chancre induré. De plus, chaque fois qu'il se forme une capsule, c'est qu'il y a résorption, et par conséquent infection.

A mesure que les masses conjonctivales épaisses se déposent au fond du chancre, le sang arrive moins librement dans l'ulcération ; les granulations ne peuvent donc pas se former à la surface de l'ulcération. Voilà aussi pourquoi il y a peu de pus sécrété, et beaucoup de sérosité. Voilà pourquoi les granulations partent des bords et atteignent peu à peu le fond de l'ulcère. Enfin il se produit une cicatrice inégale, riche en sucs, sujette aux récidives, pouvant s'exfolier et s'ulcérer de nouveau à la suite d'épanchements séreux sous-épithéliaux.

Ce qui distingue le chancre mou du chancre induré, c'est l'absence de ces épanchements ponctués, enkystés.

(1) *Der Contagienstreit in der Lehre von der Syphilis*, par M. Michaelis (de Vienne), dans *Virchow's Archiv für Path., Anat. et Physiologie*, 24ᵉ volume, 1ʳᵉ et 2ᵉ livraisons, mai 1862, p. 57.

(1) *Die Resorption fester Exsudate auf dem Wege der Fettmetamorphose* (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, t. III ; — *Monatshefte der k. k. Gesellschaft der Aerzte*, 1850, t. VII.

moins accore en se rapprochant du Morbihan, où la mer est peu profonde, parsemée d'îles basses et de bancs de sable. A partir de l'embouchure de la Loire, où commence la division de l'ouest, la côte suit une direction droite vers le sud, et ne présente plus qu'une succession à peine interrompue de plages et de dunes de sable, excepté au niveau des îles de Noirmoutier, de Ré et d'Oléron, où se trouvent d'assez grandes baies, et aux embouchures de la Gironde, où est situé Royan, de la Leyre, où est creusé le bassin d'Arcachon, de l'Adour, où est creusé le port de Bayonne, et à Biarritz. Enfin, dans la Méditerranée, division sud, il faut partager la côte en deux sections distinctes, autant pour le dessin que pour la nature des terres. La section occidentale, comprise entre Saint-Jean-de-Luz et le cap Couronne, est plate, sablonneuse, concave, dessinant le contour du golfe du Lion, sans présenter d'anfractuosités partielles prononcées, donnant sur plusieurs points entrée à de vastes étangs, et sur d'autres confinant à des marais très étendus, surtout aux embouchures du Rhône. La section orientale est très escarpée et semée d'îlots jusqu'aux environs de Cannes ; mais, de là jusqu'à Menton, elle est plus inclinée et seulement couronnée par de grandes montagnes. Partout, sur les côtes plates et sablonneuses, la mer en déferlant forme des monticules nommés dunes ; sur les côtes escarpées, elle sape la base des falaises, dont les débris forment les plages dites de galet. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de la constitution géologique des côtes, qui seraient pourtant utiles dans une étude plus complète ; nous dirons seulement que les terrains d'alluvion marine, si féconds en miasmes fébrigènes, se trouvent dans toutes les vallées des bords de la mer, mais ne forment des dépôts un peu étendus qu'autour de Dunkerque au nord, et entre Marseille et les Pyrénées dans le sud.

Sous le rapport de la météorologie, nos trois divisions côtières ne diffèrent pas moins que sous celui de l'hydrogéographie, et ces différences sont capitales, soit au point de vue des inconvénients ou des avantages du sol, soit au point de vue de la maladie ou du malade. La pression barométrique, à la côte

Digitized by Google

Enfin, sous l'influence d'agents mécaniques, frottement pendant la marche, etc., on voit le chancre mou s'indurer sans autre cause.

Le chancre mou s'accompagne d'adénite aiguë, qui peut, dans certains cas, suppurer et s'ouvrir. Les ganglions contiennent toujours des infiltrations dont le volume varie depuis la tête d'une épingle jusqu'à celle d'un grain de millet. Dans le chancre induré, il y a une lymphite chronique, et le plus souvent les exsudations s'enkystent.

Enfin M. Michaelis fait remarquer que la syphilis constitutionnelle peut se manifester sans que les ganglions soient modifiés.

Nous reviendrons sur les idées de M. Michaelis à propos de la contagion. Qu'il nous soit permis de lui faire quelques objections.

L'étude qu'il a faite des formes anatomiques de l'ulcération prouve-t-elle que le virus du chancre mou soit celui du chancre induré?

Je n'ai pas vérifié le fait de l'enkystement, et toute militaire qu'est l'idée des capsules, je consens à l'admettre; mais je crois que le virus syphilitique ne peut produire d'ulcération qu'après une incubation plus ou moins longue.

Le chancre mixte, vérité expérimentale, n'est plus discuté; le pus d'un chancre mou étant appliqué sur un chancre induré permet à ce dernier de s'inoculer sur tous les points du corps de sujets syphilitiques; le chancre mixte prend même sur des produits pathologiques.

Pourquoi ce chancre mou ne s'enkyste-t-il pas sur des sujets syphilitiques? Pourquoi le pus de ce chancre mou, transporté sur des individus vierges de syphilis ne s'indure-t-il, ne s'enkyste-t-il jamais?

Pourquoi cette incubation, incontestable, indiscutable, admise par tous les auteurs? Comment! le chancre mou prend toujours, et immédiatement, sans incubation, et le chancre induré, qu'il soit produit expérimentalement, qu'il soit observé cliniquement, est toujours précédé d'une incubation de douze jours au moins, de cinquante jours et plus encore dans certains cas!

Si le chancre induré paraissait le lendemain du coït infectant, s'il marchait lentement produisant peu à peu les désordres anatomiques signalés par M. Michaelis, j'admettrais des circonstances locales différentes. L'incubation plus ou moins longue me démontre au contraire une infection lente de l'organisme, avec réaction sur le point qui a servi à l'introduction du virus. Un exemple me fera mieux comprendre :

Vous prenez du vaccin, vous piquez le bras de l'enfant, voilà votre accident primitif. La plaie se ferme, votre virus se répand dans l'organisme, il produit au lieu où le virus a été déposé des modifications particulières : vous avez votre pustule vaccinale. Est-ce un accident primitif? N'est-ce pas plutôt la manifestation d'une infection générale? Pouvez-vous comparer cet accident consécutif à une lésion toute locale, à la plaie produite par un acide concentré, par exemple?

Eh bien! en dépit des capsules, des modifications anatomiques locales, quoi qu'on dise de l'influence du frottement et de la marche sur l'induration du chancre mou, je porte à tous les unicistes le défi suivant : Avec le pus d'un chancre mou bien caractérisé, accompagné d'adénopathie inflammatoire monoganglionnaire, développé sur un individu vierge de syphilis, vous ne produirez qu'un accident local, plus ou moins grave il est vrai, mais *jamais*, on peut le dire aujourd'hui, un chancre mou simple, un véritable chancre mou, ne produira d'accidents syphilitiques constitutionnels.

P. Picard.

(*La suite prochainement.*)

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie chirurgicale.

Sur deux nouvelles causes et sur une nouvelle méthode curative de la blépharoptose, par M. D. de Luca, chirurgien de l'hôpital des Incurables, de Naples (1).

Tous ceux qui ont l'habitude d'observer et de soigner les maladies des yeux rencontrent fréquemment des malades qui présentent l'abaissement palpébral sans pouvoir souvent le considérer comme un effet des causes ordinaires, c'est-à-dire de l'allongement de la couche cutanée des paupières et de la paralysie du muscle élévateur. J'ai eu l'occasion de soigner beaucoup de ces malades affectés de granulations de la conjonctive palpébrale, et, sans m'occuper de la blépharoptose, je soignais d'abord les granulations au moyen des scarifications. Avec cette méthode s'opère non-seulement la destruction des granulations, mais consécutivement et d'une manière progressive disparaît l'abaissement palpébral jusqu'à la guérison complète des deux maladies.

Les granulations peuvent être regardées comme des corps étrangers groupés entre eux et superposés à la conjonctive, tellement qu'en augmentant le volume et le poids des paupières ils en produisent l'abaissement, lequel peut aussi être regardé comme un effet nécessaire de l'obstacle que les mêmes granulations opposent à leur repli et à leur élévation.

(1) Cette note, communiquée à l'Académie des sciences (séance du 10 février), a été indiquée dans les Comptes rendus de l'Académie sous le nom de M. *de Lucce*. Cette erreur de nom a été naturellement reproduite par les journaux de médecine. On voit que l'auteur est M. *de Luca* (de Naples). (Note de la Rédaction.)

---

nord-ouest, est de 761,40; aux bords de la Méditerranée, elle est de 762,14, sauf les fréquentes dépressions déterminées par le mistral; dans l'ouest, elle tient le milieu entre ces deux chiffres, avec des oscillations également intermédiaires. La température moyenne annuelle du climat séquanien est de 10°,9, celle de l'été de 17°,6, et celle de l'hiver de 3°,95, ce qui fait 13°,6 d'écart; les chiffres du climat méditerranéen sont de 14°,8 pour la moyenne annuelle, de 22°,6 et 7°,5 pour les moyennes des saisons extrêmes, avec 15°,1 de différence; dans le climat girondin, on note 12°,7 comme moyenne annuelle, 20°,6 et 5°,0 comme moyenne de l'été et de l'hiver, soit 15°,6 d'écart. Les vents dominants dans le nord sont les vents de sud-ouest, plus sud ou plus ouest, suivant les localités; ils soufflent un tiers de l'année et viennent de la mer; après eux viennent les vents du nord-ouest et de nord-est. Sur les côtes de l'Océan, c'est encore le sud-ouest qui domine; à mesure qu'on s'approche des Pyrénées, il remonte vers l'ouest. Dans la Méditerranée, les vents de nord-ouest, connus sous le nom de mistral, sont caractéristiques du climat. Ce sont des vents secs et terrestres, d'une violence extrême, ne soufflant souvent que dans les régions inférieures et par un ciel pur, et durant trois jours au moins. Plus réguliers et de toute saison dans le golfe du Lion, ils sont plus variables et influencés par les montagnes dans la section orientale. Les étés sont plus secs au sud qu'au nord; les pluies d'automne y sont beaucoup plus abondantes. Enfin, si l'on compare entre eux ces différents climats, on constate que, sur les côtes de la Manche, le climat est égal, marin, se rapprochant de ceux de la Hollande et de l'Angleterre; les hivers tiennent le milieu entre les hivers doux et les rigoureux; les étés ne sont pas très chauds, les oscillations thermométriques sont peu marquées. Sur les bords de la Méditerranée, le climat est beaucoup plus tranché, beaucoup moins marin, à cause de la provenance continentale des vents dominants, se rapprochant des climats chauds par ses températures moyenne, annuelle et estivale, ainsi que par la violence de ses vents caractéristiques et par

Digitized by Google

Après ces faits, constatés et confirmés par un grand nombre d'observations, j'ai été nécessairement conduit à admettre une nouvelle cause de blépharoptose à laquelle ensuite j'ai eu des motifs d'en adjoindre une autre. Cette dernière consiste en la *transformation* du tissu conjonctival des paupières en tissu fibreux ou cartilagineux qui empêche les paupières de se replier et de s'élever en anéantissant l'action du muscle élévateur. Cet état pathologique est la conséquence de conjonctivites précédentes et réitérées, d'exulcérations de la conjonctive, et de l'application faite mal à propos et mal réglée des caustiques, notamment de l'azotate d'argent.

La conjonctive ayant perdu, par ces causes morbides, ses caractères propres, est transformée en un tissu plus ou moins dur, d'aspect fibreux, avec une surface plus ou moins lisse ou raboteuse, sillonnée fréquemment de cicatrices irrégulières. Elle se montre tantôt comme un simple cartilage, tantôt comme un fibro-cartilage ou comme un tissu cicatriciel qui fait crier le scarificateur et ne donne pas de sang aux premières scarifications. Cet état morbide de la conjonctive a été fort peu étudié par les ophthalmologistes; aucun d'entre eux, si je ne me trompe, ne l'a enregistré parmi les causes de la blépharoptose, et s'il en est ainsi, la méthode curative que je pratique n'a été proposée par aucun, par la raison qu'on ne pouvait pas appliquer une méthode curative à une maladie dont la cause n'était pas connue. La guérison de l'abaissement palpébral provenant des granulations est donc basée sur les scarifications.

Pour déclarer utile une telle méthode et pour la conseiller dans la pratique, je pourrais en appeler au succès et aux nombreuses guérisons obtenues; mais, dans de semblables circonstances, on peut invoquer aussi la théorie du fait, afin que ce dernier, éclairé par la science, en reçoive une nouvelle confirmation. Lorsque le tissu de la conjonctive s'est transformé en tissu tantôt fibreux ou cartilagineux, et tantôt cicatriciel, il a perdu sa vascularité et sa souplesse; c'est pour cela qu'il crie sous l'instrument et ne saigne qu'après de nombreuses scarifications. Ces scarifications attirent, mais d'abord avec difficulté, le sang vers les petites incisions produites; puis, par suite d'une reproduction d'éléments histologiques de plus en plus normaux, ce tissu fibreux commence à se vasculariser, et la conjonctive reprend tous les caractères par lesquels l'élévateur devient libre dans son action, et les paupières peuvent se replier et s'élever.

Je termine par les deux propositions suivantes :

1° Aux causes connues de blépharoptose, il faut en ajouter deux, savoir : les *granulations* et la *transformation* de la conjonctive palpébrale en un tissu anormal (fibreux, cartilagineux, cicatriciel, etc.);

2° Les scarifications sont le remède de ces deux genres de blépharoptose.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Expériences sur les migrations des entozoaires*, par MM. *A. Pouchet* et *Verrier aîné*. — Les expériences ont été faites avec le *Cœnurus cerebralis*, ver vésiculaire, polycéphale, commun sur le mouton, et qui produit le *tournis*, et avec le *Tænia serrata*, ver cestoïde, excessivement abondant sur le chien domestique.

Plusieurs causes ont évidemment contribué, jusqu'à présent, à jeter de l'incertitude sur les résultats de l'expérimentation. En première ligne, il faut compter la fréquence naturelle des helminthes que l'on emploie sur les animaux auxquels on prétend les communiquer. On doit mentionner ensuite l'habitude qu'ont certains physiologistes d'administrer des vers à plusieurs reprises et à distance, ce qui permet toutes les sortes d'interprétations. Enfin il faut noter les tentatives infructueuses, dont souvent on a omis de tenir compte.

MM. Pouchet et Verrier ont pris toutes les précautions propres à écarter ces éléments d'erreur ou de confusion.

Sur un chien auquel depuis seize jours on avait fait avaler des cœnures, nous trouvâmes un certain nombre de ténias n'ayant que 2 millimètres de longueur, tandis que d'autres en avaient 20. Après un pareil laps de temps, un expérimentateur obtint même des ténias qui étaient parvenus à 80 millimètres de longueur. Dans un autre cas, après vingt-trois jours d'expérience, nous avons rencontré, sur le même chien, des ténias qui avaient 4 millimètres de longueur, et d'autres qui avaient acquis l'énorme taille de 60 centimètres. Est-il possible que des scolex de cœnures implantés sur la même vésicule, qui ont le même développement, et qui ont absolument le même âge, aient pu, introduits dans l'intestin, présenter, après un temps si court, une si prodigieuse différence dans leur taille : de 4 millimètres à 60 centimètres? C'est inexplicable. Si nous avions suivi le procédé qui consiste à administrer des vers à différentes reprises, de telles expériences nous auraient paru une démonstration évidente. Mais avec notre méthode, et plus rationnelle et plus rigoureuse, elles ne semblent que pouvoir faire naître le doute.

Mais si nous admettons que de sérieux doutes restent encore à dissiper relativement à la transmigration du cœnure du cerveau du mouton jusque dans l'intestin du chien, nous sommes infiniment plus explicites à l'égard de la pérégrination des œufs du ténia du carnassier jusqu'au cerveau du ruminant.

Nos expériences ont été faites sur deux jeunes moutons, et nous administrâmes à chacun d'eux dix anneaux de *Tænia ser-*

l'abondance de ses pluies d'automne. Quant au climat des côtes de l'Océan, il forme la transition de celui du nord à celui du sud, se rapprochant pourtant plus du premier que du second, quoique moins marin et moins égal que lui, à cause de la direction rectiligne de ses côtes comparée aux deux presqu'îles des côtes nord, qui donnent à ce climat le caractère insulaire. Telles sont les données de la climatologie générale des côtes de France. Il nous est impossible ici d'aborder les particularités propres à chaque station de bains.

Mode d'action de l'atmosphère maritime. — C'est par les résultats de l'observation que nous caractériserons le mode d'action de l'atmosphère des côtes, plutôt que par les théories physiques de l'action de l'air, que l'imagination ou les besoins d'une cause douteuse forcent ou dénaturent trop souvent. Le premier effet du séjour au bord de la mer, dans un climat vraiment marin, est ressenti par la respiration, et cela doit être, puisque l'air est l'aliment naturel de cette fonction. Ceux qui arrivent de l'intérieur et surtout des grandes villes, quand la chaleur y est forte, ressentent et expriment un bien-être très marqué. Les poumons se dilatent avec plus de facilité, l'air pénètre en plus grande quantité, l'endosmose respiratoire est rendue plus active; en un mot, une harmonie plus parfaite semble s'établir entre l'organe et son excitant naturel. Cette action reste tonique ou devient excitatrice suivant les dispositions actuelles de l'organisme. Aussi est-ce par la respiration que s'annonce bien souvent l'intolérance au climat marin ; si de la toux, de l'irritation des bronches et de la dyspnée se déclarent, il faut se hâter de quitter le bord de la mer. Un autre effet aussi promptement et aussi manifestement senti est le développement de l'appétit, et l'accomplissement plus prompt et plus facile des actes de la digestion. C'est un effet plus général, mais moins persistant que le premier, et qui est sûrement connexe de l'activité de la respiration et de l'hématose. Les produits de la digestion qui ont pénétré dans le sang étant plus rapidement et plus com-

Digitized by Google

rata, qui tous contenaient un nombre d'œufs parfaitement mûrs et dont on distinguait l'embryon muni de ses crochets. Nos moutons, qu'on s'était appliqué à choisir parfaitement sains, ne nous présentèrent jamais aucun épiphénomène du tournis, et, à l'autopsie, le cerveau ne contenait aucun vestige de cœnure.

En présence de nos expériences, nous n'hésitons pas à professer que la progéniture des ténias du chien jamais ne parvient au cerveau du mouton.

Mais si nous nions si formellement la transmission de l'entozoaire du chien au cerveau du mouton, sans admettre cependant que ce soit la marche normale, nous ne serions pas étonnés qu'il fût possible que les cœnures de ce dernier animal ne fussent que des ténias particuliers, subissant un arrêt de développement, causé par la disposition de l'organe dans lequel ils ont pris naissance, et qui, mis par l'expérimentateur dans un lieu plus propice, s'y allongent et y acquièrent une taille plus considérable que celle qu'ils présentent dans le cerveau. Déjà cette opinion a été soutenue.

Nous continuons nos expériences, et nous avons la certitude de pouvoir, avant peu, arriver à la solution de l'intéressant problème.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *Rapport sur un mémoire de M. Armand Moreau ayant pour titre :* RECHERCHES SUR LA NATURE DE LA SOURCE ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE, etc. — Après une analyse détaillée du mémoire de M. Moreau, M. Becquerel, rapporteur, se résume dans les termes suivants : « On voit dans ce mémoire que M. Moreau a employé utilement le condensateur à larges surfaces pour recueillir une partie de l'électricité qui produit la décharge de la torpille provoquée artificiellement; que les nerfs électriques possèdent seulement les propriétés des nerfs moteurs; que l'électricité est élaborée dans l'organe électrique et non dans le cerveau, comme on l'avait avancé; qu'il existe enfin un état tétanique pour les nerfs et le tissu électrique, analogue à celui que l'on observe pour les nerfs moteurs et les muscles des animaux.

» Ce jeune physiologiste, dans le mémoire dont nous venons de rendre compte à l'Académie, a fait preuve d'intelligence, de sagacité et de connaissances étendues en physiologie; il a montré en même temps qu'il était suffisamment initié dans les sciences physico-chimiques pour les appliquer utilement aux recherches physiologiques. Nous proposons, en conséquence, à l'Académie de donner son approbation à ce travail, qui enrichit la science de nouveaux faits, et d'autoriser l'insertion du mémoire dans le RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS. » (*Adopté.*) — (*Comm.:* MM. Claude Bernard, Becquerel, *rapporteur.*)

PATHOLOGIE. — *Considérations sur l'érysipèle*, par M. *A. Després.* — L'érysipèle doit être considéré comme une lésion siégeant exclusivement dans le réseau capillaire lymphatique superficiel.

Les érysipèles spontanés et les érysipèles traumatiques doivent être envisagés ensemble, parce que leurs manifestations essentielles sont identiques.

Il résulte d'un résumé de plus de 140 faits, recueillis en 1861 à l'hôpital de la Charité, et non choisis, que sur 68 érysipèles dits spontanés, tous nés au dehors, 60 occupaient la face ; que sur 62 érysipèles traumatiques, dont 15 étaient nés au dehors de l'hôpital, 40 érysipèles sont survenus autour de plaies sur lesquelles la réunion immédiate avait été tentée ; que 22 fois il est évident que l'érysipèle est parti d'une plaie non pansée, et que, même dans le cas où il y avait deux plaies à la fois, c'est autour de la plaie qui n'avait pas été pansée que l'érysipèle s'est produit.

L'érysipèle n'est pas manifestement soumis aux influences épidémiques et nosocomiales autres que celles invoquées et constatées dans toutes les autres maladies inflammatoires. Les faits ne légitiment point ces assertions émises au sujet d'un miasme ou d'un virus devenant un élément contagieux dans l'érysipèle...

La prophylaxie consiste avant tout à surveiller scrupuleusement les plaies. En même temps les conditions hygiéniques individuelles faciles à déterminer doivent être une préoccupation du traitement beaucoup plus grande que ces conditions hygiéniques collectives peu connues auxquelles on a donné le nom de constitution médicale.

Il paraît clair que la réunion par première intention, dont M. Velpeau a déjà signalé les dangers, ne doit être mise en usage que dans des cas exceptionnels.

Il n'y a pas pour l'érysipèle de topique spécifique, et les médications générales ne s'adressent guère qu'aux complications de l'érysipèle. L'expérience des siècles suffirait à elle seule pour autoriser cette conclusion. (*Comm.:* MM. Andral, Velpeau.)

— M. *Velpeau* présente au nom de M. *Collongues* un mémoire intitulé : DU BIOMÈTRE ET DE LA BIOMÉTRIE.

L'auteur a déjà entretenu à diverses reprises l'Académie d'un mode d'auscultation qu'il a imaginé, et qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie* (voy. les *Comptes rendus* des séances des 26 septembre 1856, 16 mars et 21 décembre 1857, 21 juin 1858, 7 février 1859, 2 janvier 1860 et 29 juillet 1861). L'appareil décrit dans le présent mémoire est plus compliqué que celui dont il était question dans les précédentes communications, et les indications qu'il fournit sont, à plusieurs égards, différentes; mais il a également pour objet de rendre perceptible à l'oreille le mouvement qui se passe dans l'intérieur de nos organes, et de permettre au médecin d'apprécier, par le plus ou moins de régularité des vibrations, par la consonnance ou la dissonance des *sons* perçus sur diverses régions du

---

plétement transformés, les divers actes qui président à la fonction digestive sont plus vivement sollicités. On conçoit néanmoins pourquoi l'appétit, qui n'est qu'une sensation, peut s'émousser au bout de quelque temps, sans que pour cela la fonction cesse de s'accomplir aussi bien : d'ordinaire, les fonctions surmenées arrivent à un état de saturation qui est suivi d'un moment de recul ou d'arrêt. Un résultat naturel et très prompt des deux effets précédents est le changement qui s'observe dans la circulation capillaire et qui est apparent au bout de quelques jours. Les enfants surtout le manifestent d'une manière remarquable : leur peau s'échauffe, s'anime, se colore, et le sang semble s'y épanouir. Cet effet se produit dans les parenchymes viscéraux comme à la peau, et n'est que l'indice des actes plus moléculaires qui s'opèrent profondément et par lesquels se font les compositions et les décompositions. Enfin un autre effet non moins important ne tarde pas à se traduire, et cette fois ce sont les fonctions du système nerveux qui sont modifiées, soit sous le rapport de la sensibilité normale, soit sous le rapport de la sensibilité pervertie, qui constitue la douleur. L'irritabilité nerveuse, portée même jusqu'à la douleur, n'est souvent qu'un effet de la faiblesse générale par appauvrissement du sang, état dans lequel se trouvent la plupart des valétudinaires et des malades qui vont aux bords de la mer, et c'est par la reconstitution des forces que s'apaisent, dans de tels cas, les troubles de l'innervation. N'est-ce pas la réalisation d'un des aphorismes les moins contestables? Aussi une impressionnabilité individuelle de caractère sthénique conduirait-elle à un résultat tout opposé et devrait-elle être une contre-indication de la médication marine.

Nous nous bornerons à ces caractères principaux de l'action physiologique de l'atmosphère maritime, qui nous serviront de guide pour ses applications hygiéniques et thérapeutiques.

D^r DUTROULAU,

Inspecteur des bains de mer de Dieppe.

corps, le trouble ou l'intégrité des fonctions. (*Comm.:* MM. Andral et Velpeau.)

— M. *Flourens* présente, au nom de M. *Paolini*, professeur de physiologie à l'Université de Bologne, un mémoire imprimé concernant ses recherches sur l'action de la garance chez divers animaux, et spécialement chez les poissons. M. Flourens est invité à faire de ce travail, qui est écrit en italien, l'objet d'un rapport verbal.

Physiologie. — *Sur les fonctions des branches œsophagiennes du nerf pneumogastrique* (extrait d'une Note de M. *Van Kempen* accompagnant l'envoi d'un mémoire adressé comme pièce à l'appui d'une réclamation de priorité). — M. Chauveau, dans la séance du 24 mars, a communiqué quelques expériences sur les fonctions des branches œsophagiennes du nerf pneumogastrique. Avant lui, comme le prouve le mémoire que j'adresse aujourd'hui, j'avais démontré que ces branches sont essentiellement *motrices*. J'y dis, en effet, expressément (p. 58) : « Les mouvements de l'œsophage sont exclusivement du domaine du pneumogastrique, et les racines de ce nerf renferment les filets qui y président. » En outre, depuis 1842 j'ai prouvé, par l'irritation électrique des racines du nerf pneumogastrique, que ce nerf est essentiellement moteur à son origine, et qu'il est très difficile, sinon impossible, de démontrer qu'il renferme dans ses racines des fibres sensitives.

Je saisis cette occasion pour annoncer à l'Académie que, depuis quelque temps, j'ai fait des expériences au moyen du chloroforme sur le centre nerveux cérébro-spinal, pour expliquer la mort par cet anesthésique. En appliquant ce liquide sur la moelle épinière, sur le cerveau ou sur le cervelet, j'ai vu survenir de l'anesthésie et une légère paralysie des mouvements; mais cette modification de l'état normal n'était que passagère : bientôt l'animal, grenouille ou lapin, se rétablissait complétement.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale de 1862.

MM. Bernard, Flourens, Milne Edwards, Longet et Coste réunissent la majorité des suffrages.

Académie de médecine.

Séance du 13 mai 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de Tarn-et-Garonne, de l'Oise, de Saône-et-Loire et de la Marne. — *b.* Les rapports d'épidémies de MM. les docteurs *Madin* (de Verdun) et *Crié* (de Laval). (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Plaine (Vosges), par M. *Bailly*; de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. *Bérolle*; de Vals (Ardèche), par M. *Chabannes*; de Balaruc (Hérault), par M. *Crouzet*; de Digne (Basses-Alpes), par M. *Silve*; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. *Lebret*; des bains de mer de Biarritz, par M. *Affre*; des eaux minérales des Landes, par MM. *Batbédat*, *Massie* et *Arrat-Baloux*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* La copie d'un rapport fait par M. *Bouchacourt* (de Lyon) sur une nouvelle observation d'accouchement laborieux heureusement terminé à l'aide du forceps à traction soutenue de M. *Chassagny* (*Comm.:* MM. P. Dubois et Jacquemier.) — *b.* Une note de M. le docteur *Mascarel* sur la pénétration dans les bronches de la poussière de meule chez les aiguiseurs de la manufacture d'armes de Châtellerault. (*Commission déjà nommée.*) — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Poggioli* sur le traitement de l'asthme par l'électricité statique. (*Comm.:* MM. Desportes et Poiseuille.) — *d.* L'analyse chimique de l'eau mère en usage dans l'établissement hydrothérapique du Croisic (Loire-Inférieure), par MM. *Lefort* et *Leroy-Dupré*. (*Commission des eaux minérales.*) — *e.* La description et le modèle d'une sangsue artificielle pour les gencives, construite par M. *Charrière*, d'après les indications de M. le docteur *Regnart*.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes observées à Saint-Étienne (Loire), en 1861; par M. le docteur *Marmy*, médecin principal. (*Commission des épidémies.*)

M. *J. Guérin* présente un mémoire de MM. *Lucien Papillaud* et *Musnier*, sur l'emploi de l'arséniate d'antimoine dans les maladies du cœur.

M. *Chevallier* dépose sur le bureau le compte rendu de l'exercice médical du chemin de fer d'Orléans, pour l'année 1861, par M. le docteur *T. Gallard*.

M. *Bouillaud* rend compte de la cérémonie des funérailles de Bretonneau, qui a eu lieu mercredi dernier à Tours. Puis il donne lecture du discours qu'il a prononcé, à cette occasion, au nom de l'Académie.

Lectures.

Chimie appliquée. — M. *Robinet* lit une note sur la congélation de l'eau. Il résulte d'analyses de la glace recueillie au bois de Boulogne, que l'eau, en se congelant, abandonne les sels dont elle est chargée, et présente une complète analogie avec l'eau distillée.

M. *Lecanu* fait remarquer que l'idée de se servir de la congélation pour obtenir la séparation des matières salines contenues dans les liquides n'est pas nouvelle. Lui-même, en 1837, a employé ce moyen d'analyse sur l'urine.

Suite de la discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux.

M. *Poggiale* rappelle les quatre questions qu'il s'est particulièrement attaché à résoudre dans le rapport présenté par lui à l'Académie le 7 janvier dernier.

Les expériences sur l'homme, dit l'orateur, et sur les animaux, les recherches de divers observateurs sur l'introduction des poussières solides dans les voies respiratoires ne laissent aucun doute sur la pénétration des liquides pulvérisés.

Cependant M. Fournié nie encore ce phénomène, et il s'autorise pour cela d'expériences pratiquées à l'aide d'un instrument qui imite grossièrement l'appareil respiratoire. Mais ces expériences, quelque ingénieuses qu'elles soient, ne paraissent pas à M. Poggiale de nature à prévaloir contre des expériences positives et nombreuses faites sur l'homme et sur les animaux : C'est sur l'homme et sur les animaux qu'il fallait répéter les expériences, et non avec des tubes et des flacons, qui n'ont ni la souplesse ni l'élasticité des tissus organiques. Nous avons rendu justice aux bonnes intentions de M. Fournié, mais il commettrait une faute grave s'il persistait dans son erreur malgré les preuves les plus nombreuses et les plus évidentes. Nous affirmons, nous, contrairement à ce qu'ont avancé MM. Durand-Fardel et Fournié, que les liquides pulvérisés pénètrent non-seulement dans le larynx et dans la trachée, comme le prouve l'expérience faite sur la femme de Beaujon à fistule trachéale, mais encore dans les bronches et dans le tissu pulmonaire.

J'ai déterminé, par de nombreuses expériences, le refroidissement qu'éprouve l'eau en sortant des appareils pulvérisateurs, et j'ai reconnu que ce refroidissement est dû à des causes variables et ne saurait être soumis à aucune loi générale. On peut dire seulement que ces liquides se mettent en équilibre de température avec le milieu ambiant. En outre, j'ai constaté : 1° que les eaux qui contiennent de l'acide sulfhydrique, comme celles d'Enghien, perdent, en moyenne, 60 pour 100 de ce gaz; 2° que les eaux qui renferment du sulfure de sodium, comme celles des Pyrénées, ne sont point altérées ou n'éprouvent qu'une légère altération par la pulvérisation.

On a dit que, pour être plus complet, j'aurais dû comparer la pulvérisation des liquides avec l'inhalation des gaz et des vapeurs. La commission n'avait pas à se prononcer sur cette question. Toutefois M. Poggiale croit devoir entrer dans quelques détails à ce sujet. Il fait remarquer que les salles d'inhalation de vapeurs diffèrent complétement des salles de respiration, par la composition chimique de leur atmosphère. On trouve, en effet, dans celles-ci, les principes qu'on rencontre

Digitized by Google

dans les eaux minérales, tandis que les premières ne renferment, dans les conditions normales, que de la vapeur d'eau et les gaz qui se dégagent spontanément des eaux minérales.

M. Poggiale développe quelques considérations, desquelles il résulte que, dans les conditions ordinaires, la vapeur des salles d'inhalation ne contient pas les principes fixes des eaux minérales, et que ce n'est que quand la vapeur se forme avec violence qu'un peu d'eau liquide est projetée avec toutes les substances qu'elle contient. Mais ces substances, qui sont entraînées d'une manière mécanique, ne sont ni assez abondantes, ni assez régulièrement produites pour fonder sur elles un traitement rationnel.

Quoi qu'il en soit, les *vaporarium* ne doivent pas être proscrits, car les gaz et les vapeurs peuvent être utilement employés, comme on l'a fait au Vernet, à Amélie-les-Bains, etc.

Quant à l'air des salles de respiration, voici ce qu'ajoute M. Poggiale à ce qu'il en a déjà dit précédemment : « 1° Cet air renferme l'eau minérale avec tous ses principes ; 2° cet air est saturé de vapeur d'eau ; 3° la tension élastique de la vapeur doit varier suivant la température ; 4° dans les salles de respiration, la densité de l'air est moindre que celle de l'air sec, en faisant abstraction de l'eau pulvérisée qui est suspendue ; 5° en supposant que la température de la salle de respiration soit de 30 degrés, l'air doit contenir par mètre cube 30 grammes de vapeur d'eau ; 6° quant à la pression exercée sur la muqueuse pulmonaire, il faut tenir compte de la densité du mélange d'air et de vapeur d'eau, de la pression de l'atmosphère, etc. »

M. Poggiale termine son discours par une réplique aux doctrines médicales professées par M. Trousseau dans la dernière séance. Il a cru voir dans les paroles de son honorable collègue une attaque plus ou moins directe contre la chimie et les chimistes. M. Poggiale défie M. Trousseau de lui citer le nom d'un seul chimiste sérieux qui ait eu la prétention d'expliquer l'action des eaux minérales. L'orateur énumère les services rendus par la chimie à l'hydrologie médicale, et il espère qu'un jour viendra où l'homme pourra expliquer les actions physiques, chimiques et physiologiques qui se passent dans l'économie quand on y introduit les principes des eaux minérales.

M. Poggiale déclare ensuite qu'il repousse de toutes ses forces la doctrine entachée d'empirisme que M. Trousseau a développée, doctrine déplorable et funeste, ennemie du progrès, et faite pour éteindre la foi dans le cœur des jeunes gens qui se destinent à l'étude des sciences.

« Au reste, ajoute l'orateur, M. Trousseau, qui considère l'empirisme comme une arche sainte, ne procède pas autrement que nous dans l'étude des sciences. Il expérimente, il observe ; puis il raisonne par induction. »

M. Poggiale achève par la citation d'un passage de l'*Introduction* du Traité de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux, dans lequel les auteurs déclarent que l'empirisme est une doctrine fausse et mauvaise.

M. *Trousseau* explique dans quel sens il est empirique ; il est empirique à la condition que le remède que le hasard a fait découvrir trouvera sa confirmation dans l'expérimentation et dans l'induction. Pour lui, l'empirisme scientifique ou médical ne doit pas signifier autre chose que *expérience*.

M. *Poggiale* donne lecture de la conclusion de son rapport. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 23.)

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *Comité secret* pour entendre la lecture du rapport de la section des associés nationaux.

Société de médecine du département de la Seine.

Notice sur le docteur Cazeaux, ancien président de la Société de médecine de Paris, par le docteur Boys de Loury, secrétaire général.

Nous nous félicitions il y a peu de temps encore, messieurs, de ce que depuis trois années la mort n'avait point visité la Société. Pourtant nous nous trouvions sous le coup d'une perte qui, toute prévue qu'elle était dès lors, n'en a pas été moins sensible pour nous tous, lorsque nous l'avons subie en la personne d'un des plus illustres d'entre vous, Cazeaux, membre de la Société depuis vingt années, l'un de vos anciens présidents, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, chevalier de la Légion d'honneur, qui vient de succomber à l'âge de cinquante-trois ans. Il réunissait, fort jeune encore, tous ces nobles titres si bien conquis par son mérite. Un seul, auquel il avait droit de prétendre, manquera moins à sa réputation qu'aux regrets de ceux qui, comme vous, messieurs, ont pu apprécier cette profondeur d'intelligence, cette rectitude de pensée si bien exprimée par sa parole, cette rigide conviction enfin qu'aucune autorité n'aurait fait dévier de ses principes.

Vous ne vous attendez pas, messieurs, à ce que je vous fasse l'analyse de tous les travaux que Cazeaux a publiés, de toutes les discussions auxquelles il a pris part dans le sein de la Société ou devant l'Académie. Il n'est pas une question d'obstétrique, pas une affection se rapportant à ses études sur les femmes ou les nouveau-nés, sur lesquelles il n'ait donné son opinion ; et son Traité d'accouchements, arrivé dans ces dernières années à sa cinquième édition, ouvrage qui est le guide des praticiens qui étudient depuis vingt ans, est une preuve du soin avec lequel il suivait les progrès de la science, de la préoccupation qu'il avait de voir tout le cadre de l'art des accouchements bien rempli ; chaque fois que l'ouvrage était épuisé, il le reproduisait sous des formes nouvelles, le complétant *de tout ce que la* science avait conquis, n'admettant rien toutefois sans en avoir fait subir la discussion.

Ce soin qu'il avait de présenter un fait scientifique dans tout son ensemble est bien en évidence dans le rapport qu'il fit sur l'accouchement provoqué artificiel après une observation présentée à l'Académie par Lenoir. Ce rapport doit être cité comme un modèle de précision, de netteté, qui embrasse la question dans toutes ses parties, tant pratiques qu'humanitaires ; il donna lieu à une discussion des plus remarquables, dans laquelle Cazeaux prit à plusieurs reprises la parole, soutenant avec convenance et dignité son opinion contre des maîtres dont les noms faisaient autorité. Qui ne se souvient aussi de la discussion si importante élevée au sein de l'Académie à la suite du mémoire de notre collègue Boinet sur le traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées ? Dans cette discussion, qui n'employa pas moins de huit séances, Cazeaux prit la part la plus active. Avant de prendre la parole, il avait établi une enquête auprès des chirurgiens les plus distingués de la France et de l'étranger, et ce n'est que fort des statistiques de Simpson (d'Édimbourg), de Lée, du docteur Sèze de Thumret, de Bechlmann, d'Epsig, qu'il monta à la tribune, corroborant, critiquant par les faits qu'il avait ainsi colligés les opinions des orateurs qui l'avaient précédé dans cette lutte.

Un peu plus tard, c'était dans la discussion sur la fièvre puerpérale que Cazeaux prenait la parole, question qui a ému tout le monde médical ; dans ces débats, les talents les plus élevés de l'Académie, médecins et chirurgiens se présentèrent dans l'arène.

La Société se souviendra toujours de l'important mémoire que Cazeaux lui a présenté sur la chloro-anémie chez les femmes enceintes. Cette question, toute neuve alors, entraîna une discussion remarquable à laquelle prirent part nos collègues Jacquemier, Duparcque et Camus. Vous retrouverez ce mémoire et cette discussion dans la Revue médicale.

Digitized by Google

Il est des questions de responsabilité médicale non encore bien délimitées entre l'autorité et le praticien. C'est sur une de ces questions : la non-déclaration par la mère d'un enfant naissant, que Cazeaux se laissa condamner, voulant vider à fond cette question sur laquelle il en appela aux lumières de la Société; par suite de la décision qu'elle prit et d'un mémoire que le respectable professeur Adelon nous adressa en cette circonstance, le tribunal supérieur donna gain de cause à notre confrère, qui avait eu le courage de sa loyale conviction.

Il y a trois ans, dans une de ces réunions intimes où peu de membres de la Société manquent de se rencontrer, chacun de nous fut frappé du changement qui s'était en peu de temps opéré chez notre aimé confrère ; plus d'animation dans la voix, plus de vives et spirituelles réparties; il voulait parler, le terme, si précis chez lui, n'arrivait plus; nous nous quittâmes attristés, car à aucun de nous n'avaient échappé ces premiers symptômes d'un mal qui marche toujours, que rien n'arrête dans son fatal progrès; affection trop bien définie par les travaux de plusieurs d'entre vous, messieurs, pour nous laisser le moindre espoir ; triste but où devait arriver le praticien surmené par les fatigues de la clientèle et par les travaux d'une intelligence toujours en activité.

N'allez pas croire, messieurs, que je m'appesantirai sur les détails de la destruction lente de ce que Dieu a donné de plus splendide à l'homme ; ces dernières paroles que je vous adresse sur notre éminent confrère puissent-elles au contraire vous le rappeler tel que vous l'avez connu il y a quelques années, avec cette tête intelligente que le travail avait blanchie avant l'âge, ces sourcils noirs qui ajoutaient à l'expression d'un regard vif et spirituel; qui ne se souviendra de sa parole imagée sans recherche, vibrante de cette accentuation méridionale qui ajoute à l'euphonisme et à l'harmonie du discours? Que j'aime à me le représenter entrant au milieu de nous du pas pressé du praticien dont les moments sont comptés, ayant un mot, un regard d'amitié pour nous tous, puis prenant part à nos discussions avec cette rapidité d'élocution, cette précision, cet élan, cette netteté dans les termes qui faisaient notre admiration. C'est sur cette image de Cazeaux, bien pâle auprès de son modèle, que je veux m'arrêter, messieurs; puissent les souvenirs que je viens d'évoquer adoucir pour nous l'amertume de la perte irréparable d'un confrère que nous estimions autant pour les qualités de son cœur que pour l'élévation de son esprit et pour les travaux qui perpétueront sa mémoire!

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 16 MAI 1862.

1° M. *Wecker*. Des services rendus par l'ophthalmoscope pour le traitement des parties profondes de l'œil.

2° Rapport de M. *Collineau* sur le mémoire de M. Debout : Des hernies ombilicales congénitales.

3° M. *Leroy* (d'Étiolles). De la gravelle, noyaux de calculs.

4° M. *Guibout*. Observation d'un chancre phagédénique de la verge ayant nécessité son amputation.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur la température cutanée et sur les caractères de l'urine dans la fièvre scarlatine, par SYDNEY RINGER.

Les observations, dont les résultats sont consignés dans les conclusions suivantes, ont été faites à l'hôpital des Enfants malades dans les services de MM. West, Jenner et Hillier. Trente cas de scarlatine ont servi de base à cette étude. L'urée et le chlorure de sodium de l'urine ont été mesurés par le procédé volumétrique de Liebig. Dans quelques cas, les observations ont été prolongées jusqu'au quarante-cinquième jour.

Température.

I. Dans la grande majorité des cas, elle s'abaisse le cinquième, le dixième ou le quinzième jour de la maladie.

II. Lorsque la température restait élevée jusqu'au quinzième ou au vingtième jour, un abaissement modéré avait lieu de cinq en cinq jours, savoir : le cinquième, le dixième et le quinzième. Dans quelques cas, après chacune de ces chutes, la chaleur présentait, pendant les cinq jours suivants, le même degré que pendant le jour d'abaissement. Chez d'autres malades, elle augmentait de nouveau et atteignait, pendant la deuxième et la troisième période de cinq jours, la même élévation que dans la première de ces périodes.

III. À chaque abaissement de la température correspond une amélioration dans l'état du malade; ce mieux persiste aussi longtemps que la chaleur ne présente pas de nouvel accroissement.

IV. En prenant la moyenne de 17 malades, le maximum de la température s'est élevé un peu au-dessus de 103 degrés (39 degrés centigrades).

V. Après l'abaissement qui avait lieu le cinquième, le dixième ou le quinzième jour, la température restait souvent un peu élevée pendant un certain temps, parfois pendant quinze jours. Elle a atteint alors, dans quelques cas, 100 et 101 degrés (38 degrés centigrades); mais le plus souvent elle a oscillé entre 99 et 100 degrés (37°,5). Cette élévation consécutive de la chaleur présentait ordinairement aussi une diminution à chaque cinquième jour.

VI. Lorsque cette chaleur secondaire se maintenait pendant quelque temps, elle coïncidait avec des lésions scarlatineuses persistantes, l'angine par exemple; quelquefois elle précédait une attaque de l'affection de Bright.

VII. À une époque variable après la terminaison de la scarlatine est survenue une nouvelle élévation de température, due, soit à une affection de Bright, soit à une endocardite, soit à une tuberculisation, soit à une varioloïde. Dans deux cas, la cause n'a pu être déterminée.

VIII. L'époque de l'apparition de cet accroissement de la chaleur n'a pas été la même dans tous les cas; en comptant à partir du début de la fièvre scarlatine, dans six cas d'albuminurie le calcul des moyennes a donné comme résultat le vingt-deuxième jour; dans deux cas, dans lesquels cette élévation de température était vraisemblablement due à une endocardite, elle s'est montrée le huitième jour; dans un cas de varioloïde, c'était le sixième, et dans un cas de tuberculisation c'était le neuvième jour.

IX. La durée de la chaleur due aux causes précédentes a varié de deux à treize jours.

X. L'augmentation de chaleur due aux maladies intercurrentes s'abaisse au cinquième jour à partir de son apparition, ou bien au cinquième jour à compter du début de la scarlatine.

XI. Ainsi la température cutanée parcourt des arcs ou cercles qui durent cinq jours dans le plus grand nombre des cas. Cette règle s'applique aussi bien à la chaleur propre de la fièvre scarlatine qu'à celle des affections intercurrentes ou secondaires.

XII. Dans les cas graves, la température restait la même pendant toute la durée du jour ; dans les cas plus légers, elle s'abaissait un peu vers le matin pour s'élever ensuite durant le jour. Cette détente du matin est un des premiers signes d'amélioration.

XIII. L'heure à laquelle correspondait la température maximum a présenté de grandes variations; cependant elle a été comprise le plus souvent entre deux heures et huit heures du soir.

Digitized by Google

L'urée.

I. L'urée ne paraît offrir aucune augmentation pendant la période fébrile.

II. Pendant plusieurs jours après la chute de la fièvre, la proportion d'urée reste beaucoup au-dessous de la quantité normale.

III. L'auteur pense, d'après cela, que les reins sont touchés dès le début de la maladie, et que l'élimination de l'urée est ainsi entravée. Quelques enfants ont présenté de la bouffissure de la face, quoique l'urine ne contînt ni sang ni albumine; peut-être ce phénomène reconnaissait-il pour cause la rétention de l'urée.

IV. Au moment où se déclarait l'affection de Bright, l'urée diminuait parfois d'une façon notable. Chez d'autres malades, elle ne présentait aucune diminution nouvelle.

Les chlorures.

I. Ils n'ont manqué dans aucun des cas analysés.

II. La proportion en était toujours très diminuée pendant toute la durée de la période fébrile.

III. Après l'abaissement de la température, la quantité des chlorures de l'urine augmentait graduellement.

IV. Dans un cas d'affection de Bright, ils n'ont présenté qu'une très faible diminution.

L'eau.

Pendant la période fébrile, on n'a souvent constaté aucune diminution dans la quantité d'eau de l'urine; dans quelques cas, elle était accrue.

L'albumine.

I. Ce produit apparaît dans l'urine à deux époques différentes : *a*) pendant la période fébrile; *b*) plus tard, lorsque la fièvre est tombée. Sur 21 cas, l'urine n'est devenue albumineuse qu'une seule fois pendant les jours de fièvre. Sur 18 malades qui sont restés à l'hôpital pendant un temps assez long, 7 ont présenté des urines albumineuses après la chute de la fièvre.

II. L'époque de l'apparition de l'albumine a varié du neuvième au vingt-troisième jour.

III. La durée de l'albuminurie a oscillé entre trois et quarante-neuf jours.

IV. Il n'y a pas de rapport nécessaire entre la violence de l'inflammation (révélée par l'élévation de température) et la durée totale de l'albuminurie.

V. Il n'existe pas non plus de relation constante entre l'intensité de l'inflammation et la proportion d'albumine contenue dans l'urine.

Le sang.

I. Il peut se produire une augmentation de chaleur due probablement à l'inflammation des reins, sans que l'urine contienne du sang.

II. Dans aucun cas, l'hématurie n'est apparue sans avoir été précédée d'une élévation dans la température.

III. Dans quelques cas, l'urine est restée sanglante longtemps après la diminution de la chaleur, et probablement aussi après la terminaison de l'inflammation.

Rapport entre le sang et l'albumine de l'urine.

I. L'urine peut contenir une très grande proportion d'albumine sans renfermer aucune trace de sang.

II. L'urine peut contenir une très forte quantité de sang et seulement des traces d'albumine; si, dans ce cas, on laisse déposer les globules, il se peut que le liquide qui surnage ne donne aucune des réactions de l'albumine.

— Les malades observés n'ont guère été atteints d'hydropisie; mais ils ont présenté assez souvent de la bouffissure à la face. Dans quelques cas, la chaleur secondaire due à l'affection de Bright n'a pas même été suivie de ce gonflement de la face. Chez un malade, ce gonflement est survenu sans aucun autre signe de l'affection de Bright.

La température n'a jamais présenté une marche égale et constante. Elle formait des cycles composés d'un nombre variable de jours; mais, chez un même malade, chaque cycle était constitué par le même nombre. Dans la grande majorité des cas, les cycles ont été de cinq jours. (*Dublin Medical Press*, 26 février 1862.)

Ce travail a été lu à la Société royale médico-chirurgicale de Londres.

Des fièvres pernicieuses de la Cochinchine et de leur étiologie, par Libermann.

Les observations de l'auteur ont été faites dans la basse Cochinchine, province de Saigon. Dans la première partie de son travail, il s'est attaché à mettre en lumière les condition climatériques et topographiques qui font de cette province, pendant une partie de l'année, un vaste marais. Il insiste, en outre, sur l'influence nuisible des rayons solaires, influence si bien constatée que l'autorité militaire a dû consigner tous les soldats au camp, de midi à trois heures.

La fièvre intermittente légitime présente le plus souvent le type quotidien ou le type tierce. Quant aux fièvres pernicieuses, elles revêtent le plus ordinairement la forme cholérique, délirante, comateuse ou hémorrhagique.

La moitié des accès graves traités à l'hôpital militaire de l'Amphitrite ont présenté le caractère cholériforme. Ces fièvres débutent quelquefois brusquement, sans accès fébriles antécédents; mais le plus communément elles commencent comme des accès francs, par des frissons dont la durée est plus ou moins longue, et qui sont suivis de chaleur comme à l'ordinaire. Au milieu de cet appareil fébrile éclatent tout à coup, sans cause connue, des symptômes d'une gravité extrême : douleurs dans la région épigastrique, rachialgie, vomissements riziformes, déjections alvines; les yeux s'excavent, *la face devient plombée*; les crampes se développent dans les extrémités supérieures, d'abord les doigts et les mains, puis dans les extrémités inférieures; le corps se refroidit et se couvre d'une sueur froide, visqueuse, le pouls devient plus lent, à peine perceptible. Cet appareil de symptômes persiste pendant huit, dix, douze ou quatorze heures, et se termine souvent par la mort, rarement cependant dans le premier accès. Si la terminaison doit être heureuse, les symptômes, si effrayants dans le début, s'amendent peu à peu : les vomissements cessent d'abord, puis les crampes; la chaleur et le pouls reviennent, le malade éprouve des transpirations abondantes, et ordinairement il guérit au bout de deux, quatre, six jours, ou plutôt il est hors de danger, car il reste encore un ou deux jours sous l'influence de l'abattement, résultat de la perturbation à laquelle il a été soumis; ou de la diarrhée qui persiste souvent pendant quelque temps.

Les symptômes cholériformes ne débutent pas toujours au milieu du stade de chaleur : c'est souvent dans le stade du frisson, qui dure alors six, huit, dix, douze heures, jusqu'à ce que la réaction commence. D'autres fois encore, et ce n'est pas là le cas le moins important à signaler, la diarrhée et les vomissements surviennent sans aucun appareil fébrile, et si le médecin n'était guidé par les antécédents du malade et par la connaissance des faits analogues, il risquerait de commettre de graves erreurs.

Observant en Cochinchine, l'un des foyers du choléra asiatique, l'auteur devait se préoccuper surtout de distinguer cette forme de fièvre pernicieuse du choléra véritable, et, pour remplir cette obligation, il s'est adressé successivement au mode d'invasion, aux symptômes, à la marche et aux effets du traitement. Nous consignons ici les caractères diagnostiques tirés de la symptomatologie.

La fièvre cholériforme débute le plus souvent par les symptômes ordinaires de la fièvre intermittente, le frisson et la

Digitized by Google

chaleur; le choléra, par les vomissements, la diarrhée et les crampes. Jamais cette dernière maladie n'est accompagnée, dans sa première période, d'un mouvement fébrile, tandis que c'est presque toujours le cas dans la fièvre pernicieuse. Les symptômes cholériques proprement dits sont aussi plus marqués dans le choléra : les crampes sont plus violentes, la barre épigastrique et les coliques plus douloureuses, la peau plus violacée, et, ce qui est surtout une différence capitale, l'état du sang n'est pas le même. Dans le choléra, il y a une stase presque complète dans le système veineux : le sang devient poisseux, par suite de l'exsudation du sérum; dans la fièvre pernicieuse, la stase est loin d'être aussi marquée : le sang reste parfaitement liquide et paraît, à l'apparence extérieure, tout à fait normal; aussi la cyanose est-elle moins intense et ne se montre-t-elle d'ordinaire qu'aux lèvres et autour des yeux. La réaction présente aussi des différences sensibles : dans le choléra, elle se produit par le retour de la chaleur et un état particulier, qu'on a avec juste raison appelé état typhoïde cholérique; dans la fièvre pernicieuse, la réaction débute aussi par la chaleur, mais cette chaleur est immédiatement suivie d'une transpiration profuse, sans aucun phénomène cérébral; en un mot, la réaction n'est que le troisième stade de la fièvre simple, dont l'apparition a été retardée et dont l'évolution est plus énergique.

A l'appui de cette description, M. Libermann a rapporté six observations qui justifient pleinement les caractères diagnostiques précédents. Dans cinq de ces cas, la médication quinique a été toute-puissante.

L'auteur a également consigné dans son travail quelques exemples des autres formes de fièvre pernicieuse; le défaut d'espace ne nous permet pas d'insister plus longtemps. Nous appellerons seulement l'attention sur le type de ces fièvres de Cochinchine : elles ont toutes présenté le type quotidien; c'est là, dans l'histoire des fièvres pernicieuses, un caractère exceptionnel, et, bien qu'il n'ait pas été indiqué dans le mémoire de M. Libermann, nous avons cru devoir le signaler. On sait, en effet, que Merratus, Torti, Hass, Lautter, Coutanceau, ont ordinairement observé les fièvres pernicieuses avec le type tierce. Du reste, cette différence ne tient peut-être qu'aux conditions de localité, car en Afrique les pernicieuses revêtent assez fréquemment le type quotidien. (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, février 1862.)

De la rétinite leucémique. — De l'embolie de l'artère centrale de la rétine.

La correspondance germanique du Medical Times and Gazette renferme des détails intéressants sur ces deux états morbides. Nous traduisons textuellement :

Un des élèves les plus distingués du professeur von Graefe, le docteur Liebreich, bien connu par ses travaux sur la rétinite pigmenteuse à la suite de mariages consanguins, a découvert récemment, chez les malades affectés de leucémie, une forme particulière de rétinite qui a ses traits caractéristiques aussi bien que la rétinite de la syphilis, ou que celle de l'affection de Bright. D'après le docteur Liebreich, la rétinite idiopathique est extrêmement rare, et il est très intéressant de comparer à ce point de vue la choroïde et la rétine. Pour la première de ces membranes, les altérations idiopathiques sont beaucoup plus fréquentes que celles qui dépendent de quelque désordre constitutionnel; au contraire, les lésions de la rétine reconnaissent pour cause tantôt une influence locale (plaies ou altérations de la choroïde), tantôt une influence générale, telle que les troubles de la circulation dans les maladies du cœur et l'affection de Bright, ou l'altération du sang dans la syphilis et la leucémie.

Dans la rétinite consécutive aux lésions de Bright, l'examen ophthalmoscopique fait voir autour du nerf optique une zone opaque et blanchâtre; entre cette zone et le nerf lui-même on aperçoit une portion de la rétine avec son aspect grisâtre; cette partie de la membrane peut à peine être distinguée de la papille, qui présente aussi une teinte grise. En dehors de cette zone opaque dont il vient d'être question, on observe d'ordinaire de petites saillies ponctiformes qui sont le résultat d'extravasations; ces saillies sont surtout fréquentes au voisinage de la tache jaune. Dans la rétinite syphilitique, au contraire, l'opacité s'étend à partir de la papille, en suivant le trajet des gros rameaux vasculaires jusque vers la périphérie, où elle cesse graduellement. Les épanchements, qui sont extrêmement communs dans la rétinite albuminurique, sont très rares dans la syphilitique, et, lorsqu'ils existent dans ce dernier cas, ils présentent une disposition complétement différente. Dans la rétinite leucémique, c'est surtout la couleur des vaisseaux et du sang épanché qui offre des particularités frappantes : les veines sont très dilatées; elles ont, ainsi que le sang, une coloration rose pâle; les artères, contractées, sont d'une teinte orange brillante; les vaisseaux de la choroïde sont d'un jaune pâle.

Embolie de l'artère centrale de la rétine. — Le docteur Liebreich en a déjà observé six exemples. Voici quels sont les principaux symptômes de cette lésion : le malade éprouve soudainement un affaiblissement notable de la vision d'un côté, comme si un épais nuage passait devant lui. Le plus souvent alors, il ferme instinctivement l'autre œil, et, au bout de quelques minutes, le champ de la vision est tellement obscurci que la perception de la lumière est impossible. Les choses restent en cet état, ou bien la sensation lumineuse reparaît graduellement sur un point limité du champ visuel. L'examen ophthalmoscopique de l'œil affecté montre que la circulation a complétement cessé dans toutes ou dans le plus grand nombre des artères de la rétine; les vaisseaux sont contractés et remplis en partie de caillots épais de couleur sombre. L'artère centrale de la rétine est complétement vide, et les veines sont aussi très amincies. Peu de jours après le début des accidents, on constate de l'opacité sur un point de la papille, sur la tache jaune et dans son voisinage; entre la tache jaune et le nerf optique, on aperçoit de petits points rouges qui sont dus à du sang épanché. Bien qu'il n'y ait pas de sang dans les artères, la circulation veineuse n'est pas entièrement arrêtée, elle est ralentie et irrégulière. Au bout de quelque temps, elle se rétablit en partie; les artères continuent à être vides ou bien elles se remplissent de nouveau d'un peu de sang. Les opacités de la tache jaune subissent diverses modifications dans leur couleur et leur étendue, et enfin le nerf optique s'atrophie complétement.

Sur les six cas observés, il existait cinq fois une lésion du cœur. Chez un malade entre autres, il y avait une insuffisance aortique considérable avec hypertrophie et dilatation consécutives du ventricule gauche. Or, cette hypertrophie permettait une compensation si absolue que l'on n'avait jamais soupçonné chez ce malade une affection du cœur. Le docteur Liebreich, ayant constaté l'existence de l'embolie de l'artère rétinienne, fut conduit ainsi à examiner le cœur du malade, et il découvrit la lésion à ses signes physiques ordinaires. Chez le même individu, il se fit un peu plus tard une embolie cérébrale qui détermina une hémiplégie. (*Medical Times and Gazette*, 12 avril 1862.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, par J. Béclard. 4e édition. 1 vol. grand in-8 de 1194 pages. Paris, P. Asselin, 1862.

« Cet ouvrage est surtout un livre d'enseignement. Nous ne nous sommes point proposé d'écrire l'histoire de la physiologie, non plus que celle de ses progrès. Nous avons cherché à exposer, sous une forme concise, l'état actuel de la science.

Digitized by Google

Nous avons été sobre de citations et de discussions ; avant tout, nous nous sommes efforcé d'être clair. »

Ces quelques lignes, qui commencent la préface de l'auteur, indiquent assez le but qu'il s'est proposé et les moyens qu'il a cru devoir employer pour chercher à l'atteindre ; mais elles contiennent aussi une promesse à l'adresse du lecteur ; or, si promesse a jamais été bien tenue, c'est celle que fait M. J. Béclard en tête de son ouvrage. Son livre est surtout un livre d'enseignement et non de discussions : l'élève y trouve résumée, avec les développements nécessaires, la physiologie humaine tout entière. Mais s'il est surtout destiné aux élèves, il ne sera pas seulement lu par eux. Chaque jour la physiologie fait de nouveaux progrès, chaque jour la science s'enrichit de nouvelles découvertes ; une expérience nouvelle ouvre des voies nouvelles, appelle d'autres expériences et d'autres travaux. Deux ou trois ans suffisent pour faire d'un livre au niveau de la science un ouvrage incomplet, et pour nous forcer, si nous voulons nous tenir au courant, d'apprendre bien des choses.

Aussi le livre de M. Béclard s'est-il notablement augmenté de chapitres de la plus haute importance. Nous citerons au-dessus de tous les autres celui qui est consacré à l'innervation, à l'étude du système nerveux et de ses propriétés, que modifie si profondément l'influence des divers agents physiques ou chimiques. L'auteur pouvait ajouter, sous forme de notes, l'analyse des travaux publiés dans ces dernières années : il a préféré, et on ne saurait trop l'en louer, refaire en entier quelques chapitres pour conserver à son livre une unité qu'il aurait pu perdre par des annotations trop nombreuses.

Nous ne pouvons nous étendre sur le nouvel ouvrage de M. J. Béclard ; en quelques années il est arrivé à sa quatrième édition, c'est le plus sérieux éloge qu'on puisse faire d'un livre aujourd'hui dans toutes les mains. Aussi serait-il superflu d'en louer la clarté, l'ordre méthodique, la sobriété de détails, et nous devons nous borner à signaler les différences qui séparent cette édition des précédentes.

La principale et la plus importante est l'addition d'un index bibliographique placé à la suite de chacun des chapitres. Disposée suivant l'ordre chronologique, formant comme le catalogue des richesses dont la science s'est enrichie dans ces dernières années, cette liste méthodique sera d'un puissant secours à tous ceux qui s'occupent de physiologie et qui cherchent à l'éclairer de leurs travaux et de leurs expériences. Très exacte et très complète, elle épargne à tous le travail considérable qu'elle a exigé de son auteur, et il nous suffira, pour montrer avec quel soin elle est rédigée, de dire que la liste bibliographique des travaux faits sur l'innervation ne comprend pas moins de seize pages de petit texte.

Pouvons-nous maintenant, passant en revue les diverses parties du livre, signaler les additions souvent considérables, mettre en relief les chapitres importants refaits à nouveau, énumérer les planches et les figures nouvelles ajoutées à la nouvelle édition ? Nous ne le pensons pas ; il n'en est pas d'un traité comme d'une monographie, et nous nous bornerons à dire que, si nous félicitons M. Béclard d'avoir fait son livre, nous félicitons encore plus les élèves d'avoir, pour leurs études de physiologie, un guide aussi précieux que le Traité élémentaire.

Mais nous ne serions pas juste si nous ne donnions pas à l'éditeur la part d'éloges qui lui est due : nous ne le féliciterons pas seulement sur le luxe et la netteté d'impression, mais aussi d'avoir adopté une habitude anglaise, déjà pratiquée par d'autres éditeurs : celle de faire cartonner avec une simplicité qui n'exclut pas l'élégance, et avant de le livrer au lecteur, un livre qu'on consulte à chaque instant. L. L.

VII

VARIÉTÉS.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. BOUILLAUD AUX OBSÈQUES DE BRETONNEAU.

Messieurs,

L'Académie impériale de médecine, qui s'enorgueillit d'avoir compté parmi ses membres le grand médecin en l'honneur duquel nous célébrons aujourd'hui, avec une pompe exceptionnelle et au milieu d'une population innombrable, cette religieuse cérémonie, l'Académie impériale de médecine vient, par l'organe de son président, adresser à Pierre Bretonneau le dernier adieu, le salut suprême, et déposer sur cette tombe, couverte de lauriers et de fleurs, le tribut de ses profonds regrets.

Il est vrai, messieurs, que la ville natale de notre célèbre collègue, heureuse et féconde patrie de tant d'hommes illustres dans les genres les plus divers, parmi lesquels il nous suffira de signaler ce grand saint Martin, ce fameux historien Grégoire auxquels Tours a donné son nom, Descartes, le nouvel Aristote, le père de la philosophie moderne, *ce mortel dont*, selon notre la Fontaine, *la Grèce aurait fait un dieu*, à qui elle aurait élevé des autels, et auquel, à défaut d'autels, vous avez, messieurs, érigé une statue que nous avons saluée, en passant devant elle pour nous rendre à ce funèbre séjour ; il est vrai, dis-je, que la ville natale de Pierre Bretonneau n'a rien négligé pour diminuer l'amertume de nos regrets. Par une noble et généreuse inspiration, elle a transformé pour ainsi dire une journée de deuil en un jour de fête, et en une marche triomphale le funèbre transport des précieux restes de Bretonneau jusqu'à leur dernière demeure. Elle a prouvé, par un éclatant exemple, que, contrairement à une sentence trop générale de l'historien romain, l'âge contemporain n'oubliait pas toujours les siens (*nostra ætas, oblivia suorum*), et ne laissait pas toujours à la postérité le soin d'acquitter sa dette envers eux, en même temps que par une exception trois fois sainte elle a montré que l'on pouvait, à la rigueur, *être prophète dans son pays*. Gloire donc et bénédictions à la ville de Tours, à cette belle reine d'une contrée si belle elle-même, qu'elle est partout connue sous le nom de jardin, je dirais presque de paradis terrestre, de notre glorieuse France !

Au reste, personne plus que Pierre Bretonneau n'était digne du mémorable témoignage de reconnaissance et de haute estime qu'il reçoit de son pays natal. Je laisse aux deux illustres disciples de *ce grand maître*, qui vont bientôt prendre la parole, le soin de vous faire connaître, messieurs, tous les services qu'il a rendus à la médecine. Je dirai seulement que tels ont été ces services que, grâce à eux, à eux seuls, Pierre Bretonneau s'était acquis une si grande renommée, s'était rendu si célèbre qu'on aurait pu, comme à un autre Boerhaave, lui écrire, de la contrée la plus reculée, à *Pierre Bretonneau, en Europe*. J'ajouterai que la nature lui avait dispensé, avec une libéralité et une sorte de complaisance bien peu communes, les plus brillantes, les plus éminentes facultés de l'esprit, en même temps que les plus aimables, les plus séduisantes du cœur.

Mais il est temps de finir. Adieu donc, Pierre Bretonneau. Votre nom ne sera jamais rayé des fastes de la médecine ; vous serez souvent cité, loué, glorifié. Cependant ce n'est pas tout, une autre vie a commencé pour vous. Puissiez-vous y trouver cette douce paix, cette félicité sans mélange, que l'on chercherait vainement ici-bas, et que réserve à ses élus Celui *qui seul est grand* ! Que le Dieu chanté par notre poëte national, par cet immortel Béranger, dont vous eûtes l'insigne honneur d'être l'ami ; que ce *Dieu des bonnes gens*, devant lequel il *s'inclina*, auquel *gaiement il se confia*, qu'il n'oublia point à sa dernière heure, vous reçoive à jamais dans son sein paternel !

Erratum. — Dans le passage suivant du discours prononcé par M. Velpeau aux obsèques de Bretonneau : « Assez impressionnable pour tomber en syncope près d'un ami que M. Goyrand opérait de la cataracte » (*Gazette hebdomadaire*, n° 19, p. 303, 1re colonne), au lieu de *Goyrand*, lisez *Gouraud*. M. Gouraud était alors chirurgien de l'hôpital de Tours, dont Bretonneau était le médecin.

— M. le docteur Henri Roger vient de faire don à l'Association générale d'une somme de 300 francs, et d'une somme de 200 francs à l'Association des médecins de la Seine.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 23 MAI 1862. — N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine de Paris : Demande en exploitation des eaux de Forges (Seine-et-Oise). — Académie de médecine de Belgique : Discussion sur la dysentérie. — De l'ictère grave : Réponse à M. Monneret. — II. **Travaux originaux.** Thérap. hydrothermale : Des effets des eaux thermales du Mont-Dore dans le traitement du coryza et de l'aphonie. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Amputation du clitoris dans les cas de masturbation, accompagnée de développement de désordres intellectuels. — Castration pour masturbation accompagnée d'épilepsie. — V. **Bibliographie.** Manuel de la science des fractures. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** De l'hygiène au bord de la mer.

I

Paris, 22 mai 1862.

Académie de médecine de Paris : DEMANDE EN EXPLOITATION DES EAUX DE FORGES (SEINE-ET-OISE). — *Académie de médecine de Belgique* : DISCUSSION SUR LA DYSENTERIE. — DE L'ICTÈRE GRAVE : RÉPONSE A M. MONNERET.

La discussion soulevée par un rapport de M. Tardieu sur une demande en exploitation des eaux de Forges (Seine-et-Oise) a été, on peut le dire, orageuse. Il ne faut pas trop s'en étonner ; la question a plus d'importance qu'elle ne le paraît au premier abord, et les difficultés qu'elle a rencontrées sont venues de ce que, très simple au point de vue scientifique, elle est complexe quant aux conséquences inhérentes au vote de la conclusion. S'il ne s'était agi, pour l'Académie, que de décider si les piscines de Forges peuvent être employées avantageusement pour l'usage médical, plus particulièrement dans le traitement de certaines manifestations de la scrofule, son rôle eût été facile. Chaque membre n'eût eu qu'à examiner si, à ses yeux, la commission des eaux minérales, par le soin qu'elle a mis à étudier le sujet, par le nombre et la valeur des faits cliniques qu'elle a recueillis, apporte ou non des garanties suffisantes en faveur de l'efficacité thérapeutique des eaux à exploiter. A cet égard, le rapport, dans lequel M. Tardieu a déployé la séduction ordinaire de son talent, pouvait motiver un vote favorable. Mais, cette approbation donnée, qu'en résulte-t-il? Que ces eaux de Forges sont à l'instant classées parmi les eaux minérales, à côté de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, de Saint-Honoré ou des Eaux-Bonnes, et, comme telles, pourvues d'un inspecteur. Or, tout le monde, y compris la commission, y compris le rapporteur, accorde qu'elles ne sont pas minéralisées à leur source, qu'elles ne se chargent de certains principes que dans des bassins tourbeux où elles séjournent, et par l'effet de l'altération qu'elle y subit! L'Académie elle-même, il n'y a pas plus de deux ans, l'a signalée à l'autorité comme une vulgaire eau potable! Qu'importe? dit M. Bussy ;

FEUILLETON.

De l'hygiène au bord de la mer.

(Deuxième article.)

MER ET EAU DE MER.

Au point de vue médical, la mer ne présente toutes ses propriétés réunies que prise *in situ* et dans toute sa liberté ; hors de là, l'eau de mer n'est plus qu'une eau minérale.

Le *mouvement* dont est incessamment animée la mer est un de ses caractères les plus essentiels ; c'est sa vie, comme la thermalité est la vie des eaux minérales ; pour le poëte, c'est sa respiration, sa circulation, son pouls. Telle calme qu'elle soit en apparence, cette masse liquide est toujours soumise à un mouvement très sensible pour celui qui y est plongé, et qui, variant suivant la puissance des causes qui le produisent, lui fait prendre les formes de houle, de lame, de vague, qui traduisent différents degrés de force. Le vent en est la cause la plus apparente, mais aussi la plus changeante et la plus superficielle. Les marées ont sur lui une action générale et périodique, mais très variée de degré, suivant les localités ; ainsi, dans la baie de Cancale, par exemple, il s'opère deux fois en vingt-quatre heures une différence de 6 mètres de hauteur dans le niveau de la mer ; dans les grandes marées de Saint-Malo, de Granville, du mont Saint-Michel, la différence est même de 15 mètres, et un cheval au galop peut à peine lutter de vitesse avec le flot quand la mer monte. Dans la Méditerranée, au contraire, la marée est à peine sensible. Enfin, les courants généraux, qui entraînent la mer dans telle ou telle direction, doivent être pris aussi en grande considération ; à l'embouchure des rivières, dans les canaux et les détroits, ils peuvent devenir un danger pour les baigneurs qui s'éloignent trop du bord.

La *température* de la mer a aussi des caractères qui lui sont propres ; il existe entre elle et celle de l'air des rapports constants et qui diffèrent seulement suivant le climat, la saison,

Digitized by Google

les eaux potables mêmes sont minérales; l'eau de Seine est minérale; et la quantité des principes minéralisateurs est indifférente si l'eau est médicamenteuse. Argument quelque peu anarchique. Une eau minérale est moins difficile à définir que ne se le figure l'honorable membre; c'est celle qui, minéralisée *à l'émergence*, — qu'elle le soit devenue dans les entrailles de la terre ou seulement en traversant des couches superficielles de terrain, — présente, *à l'émergence aussi*, quelque propriété thérapeutique, ainsi que l'a fait remarquer d'ailleurs M. Chatin. Voilà une base fixe de détermination, moyennant laquelle la classe des eaux minérales peut subsister, parfaitement définie et délimitée, malgré tel défaut de rapport qu'on voudra admettre entre le degré d'efficacité des eaux et la proportion de leurs principes solides ou gazeux. Mais si vous supprimez la condition d'émergence, si vous ne la liez pas à la vertu médicamenteuse, où allez-vous? Supposez cent individus dérivant de l'eau claire dans des bassins tourbeux, et l'y laissant dégénérer comme l'eau de Forges. Sans aucun doute, cette eau, se chargeant de principes sulfureux, ne sera pas sans action contre certaines maladies de la peau ou certaines plaies, surtout si elle est située dans quelque lieu salubre; supposez même que, prenant à la lettre les paroles de M. Bussy, ces individus dérivent l'eau de Seine et la fassent arriver et séjourner sur des terrains riches en substances minérales; ils adressent une demande en autorisation; que répondrez-vous? « — Ce n'est que de l'eau de Seine! — Qu'importe, puisque vous ne tenez pas compte de la condition d'origine? — Mais votre eau ne diffère guère de l'eau potable! — Qu'importe encore, puisque l'efficacité thérapeutique n'est pas subordonnée à la proportion des principes minéralisateurs? » Ne serait-ce pas la destruction, la négation même de toute classification des eaux minérales? Ajoutez que ces sortes d'eaux artificielles ne présentent aucune fixité; que, passablement chargées de principes aujourd'hui, elles le seront peu demain, suivant mille circonstances accidentelles, ainsi qu'il arrive à Forges même, ainsi que nous croyons pouvoir l'affirmer.

On voit que, pour mettre à l'aise à l'égard de la conclusion du rapport, il eût fallu pouvoir dégager la question scientifique de la question administrative. Mais la chose n'était pas possible, puisqu'il s'agissait d'une demande en exploitation d'une *eau minérale*, renvoyée à la *commission des eaux minérales*. Après un débat animé et parfois irrité, l'Académie a voté la conclusion du rapport, mais à une majorité presque insignifiante.

— A l'occasion d'une note présentée par M. Mascart et relative à une épidémie de dysentérie qui a régné en 1857 à Lasne-Chapelle-Saint-Lambert, une discussion s'est élevée à l'Académie de médecine de Belgique, sur la nature et le traitement de la dysentérie. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1862, 2ᵉ série, t. V, n° 2.) Que la maladie soit sporadique, endémique ou épidémique, M. Crocq y voit constamment une inflammation, sans contester pourtant d'une manière absolue certaines différences liées aux conditions d'origine. Sous ces trois formes également, M. Graux n'y voit qu'un rhumatisme des parois musculaires du côlon, ayant pour effet de provoquer des contractions violentes de l'intestin, lesquelles, à leur tour, enrayent la circulation capillaire des membranes, expriment le sang de la muqueuse et produisent les ecchymoses, l'hémorrhagie et même le sphacèle. D'autres membres, comme M. Fossion et M. Thiry, se sont appliqués à montrer que, dans la dysentérie épidémique, l'état du pouls, certains symptômes abdominaux, et plus particulièrement l'expérience thérapeutique, déposent, en dépit des altérations anatomiques, contre l'existence d'une vraie phlegmasie.

Le problème que s'est posé l'Académie belge est le même au fond que celui dont nous nous occupions récemment au sujet de l'ictère grave : Étant donné un groupe bien défini, soit de symptômes, soit de lésions anatomiques, soit de lésions et de symptômes corrélatifs, — garderobes mucoso-sanguines avec ulcération du gros intestin, ou jaunisse maligne avec ou sans altération du foie, — déterminer expérimentalement les influences diverses qui peuvent donner lieu à la formation de ce groupe; puis chercher dans les désordres symptomatiques ou anatomiques, ainsi que dans les résultats thérapeutiques, les traits qui peuvent correspondre à chacune des influences morbides; enfin demander, quand il se peut, à la science, nous voulons dire à la physiologie, la raison des phénomènes observés, de leur succession, de leurs différences d'intensité ou de gravité, etc. C'est seulement par cette vue d'ensemble qu'on peut, suivant nous, espérer, sinon de pénétrer la nature intime des maladies, du moins de fixer leurs caractères différentiels, d'en acquérir la notion raisonnée, de discerner les espèces et les variétés, et d'ouvrir par là même des voies sûres au diagnostic, au pronostic et au traitement. Voilà aussi comment on peut sauvegarder en toute sécurité les intérêts de la clinique, sans sacrifier d'autres droits non moins respectables, dont aucune science positive ne peut se passer, sans lesquels même il n'y a pas de

---

l'heure de la journée, toutes circonstances qu'il importe de bien connaître pour obéir aux indications particulières qui naissent des susceptibilités individuelles, des constitutions et des genres de maladie. D'une manière générale, sur les côtes, sa moyenne annuelle est supérieure à celle de l'air; pendant l'été, le rapport est inverse, et encore quelquefois le jour seulement; car la nuit l'air redevient plus froid, et le matin comme le soir il y a équilibre. Sur les côtes de la Manche, à Dieppe, la température moyenne de la mer, pendant les trois mois d'été, est de 18 degrés; ses extrêmes de 15 degrés en juillet et de 20 degrés en août, chiffres ronds. Dans la Méditerranée, à Cette, sa moyenne est de 22 degrés; elle ne descend pas au-dessous de 18 degrés, et monte fréquemment au-dessus de 28 degrés à la marée montante, quand le sable s'est échauffé; les malades se plaignent souvent, pendant le mois d'août, que la mer est trop chaude (Viel). Dans le bassin d'Arcachon, sa moyenne est de 20°,7, son minimum de 18 degrés, son maximum de 25 degrés; le sable échauffé par le soleil la fait aussi monter de 3 à 5 degrés au moment du flot (Hameau). Au nord comme au sud, des causes accidentelles font varier subitement ces chiffres. Ainsi, à Dieppe, par des vents pluvieux de nord-ouest et de sud-ouest, la mer baisse de 2°,5 en une nuit; par les vents de l'est au sud, elle s'échauffe et peut monter d'un degré d'un jour à l'autre. A Cette, par la violence des vents du nord, elle baisse de 6, 8 et 10 degrés (Viel); par les vents du sud, elle s'élève proportionnellement. Ces différences sont importantes à connaître pour le choix du climat et du genre de traitement.

La *densité* est encore un des caractères de la mer les plus étroitement liés à ses propriétés médicales. Celle de l'eau douce étant de 1,0004, la sienne est en moyenne de 1,0286, un peu moins dans l'Océan et la Manche, un peu plus dans la Méditerranée, ce qui est dû à la différence de température et d'évaporation, et peut-être aussi, d'après l'analyse de Bouillon-Lagrange, à la présence d'un peu moins de gaz en dissolution dans la Méditerranée.

Enfin, sa *constitution chimique* fait de la mer l'eau minérale

Digitized by Google

science : nous voulons parler des droits de l'interprétation, ou pour l'appeler par son nom, de la *théorie* physiologique. La dysentérie étant peut-être une des maladies dont l'histoire nosologique laisse le plus à désirer, nous en ferons, sous le rapport qui vient d'être indiqué, l'objet de quelques remarques dans le prochain numéro.

— M. Monneret ayant jugé à propos de répondre à notre article sur l'ictère grave (*Gaz. hebd.*, n° 12, p. 177), non dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui se fût empressée d'accueillir ses observations, mais dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, nous avons adressé au rédacteur en chef de ce journal la lettre suivante :

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur le rédacteur,

En transportant dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS une discussion engagée par moi dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1862, n° 12, p. 177, M. le professeur Monneret m'oblige à vous adresser également ma réplique, afin que le lecteur n'en soit pas réduit, comme il arrive trop souvent, à l'argumentation d'un seul adversaire.

Voici spécialement, dans l'article de M. Monneret (*Gazette médicale de Paris*, n° 15, p. 228), dont je n'ai eu connaissance que ces jours derniers, le passage que je désire relever :

« M. Bamberger, dit M. Dechambre (*Gaz. hebdom.*, p. 180, 1862), après avoir affirmé l'existence constante de l'ictère grave dans le cas d'atrophie aigue, se hâte de montrer comment la même expression (symptomatique, peut naître de la cirrhose, de l'occlusion des veines biliaires, de l'inflammation de la veine porte. Wunderlich cite des faits où l'on ne trouve aucune lésion ; Budd rapporte le mal à un poison venu du dehors; Forster à un empoisonnement du sang par la pyémie, le venin des serpents, et par un miasme ; Virchow à des lésions très diverses ; Lebert, enfin, y ajoute la syphilis et le miasme. On pourrait croire, d'après cette énumération longue et stérile, que M. Dechambre va conclure que nous ignorons complétement la cause de l'ictère grave. En aucune manière; il tient à l'atrophie, et il n'hésite pas à demander, en présence des faits sans nombre qui existent aujourd'hui, *si réellement l'atrophie des cellules n'a pas toujours été constatée*. En vérité, il faut être bien prévenu par les spéculations de cabinet, *et avoir vu bien peu de malades* pour adresser une question de ce genre aux hommes dignes de foi, *et même aux auteurs allemands qu'il cite avec tant de prédilection et qui affirment le contraire.* »

Voilà un passage que certes j'aurais inséré avec empressement dans la feuille que je dirige, non loin de l'article auquel il prétend répondre, et qui avait pour but de montrer que M. Monneret n'a qu'une idée très superficielle du point d'histoire dont il s'occupe ; car les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE auraient été mieux disposés à croire, avec nous, que M. Monneret connait mal les auteurs allemands en le voyant interpréter ainsi à contre-sens un travail écrit en français intelligible.

De quoi s'agit-il?

Dans plusieurs écrits, l'honorable professeur, rendant toute l'Allemagne médicale solidaire d'une doctrine qui est celle de Frerichs, avait accusé « les médecins allemands » de rapporter l'ictère grave uniquement à l'*atrophie aiguë du foie*. Il m'a paru qu'une aussi grosse erreur d'histoire, venant d'un professeur de la Faculté de médecine, devait être redressée. Dans l'article à ce destiné, je constate d'abord que, aux yeux des anatomo-pathologistes allemands et anglais, il s'agit moins de la réduction de volume du foie que de l'*atrophie des cellules*, laquelle est compatible avec le maintien du volume normal, et même avec l'*hypertrophie*, de la glande. Puis, considérant spécialement cette altération des cellules quant à sa valeur étiologique, je pose une distinction essentielle : « Autre chose est de faire dériver entièrement et toujours l'ictère grave de l'atrophie hépatique ; autre chose de rapporter l'ictère grave à l'atrophie DANS LES CAS PARTICULIERS OU CETTE ATROPHIE EXISTE RÉELLEMENT. » Cette distinction, que M. Monneret ne parait pas avoir aperçue, sert pourtant de texte à toute mon argumentation.

Quant à la première opinion, j'établis, à l'aide des citations « stériles » rappelées par M. Monneret, qu'elle n'a presque aucun crédit ni en Allemagne, ni en Angleterre ; et c'est au sujet de la seconde manière de voir, celle dans laquelle, l'atrophie des cellules *existant réellement*, on y rattache l'ictère malin ; c'est *à ce sujet seulement* que j'exprime l'opinion si sévèrement jugée par mon contradicteur. Je cite textuellement :

« Ceux qui, *voyant* coïncider l'ictère grave avec l'*atrophie des cellules hépatiques*, ont attribué le symptôme à la lésion, ont agi comme font tous les jours les pathologistes les plus exclusivement voués à la contemplation des caractères *macroscopiques* des altérations. Maintenant, cela a-t-il été pour les médecins allemands ou anglais le dernier mot de la question? Nullement. Quelques uns, devançant une objection de M. Monneret, montrent avec Budd (*Diseas. of the Liver*, 2ᵉ édit., p. 213 et 214), que la destruction des cellules hépatiques existe quelquefois sans ictère grave et en dehors de l'atrophie du foie. Sur ce point même nous trouvons un peu formalistes ceux qui concluent du fait signalé par Budd contre la doctrine de l'ictère atrophique. Une destruction de cellules n'a en soi rien de spécifique : elle peut avoir lieu par des modes divers, et ce sont ces modes qui sont surtout à considérer dans l'interprétation des symptômes. Ainsi la bile, retenue par un calcul, dilate les conduits hépatiques, comprime le tissu ambiant, conséquemment les cellules, qu'elle aplatit, déforme et fait *lentement* disparaître. L'ictère, s'il se montre alors, peut n'être pas grave, par la même raison que l'oblitération *graduelle* d'une veine peut n'apporter qu'un très faible désordre dans la circulation et la nutrition du membre. Mais a-t-on vu l'ictère grave faire défaut *quand existait* cette altération *spéciale* et *complexe* (décrite plus haut, d'après M. Robin) qui *caractérise* l'atrophie *aiguë* des éléments anatomiques du

---

la plus minéralisée, et la place à la tête des eaux chlorurées sodiques fortes. Sa composition n'est pourtant pas identique partout ; elle varie suivant le climat et la latitude, suivant l'éloignement des côtes et le voisinage des cours d'eau douce qui s'y déversent, suivant d'autres causes encore dont on ne détermine pas bien la nature. Toutefois, sur les côtes de France, la proportion de ses principes ne diffère pas au point de constituer un changement notable dans son action minérale ; c'est d'ailleurs là où cette action est le plus souvent mise en usage que le chiffre total de ses principes est le plus élevé : à Arcachon, il est de 38,727 sur 1000 ; dans la Méditerranée, de 38,625 ; dans la Manche, de 32,657 seulement. Le chlorure de sodium, qui en est la caractéristique et prend probablement son origine dans des couches profondes de sel gemme, est aussi son principe le moins variable, quant à sa proportion. Les sulfates varient, au contraire, d'après M. Forchammer, suivant la nature du fond, tantôt formé par de l'argile, tantôt par des coquillages et des sables calcaires ou quartzeux. Malgré la sensibilité des réactifs, il est remarquable que l'analyse chimique n'a pu déceler jusqu'ici la présence de l'iode dans l'eau de mer ; mais on extrait une forte proportion de bromure de sodium des eaux mères des salines. Les carbonates sont en petite quantité ; et quant aux matières organiques, dont les analyses tiennent à peine compte et qui doivent être prises en grande considération par le médecin, c'est à elles que la mer doit sa viscosité et son odeur, la propriété de se putréfier promptement au repos et à l'air libre, en répandant des odeurs d'hydrogène sulfuré ou de sulfhydrate d'ammoniaque dues à la décomposition des sulfates ; elles sont plus abondantes sur les plages où se rencontrent des débris de plantes marines et des animalcules marins. L'oxyde de fer est mentionné dans la plupart des analyses ; l'argent, le cuivre et même l'arsenic sont signalés dans quelques-unes.

Les autres caractères de la mer ont moins d'importance. Sa *couleur* présente des teintes bleues ou vertes, générales ou partielles, nuancées ou changeantes, suivant l'état du ciel qu'elle

Digitized by Google

foie? Voilà en quels termes la question doit être posée. Pour notre part, *nous sommes fort enclin à la résoudre par la négative*, et les faits communiqués à la Société des hôpitaux par MM. Blachez et Woillez, postérieurement au travail de M. Monneret, ajoutent encore aux motifs de notre opinion. »

On peut juger maintenant de la singulière distraction de M. Monneret. Pour ne pas laisser impliquer toute l'Allemagne médicale dans une opinion trop exclusive, je la montre constituant l'ictère grave « en espèce nosologique distincte »; donnant pour source étiologique à cette affection « des lésions *diverses* de l'appareil biliaire, parmi lesquelles l'atrophie aiguë *figure à son rang et pour sa part* »; plaçant même quelquefois cette source « *hors de toute lésion anatomique, hors même de l'organisme* ». Non-seulement le but de l'article, qui était d'absoudre les médecins allemands de l'erreur du petit nombre; non-seulement le sens de chaque passage, et, pour ainsi dire, de chaque ligne, témoignait de mon adhésion à cette manière large d'envisager l'ictère malin; non-seulement, par conséquent, j'accorde que l'ictère malin peut exister sans atrophie aiguë; mais j'accorde que l'atrophie des cellules peut exister sans ictère grave. Je me montre seulement *enclin* à penser que l'ictère grave suit toujours l'altération spécifique dans laquelle l'atrophie est aiguë, dans laquelle aussi la trame du parenchyme hépatique est parsemée de corps fusiformes fibro-plastiques; et M. Monneret me fait demander si l'atrophie des cellules n'a pas toujours été constatée dans l'ictère grave! Je regarde comme probable que telle lésion, *quand elle existe*, entraîne tel symptôme, et M. Monneret me fait dire que ce symptôme n'existe jamais sans cette lésion!

Je me borne à cette rectification de fait, bien que l'article de M. Monneret soit susceptible de plus d'un genre de remarques. Un mot seulement sur un point que je n'eusse jamais songé à introduire dans le débat, et que je ne relèverais même pas si l'on n'y rattachait une question de compétence. Mon contradicteur induit de l'étrangeté de mon opinion sur l'étiologie de l'ictère grave que *je vois peu de malades*. Ce ton d'aigreur et cette intention malveillante sont assurément peu dignes de lui. Mais maintenant que mon opinion, rectifiée, doit lui paraître plus raisonnable, ne pourrait-il en inférer, par le même procédé logique, que je vois autant de malades que lui, ou même davantage? Cela aurait le double avantage de me flatter et d'être, si je ne me trompe, plus conforme à la vérité.

Veuillez agréer, etc. A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique hydrothermale.

DES EFFETS DES EAUX THERMALES DU MONT-DORE DANS LE TRAITEMENT DU CORYZA ET DE L'APHONIE, par le docteur Jules MASCAREL, médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault, chevalier de la Légion d'honneur, médecin aux eaux du Mont-Dore, etc.

« Là vous guérirez; ne me demandez pas pourquoi, je n'en sais rien. »

BRETONNEAU.

Dans un mémoire publié en 1859 (1), nous avons déjà établi que, de tous les effets des eaux thermales du Mont-Dore, il n'en est pas de plus évident et de plus remarquable que celui exercé sur la membrane muqueuse des voies respiratoires. Les faits nouveaux que nous allons rapporter ont pour but de mettre cette vérité dans tout son jour, de manière à porter la conviction dans tout esprit impartial et sincère. Nous nous bornerons, pour le moment, à étudier cette action dans les fosses nasales d'une part, dans la cavité laryngienne d'autre part.

De toutes les maladies des fosses nasales, celle qui se présente le plus souvent aux yeux de l'observateur est sans contredit la maladie appelée *rhume de cerveau*, autrement dit le coryza. Rien n'est plus fréquent que cette affection à la grande clinique des eaux du Mont-Dore, où elle se rencontre chez plus d'un quart des malades qui se rendent à ces thermes pour une affection des voies respiratoires. Les fosses nasales, en effet, indépendamment de l'organe de l'olfaction qu'elles recèlent et protégent dans la profondeur de leur labyrinthe, ne sont-elles pas, par leur situation topographique, comme le vestibule des voies aériennes? C'est dans cette antichambre cloisonnée, anfractueuse et sinueuse, et dont les abords sont armés d'une multitude de petits poils entrecroisés en sens divers comme pour en défendre l'entrée, soit aux insectes, soit aux mille petits corps étrangers qui flottillent dans l'air le plus pur, qu'il soit sec, qu'il soit humide; c'est là, dis-je, que vient se réchauffer, se purifier, se tamiser, en quelque sorte, ce même air, indispensable aliment de la vie. Or, si par une cause quelconque, une occlusion partielle ou totale vient à se produire dans ces premiers couloirs de l'air qui va alimenter la respiration, des phénomènes morbides vont immédiatement prendre naissance. Sans parler de la perte ou de l'affaiblissement de l'odorat, suivant le degré de l'occlusion, sans parler

(1) *Les maladies de l'appareil respiratoire devant les eaux du Mont-Dore*. Paris, Germer Baillière, 1859.

reflète, suivant la nature du fond qu'elle recouvre, suivant les mélanges qu'elle subit de la part des eaux qui s'y jettent sur les côtes. Telle elle nous apparaît dans nos climats, et nous n'avons pas à rechercher ici les causes qui lui communiquent les couleurs particulières auxquelles elle doit les noms divers qu'on lui donne dans d'autres régions du globe. L'eau de mer recueillie dans un vase est incolore. Son *odeur* est caractéristique et participe aux propriétés de l'atmosphère qui la transmet. Ce n'est pas de l'eau seule qu'elle émane, car les plages découvertes par le reflux sont plus odorantes que la mer elle-même; lorsqu'elles sont vaseuses ou recouvertes d'algues marines, l'odeur est même assez forte pour blesser le sens de l'odorat. Or, les vases et les plantes marines contiennent de notables proportions de chlore, d'iode et de brome, comme le démontrent l'analyse des vases de Suède faite par M. Dor, ainsi que les produits obtenus par l'incinération des varechs; tandis que la mer n'en contient que des traces. Ce n'est donc pas à ses sels, mais aux matières organiques qu'elle recouvre et qu'elle contient, qu'elle doit son odeur. Quand la décomposition a détruit ces matières dans l'eau de mer au repos, cette odeur disparaît. Sa *saveur*, malgré la prédominance du rôle qu'y jouent les sels de soude et de magnésie, a quelque chose qui la distingue de la saveur salée ordinaire, et qui dépend encore des matières organiques et volatiles; celles-ci détruites, elle prend le goût amer et salé franc. Enfin, le phénomène curieux de la *phosphorescence* n'est-il pas aussi l'effet de la présence des matières organiques mortes ou vivantes, qui ne peuvent manquer de jouer un rôle dans l'action de la mer sur l'organisme humain; et la production de ce phénomène par choc ou frottement, de même que les flammes qui s'élèvent parfois de la surface de la mer ou apparaissent à la pointe des mâts, ne sont-elles pas dues à l'*électricité*, qui s'y accumule accidentellement ou s'y développe continuellement par des réactions chimiques nombreuses, et qui a aussi sa part d'action physiologique et thérapeutique?

Digitized by Google

de la dyspnée, et par conséquent de l'accélération incessante des mouvements respiratoires, les colonnes d'air, obligées de passer d'emblée par la cavité buccale, se précipitent dans le larynx, la trachée et les bronches, telles qu'elles arrivent du dehors et sans avoir eu le temps de se réchauffer et surtout de se dépouiller de ces myriades de corps étrangers dont on n'a qu'une faible idée en observant quelques instants un rayon de soleil qui pénètre dans un appartement. Joignez à cela l'altération du timbre de la voix, qui prend le caractère nasonné, et la difficulté éprouvée chaque fois qu'il s'agit de boire un liquide quelconque. Il est, en effet, impossible de boire autrement que d'une façon entrecoupée : ce sont les malades eux-mêmes qui vous instruisent de ce phénomène, qu'on s'explique parfaitement. Mais c'est surtout pendant le sommeil que les inconvénients et les dangers augmentent. En effet, par suite de l'occlusion des voies nasales, les lèvres, la langue, le voile du palais et toute la cavité buccale, soumis au double courant d'air inspiré et expiré, ne tardent pas à se refroidir, puis à se dessécher; la langue devient comme un copeau, elle se colle au palais, et le malade se réveille forcément et se précipite vers un verre d'eau pour rendre aux parties desséchées l'humidité dont elles ne sauraient se priver. La bronchite et surtout la laryngo-trachéo-bronchite deviennent la conséquence inévitable de cet état de choses. Que si la phlegmasie de la membrane pituitaire pénètre dans l'antre d'Hygmore, ou bien encore dans les sinus creusés dans l'épaisseur des os du front, la névralgie faciale, l'hémicrânie, l'alanguissement des fonctions cérébrales et une certaine coloration morbide de la face correspondante prennent successivement naissance. Enfin des écoulements variables pour la quantité, la qualité et l'odeur, accompagnent presque toujours cette affection, dont l'un des moindres inconvénients, sous l'influence des plus petites variations de température, est de descendre dans le pharynx et plus souvent dans le larynx, et de là dans le reste de l'arbre respiratoire.

Le devoir du médecin est donc de lever le plus promptement possible l'obstacle qui s'oppose à la libre circulation de l'air, car pour peu qu'il y ait une prédisposition à ce qu'on appelle vulgairement poitrine faible, ou prédisposition à la diathèse tuberculeuse, ce n'est pas impunément que les organes de l'hématose se trouvent sous le coup incessant de ces bronchites dites à répétition. Or, rien n'est plus facile à faire disparaître que le coryza aigu et chronique par la médication thermale du Mont-Dore. Il est bien entendu ici que nous ne nous occupons que du coryza *médical*, c'est-à-dire de celui qui tient à une phlegmasie aiguë ou chronique de la membrane muqueuse qui tapisse les fausses membranes et les sinus, laissant à la chirurgie l'obstruction qui résulte de la présence, soit d'un corps étranger venu du dehors, soit d'une production morbide osseuse, polypeuse, cancéreuse ou pierreuse, comme nous en avons rapporté un exemple de cette dernière à la Société de chirurgie il y a une dizaine d'années.

Tout le monde sait la facilité avec laquelle certaines personnes prennent un coryza et s'en débarrassent de même; nous ne nous y arrêterons pas, mais il en est d'autres qui le gardent huit, quinze, vingt jours et au delà, et c'est alors, comme on dit dans le monde, que le rhume de cerveau *tombe* bientôt sur la poitrine. La phlegmasie dite pituitaire se comporte, d'ailleurs, comme celle des autres membranes muqueuses, c'est-à-dire qu'elle se présente tantôt sous la forme sèche, forme qui accompagne presque toujours le début, tantôt elle prend le caractère humide. Quelle que soit sa forme, la médication thermale n'en triomphe pas moins. Et il y a bien longtemps déjà que notre illustre Bretonneau nous a appris à guérir le coryza éphémère en faisant aspirer au malade, pendant trois ou quatre jours, de l'eau minérale naturelle du Mont-Dore, préalablement chauffée au bain-marie à une température de 45 degrés. Mais pour peu que la maladie se reproduise souvent et qu'elle prenne les allures de la chronicité, ce n'est plus une simple ablution d'eau qui en triomphera, c'est l'emploi simultané et bien combiné des divers moyens balnéaires dont dispose le petit arsenal médico-chirurgical du Mont-Dore. Nos observations de guérison de coryza fourmillent; ici nous nous bornerons à rappeler les suivantes :

Obs. I. — *Coryza chronique complet datant de six mois, à forme sèche, rebelle à toute espèce de médications; guérison complète en cinq jours par les eaux thermo-minérales du Mont-Dore.* — Un mécanicien âgé de quarante et un ans, d'une forte constitution, très sujet aux bronchites catarrhales et au coryza depuis trois ans, finit par garder cette dernière affection à l'état permanent et chronique; depuis six mois il ne respirait plus autrement que par la bouche, et toutes les nuits il était réveillé la langue sèche, collée au palais, et obligé de sortir de son lit pour boire. La voix était nasonnée, et il n'est sorte de fumigations, d'insufflations et de cautérisations qui n'aient été essayées sous toutes les formes par des praticiens fort expérimentés, et toujours sans aucune espèce de succès. D'après les conseils de M. le docteur Herpin, ce malade vint au Mont-Dore le 12 juillet 1860, se plaignant de bronchite catarrhale simple, et par-dessus toute chose de son coryza.

L'inspection des fosses nasales ne fit découvrir la présence d'aucun corps étranger, mais seulement un épaississement de la pituitaire sans sécrétion. Les deux narines se trouvaient presque hermétiquement fermées, et en pressant du doigt sur l'un ou l'autre lobule du nez, il était presque impossible de faire renifler de l'air.

Ce malade étant d'une bonne constitution, nous supplie de mettre tout en œuvre pour lui faire disparaître cette infirmité. Nous lui fîmes entrevoir que très probablement il ne quitterait pas les eaux sans en être débarrassé. Tous les moyens balnéaires furent mis en usage à la fois, et le *cinquième* jour les voies nasales étaient complétement libres; ce mécanicien quitta les eaux le 30 juillet, débarrassé à la fois et de son coryza et de son catarrhe. Nous avons eu des nouvelles de ce malade plusieurs fois, et un an après, la maladie ne s'était pas reproduite.

Obs. II. — Une jeune demoiselle âgée de vingt ans, d'une rare beauté,

---

BAINS DE MER.

L'usage médical de la mer est limité au bain froid, bain de mer ou bain à la lame. L'eau de mer est employée à divers autres usages. Nous devons insister sur les principes du bain pris à la mer, car c'est l'élément principal du traitement marin hydrothérapique, celui qu'on a presque toujours en vue quand ce traitement est indiqué; mais, avant d'en formuler les règles pratiques, il convient de caractériser son mode d'action et la part qu'y prend chacune des propriétés principales de la mer. Les phénomènes accusés par le baigneur nous serviront pour cela.

Mode d'action du bain de mer. — La première impression ressentie en entrant dans la mer est le froid, avec frissonnement, dont la sensation est d'autant plus vive et plus désagréable que l'immersion se fait plus lentement. Elle se confond avec des sensations plus pénibles encore de gêne de respiration, d'oppression épigastrique et de constriction cérébrale. L'engourdissement ou la stupeur des mouvements musculaires, la dépression et la lenteur du pouls, la pâleur et l'astriction de la peau auxquelles on donne le nom de chair de poule, suivent bientôt. Mais, plus ou moins rapidement, ce premier trouble s'apaise, la sensibilité s'émousse, l'équilibre s'établit dans une certaine mesure, et les sensations pénibles sont même remplacées, chez les habitués surtout, par un sentiment de bien-être; chez quelques-uns, la chaleur succède au froid; la peau se détend, les mouvements recouvrent leur jeu, la respiration et la circulation reprennent leur rhythme et le dépassent même souvent. Cette première réaction est plus ou moins marquée, suivant la tolérance naturelle ou acquise; il est des baigneurs qui restent impressionnés tout le temps qu'ils séjournent dans l'eau; il en est d'autres qui sentent à peine le froid en entrant et conservent leur chaleur tout le temps. La température de l'air et de la mer influe aussi sur ces différences. Toutefois, ce n'est

d'une peau fine extrêmement délicate, d'un tempérament nerveux, bien réglée, mais sujette aux migraines et aux congestions des globes oculaires, congestions appréciables plutôt à l'ophthalmoscope qu'à l'examen extérieur, se rendit aux eaux du Mont-Dore, d'après les conseils du docteur Guérineau, pour une grande susceptibilité des muqueuses, et surtout pour un coryza sec, datant de trois mois, extrêmement fatigant.

La langue est presque toujours saburrale, l'appétit capricieux, quelquefois fort, plus souvent faible, mais sans pica malacia, ni pyrosis, ni vomissement glaireux ou bilieux, ni constipation. Mademoiselle *** attribue la persistance de son coryza à l'application de compresses d'eau froide qui furent faites, il y a trois mois, pour ses douleurs contuses dans les yeux. Toujours est-il qu'elle ne peut dormir autrement que la bouche entr'ouverte, et qu'il lui est impossible en reniflant de faire passer un liquide quelconque chaud ou froid par l'une ou l'autre narine.

Après quelques jours du traitement thermal, la pituitaire devint plus humide, il survint de l'éternument et une abondante sécrétion de mucus blanchâtre: un jour l'eau minérale pouvait être aspirée d'un côté, un autre jour c'était de l'autre; enfin, dès le treizième jour, l'eau put facilement passer des deux côtés et revenir par la bouche. Dès ce moment la guérison était assurée.

Nous venons de rapporter deux exemples de coryza sec, en voici un de coryza humide s'étendant des narines à tous les sinus d'une moitié de la face.

Obs. III. — Un officier d'état-major âgé de cinquante-trois ans, grand, fort et pléthorique, se plaignait depuis trois ans d'hémicrânie du côté droit, de douleur et de pesanteur au front, avec injection de la pommette droite sous l'influence de la plus petite excitation; cet état s'accompagnait de coryza, tantôt simple, le plus souvent double, donnant lieu à une abondante sécrétion d'humeur jaunâtre et quelquefois verdâtre, sans toux, sans expectoration. Cet état augmentait ou diminuait sous l'influence des variations hygrométriques de l'air, et avait fini par rendre cet officier triste et morose, au point de négliger ses occupations et de se condamner à l'inaction. Après bien des médications employées sans succès, il se rendit aux eaux du Mont-Dore en juillet 1860.

Une inspection attentive des fosses nasales ne nous fit pas découvrir autre chose qu'un épaississement chronique de la pituitaire, au point d'oblitérer presque entièrement la narine droite, mais sans tumeur ni ulcération; une abondante sécrétion d'un jaune verdâtre s'échappait sans cesse de la narine droite, sans beaucoup d'odeur, et lorsque le coryza diminuait, la céphalalgie frontale augmentait, ainsi que l'injection de la conjonctive oculo-palpébrale du côté droit, et *vice versâ*. Le malade fut soumis aux grands bains, puis aux demi-bains, aux douches à la nuque et aux vapeurs, ainsi qu'à l'eau en gargarisme, en aspirations répétées et en boisson à dose progressivement croissante. Les premiers effets du traitement furent d'aggraver tous les accidents, mais bientôt survint la réaction, et lorsque ce malade quitta les thermes, après dix-neuf jours de traitement, il éprouva une très grande amélioration.

L'hiver suivant se passa dans des conditions très bonnes; les accidents avaient tellement diminué que cet officier ne garda pas la chambre un seul jour; le coryza revenait encore par les temps humides, refroidis, mais durait seulement quelques jours.

Notre malade nous est revenu cette année, juillet 1861, n'ayant pas eu de coryza depuis deux mois. Le traitement, repris comme les années précédentes, mais avec des modifications, ramena le coryza dès le second jour; rien pour cela ne fut changé, et trois jours plus tard tous les accidents avaient disparu. Ce malade a quitté les eaux dans d'excellentes conditions, fort content de son séjour, qui a duré dix-huit jours.

Obs. IV. — *Coryza chronique complet datant du mois de février 1848; perte de l'odorat; catarrhes chroniques; désoblitération entière des fosses nasales en* trois jours. — M. Chatet, propriétaire à Franceuil, canton de Bléré (Indre-et-Loire), âgé de cinquante-trois ans, contracta à l'époque de la révolution de 1848 un double coryza auquel il fit d'abord peu d'attention. Mais au bout de quelques mois, les narines s'obstruant de plus en plus, il fit d'abord plusieurs remèdes de commère qui n'amenèrent aucun résultat. Il eut recours ensuite à divers médecins, dont les remèdes lui procurèrent quelque soulagement, et cette amélioration n'étant pas durable, il renonça à toute espèce de traitement. Obligé de dormir la bouche ouverte, de se lever la nuit pour humecter sa langue, qui était desséchée, et d'inspirer les colonnes d'air telles qu'elles venaient de l'extérieur, comme le malade m'en fait très exactement l'observation, une bronchite catarrhale subaiguë, puis chronique, ne tarda pas à se déclarer, et persiste encore aujourd'hui, c'est-à-dire depuis onze à douze ans.

L'exploration ne faisant pas découvrir autre chose que ces deux maladies: coryza sans complication mais chronique, bronchite chronique généralisée mais non tuberculeuse, et d'un autre côté le malade étant d'une forte constitution sanguine sans pléthore et paraissant beaucoup plus jeune que ne le comportait son âge, je résolus de mettre tout en œuvre pour le débarrasser au plus vite d'une infirmité qui faisait le tourment de toute sa vie.

Sous la triple influence de l'eau thermale administrée *intus* et *extra* et en douches, les deux narines étaient complétement désobstruées à la fin du *troisième jour* de son traitement. Un si beau succès ne s'obtint pas sans sacrifices. La vigueur du traitement développa une fièvre thermale qui effraya beaucoup plus le malade que le médecin, bien que le premier se consolât facilement, tout joyeux qu'il était de dormir la bouche fermée: « Bien que j'aie eu la fièvre cette nuit, me disait-il, au moins je n'ai plus la langue sèche, je ne dors plus la bouche ouverte. » Cette fièvre thermale fut caractérisée de la manière suivante: chaleur et injection cutanée particulièrement du visage, absence de frissons, absence de céphalalgie; pouls large, 72 à 75 pulsations, et bien développé, comme lorsque le pouls est à la sueur; constipation, urines chargées, inappétence, courbature dans les membres. Avec quelques jours de repos tous ces phénomènes disparurent, et le traitement fut repris pour le catarrhe chronique; ce malade partit après vingt quatre jours de séjour au Mont Dore complétement débarrassé de son coryza, mais conservant encore quelques vestiges de sa bronchite chronique; il ne restait plus de celle-ci qu'un peu de toux le matin seulement et sans expectoration.

Est-ce à dire que tous les coryzas vont disparaître d'une façon aussi rapide, aussi durable que dans le cas précédent? Non, assurément; mais nous ne craignons pas d'assurer qu'il en sera de même huit à neuf fois sur dix, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, pourvu que les personnes ne se trouvent pas dans l'une des deux circonstances suivantes: 1° un grand état de faiblesse soit naturelle, soit acquise, par suite de quelque lésion chronique; 2° une très grande aptitude à la transpiration journalière. Nous avons cette année même donné nos soins à un négociant du Havre, affecté d'asthme, de bron-

---

pas ce premier mouvement de résistance, souvent très court, à l'impression du bain, qui caractérise l'action curative de celui-ci; ce sont les phénomènes qui suivent immédiatement la sortie de l'eau, et qui persistent pendant un certain temps. Alors, si le bain a été de courte durée et pris dans un but de médication reconstitutive, le mouvement de concentration qui s'est opéré pendant le séjour dans l'eau, est remplacé par un mouvement inverse d'expansion centrifuge dans toutes les fonctions impressionnées, et c'est ce phénomène qui constitue la véritable réaction. Quand on poursuit une action sédative ou une action minérale, et que le bain a été prolongé, la réaction doit être peu marquée ou nulle; mais, dans aucun cas, le baigneur, en sortant de l'eau, ne doit rester grelottant et rebelle à toute réaction naturelle ou provoquée; car alors il tombe dans un état de dépression des forces, toujours dangereux, quel que soit le but qu'on poursuive.

L'action du bain de mer hydrothérapique consiste donc dans le mouvement alternatif de concentration et d'expansion qu'on désigne sous le nom de réaction, et qui porte primitivement sur la sensibilité, la circulation et la respiration, secondairement et par des actes répétés de recomposition et de décomposition, sur les fonctions d'innervation, de nutrition et de reproduction. Elle est de caractère dynamique, et sa puissance, bien dirigée et proportionnée au but qu'on veut atteindre, devient le modificateur d'une foule d'états morbides qui ont pour principe un affaiblissement des actes ou des ressorts organiques. Certaines modifications dans la pratique du bain, ou le choix d'un climat favorable, peuvent changer le mode de cette action, qui devient calmante ou minérale à volonté.

La complexité de l'action du bain est d'ailleurs en rapport avec la multiplicité des propriétés de la mer, dont le rôle séparé peut très bien s'analyser. La température froide est celle dont il faut d'abord tenir compte: c'est elle qui, en impressionnant vivement la sensibilité de la peau, détermine sa contractilité et chasse les liquides de la périphérie au centre; de plus, pour que la peau se mette en équilibre de température

Digitized by Google

chite et de coryza, et que le docteur Denouette avait envoyé au Mont-Dore pour cette triple affection. Or, ce négociant, d'une force et d'une apparence herculéenne, est sans cesse en transpiration. Toutes les nuits, de deux à quatre heures du matin, il est pris d'une sueur sur tout le côté droit du corps, et quelquefois seulement au tronc, tellement abondante que, draps et matelas, tout est mouillé de sueur. Pendant le jour même, lorsque la température extérieure est seulement tempérée, il ne peut parcourir 250 mètres, même sur un plan horizontal, sans être pris tout de suite d'une transpiration très abondante, et à plus forte raison s'il faut monter un escalier ou une petite pente. Le coryza durait depuis quatre mois, plusieurs fois il disparut pendant le cours du traitement, mais il suffisait d'être exposé à l'action de l'air froid, passant soit par le trou d'une serrure, soit par les joints d'une porte ou d'une croisée communiquant avec l'air extérieur, pour tout de suite faire renaître le coryza. Cependant, au moment du départ, qui eut lieu après vingt-cinq jours de séjour dans les montagnes, les narines étaient libres et la bronchite presque complétement effacée. Nous ne doutons pas que, même dans ces cas défavorables, le traitement thermal poursuivi pendant deux ou trois campagnes ne finisse par émousser cette impressionnabilité organique, en excitant d'abord pour tonifier ensuite la double surface cutanée et muqueuse.

DE L'APHONIE.

Nous venons d'étudier les effets de l'eau minérale du Mont-Dore dans le coryza simple et sans complication, et les résultats obtenus nous font immédiatement pressentir ce qui va se passer dans les cas nombreux où l'aphonie reconnait exclusivement pour cause l'embarras, la tuméfaction, ou pour mieux dire l'enchifrènement des cordes vocales. Nous ne passerons pas en revue toutes les causes de cette triste et quelquefois bien grave affection, depuis l'aphonie essentiellement nerveuse jusqu'à celle qui résulte soit de la syphilis, soit de la phthisie laryngée rendue à ses dernières périodes.

Quant à la forme nerveuse, en voici un exemple bien remarquable : Une fermière âgée d'une quarantaine d'années et habitant une maison isolée aux environs de Mézières, en Brennes, rentre seule chez elle vers midi. Sa surprise fut si grande en apercevant sous son lit une louve affamée qui cherchait à entraîner le chien de la maison qui s'y était réfugié, qu'elle perdit instantanément la voix, et malgré tous les remèdes employés, deux ans après elle conservait le même degré de mutisme. Quelle serait l'efficacité des eaux du Mont-Dore dans ce cas? Nous pensons à priori qu'elle serait nulle, n'ayant observé ici aucun fait de cette nature. Nous ne parlerons pas non plus de l'enrouement que l'on observe à l'époque de la puberté chez les sujets de l'un et l'autre sexe et qui disparait spontanément. Quant à celle qui reconnait pour cause une paralysie des nerfs récurrents, nous avons rapporté un cas de guérison très remarquable dans notre mémoire sur les paralysies traitées avec succès par les eaux du Mont-Dore. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, juin 1861.) Mais de toutes les formes de l'affection que nous étudions ici, celle qui reconnait pour cause l'enchifrènement, c'est-à-dire le coryza des cordes vocales, est aussi celle dont on obtient le plus facilement la disparition, et comme cette tuméfaction de la muqueuse laryngée accompagne ou précède la plupart des lésions chroniques du larynx, on conçoit aisément que dans bien des cas on obtiendra une amélioration, qui, pour ne pas être durable, n'en sera pas moins un grand soulagement pour le malade.

OBS. 1. — *Aphonie datant de deux ans, insuccès de toute espèce de traitement et des eaux des Pyrénées; retour de la voix dès le septième jour d'un traitement thermal au Mont-Dore* — Un notaire très honorable du Poitou, âgé de cinquante-deux ans, grand, gros et fort, n'ayant jamais été malade, arrive au Mont-Dore le 8 juillet 1861 pour y faire suivre un traitement à son fils et pour lui-même, dont la voix présente un certain caractère de raucité. Il nous raconte qu'il y a deux ans (en 1851), après des fatigues de la parole et des alternatives de chaud et de froid, il commença à éprouver de l'enrouement et bientôt une aphonie complète, mais sans toux, sans douleur, sans expectoration et sans être précédée de rhume de cerveau. Les principaux médecins de Poitiers mirent tout en œuvre pour le débarrasser de cette infirmité. Fumigations, inspirations de poudres, cautérisations qui, comme le malade le dit lui-même, lui faisaient plus de mal que de bien, purgatifs et révulsifs cutanés, tout fut employé sans aucune apparence de succès. Ce malade est envoyé aux eaux de Cauterets, où il reste trente-cinq jours, soumis aux diverses pratiques du traitement suivi dans cette station et en particulier aux douches écossaises, qui le firent aussi beaucoup souffrir. Au bout de ce temps, il revint en Poitou sans aucune espèce d'amélioration. Après deux mois de repos, il se rendit à Paris auprès du professeur Trousseau, qui lui fit suivre pendant six semaines un traitement méthodique sans plus de succès, malgré des cautérisations diverses, qui furent toujours très douloureuses. L'éminent professeur déclara qu'aucune eau minérale ne pourrait le guérir. Ce notaire désespéré revint dans son pays, où quelque temps après un de ses amis lui recommanda de se rendre à Tours prendre conseil auprès de M. Bretonneau. Notre célèbre docteur, avec ce coup d'œil qui n'appartient qu'au génie, déclare que rien au monde ne pourra le guérir, si ce n'est le traitement suivi aux eaux thermales du Mont-Dore, et il se hâte d'ajouter avec cette bonhomie qui caractérise le savant : « Là vous guérirez, mais ne me demandez pas pourquoi, je n'en sais rien. » Ce qui fut dit fut fait; et, chose incroyable, le septième jour du traitement thermal du Mont-Dore la voix revint et s'est conservée depuis, non pas aussi pleine, aussi sonore qu'autrefois, mais de manière à ne plus fatiguer le malade et à permettre à ce notaire de continuer l'exercice de sa profession : tel est le récit abrégé mais exact écrit sous la dictée du malade lui-même. Nous l'avons de nouveau soumis au traitement, et cette fois encore avec succès, quoique depuis quelque temps une petite sécrétion granuleuse accumulée dans l'arrière gorge et probablement dans les ventricules du larynx nécessitât le matin au réveil deux ou trois efforts d'expulsion, mais pour ainsi dire sans toux, comme sans douleur. Enfin, pour être complet, n'oublions pas de dire que, lors de

---

avec le liquide en contact, il faut qu'elle perde une certaine quantité de calorique, d'où l'engourdissement de la sensibilité tactile et motrice, qui, lorsque le bain se prolonge trop, arrive à la rigidité musculaire avec crampes dont sont frappés surtout les nageurs qui s'oublient. Les mouvements exagérés du cœur et la constriction quelquefois douloureuse de la tête, déterminés par le refoulement du sang, sont aussi tributaires du froid; poussés trop loin, ils déterminent la syncope. Enfin la gêne de la respiration et l'oppression épigastrique dépendent de la même influence, ayant leur cause dans le spasme des muscles respirateurs. La densité est l'auxiliaire du froid pour la détermination de ces premiers phénomènes; la pression mécanique qu'elle exerce aide à la concentration et à la stupeur; mais ce premier effet produit, elle en devient, au contraire, le correctif. C'est à sa densité que l'eau de mer doit le peu d'écart de ses amplitudes thermométriques, et c'est à cette propriété que le bain de mer doit de paraître moins froid que le bain de rivière. Aussi, après avoir aidé au mouvement de concentration, la densité de l'eau devient-elle un des agents de la réaction, servant pour ainsi dire de trait d'union entre les deux mouvements en sens inverse; après avoir rétabli l'équilibre des impressions, elle contribue à remplacer les sensations pénibles par les sensations de bien-être. Le mouvement de l'onde marine est certainement le caractère qui distingue le mieux le bain de mer des autres bains froids; la température, la densité, la minéralisation, se retrouvent dans une piscine ou une baignoire; le mouvement des flots ne se rencontre qu'à la mer, quelque effort qu'on fasse pour l'imiter. Cette propriété agit d'abord dans le même sens que le froid et la densité, en refoulant les liquides par pression mécanique; mais son vrai rôle est d'imprimer à toutes les synergies une impulsion ou une commotion en rapport avec le balancement de la houle ou avec la force de la lame; et cette impulsion très puissante n'est supportée que parce que le corps étant immergé dans le liquide, la résistance égale à peu près la force. Si les grosses lames frappaient de tout leur poids et à la manière

Digitized by Google

l'invasion de la maladie. Il y a douze ans, des douleurs sous forme de tiraillements vagues se manifestèrent pendant environ trois semaines avant l'enrouement, dans toute la région du cervelet et dans les muscles de la partie postérieure du cou ; ces douleurs cessèrent avec l'apparition de l'aphonie.

Obs. II. — *Laryngite chronique, voix cassée et éteinte le soir, symptômes de tubercules pulmonaires ; guérison.* — Un négociant de Paris, âgé de quarante-quatre ans, lymphatico-sanguin, voyageant au mois de septembre 1859 sur une impériale de diligence, fut pris d'une fluxion de poitrine à la suite de laquelle il conserva toujours de la toux et une douleur dans la région du larynx pour laquelle il fit beaucoup de remèdes sans jamais guérir. Sur les avis des docteurs Paul Laroche et Gendrin, il se rendit aux eaux du Mont-Dore le 11 juillet 1860.

Ce malade est pâle et amaigri ; il tousse beaucoup et crache moins qu'il ne tousse, excepté le matin, et les crachats sont verdâtres ; la voix est cassée et se perd presque complétement le soir ou lorsque le malade parle pendant un quart d'heure ; plusieurs vésicatoires ont été appliqués les uns à la nuque, les autres au-devant du cou, et cette région offre de nombreuses cicatrices résultant de l'application de deux cautères et de moxas. Cette médication est restée sans résultat ; la voix a continué de s'affaiblir.

Les sommets des poumons ne présentent ni matité ni bronchophonie bien caractérisées, mais ils sont le siége de râles bullaires abondants en avant et en arrière ; une ou deux fois le malade a observé des stries de sang dans ses crachats ; la fosse sus-épineuse gauche est le siége de râle sous-crépitant humide avec inspiration rude et râpeuse, tandis que, sous la clavicule correspondante, l'expiration est prolongée et accompagnée de nombreux craquements humides ; même état, mais moins étendu, sous la clavicule droite ; pas de fièvre, mais peu d'appétit ; langue saburrale, constipation.

Les eaux furent données d'abord en boisson, puis en aspirations, puis enfin en douches et bains partiels et généraux.

Le 18 juillet, les râles sont plus abondants et mêlés de crépitation à petites bulles, l'expectoration plus facile et moins abondante.

Le 28 juillet, veille du départ, les râles du côté droit ont cessé ; ceux du côté gauche ont beaucoup diminué, excepté dans la fosse sus-épineuse, où ils sont encore nombreux ; la voix est renforcée et beaucoup meilleure.

Ce malade est revenu le 3 juillet 1861 faire sa seconde saison. Il nous dit qu'un mois après son départ des eaux, la voix est tout à fait revenue, et qu'il a passé *tout son hiver* sans garder la chambre un seul jour et sans avoir besoin de consulter son médecin. Le sommet gauche du poumon présente en avant et en arrière une inspiration rude et râpeuse sous la clavicule, et des craquements humides dans la fosse sus-épineuse ; du reste la santé générale est très bonne, la physionomie animée et le malade enchanté de son état. C'est à l'occasion de ce malade que l'un de ses médecins m'écrivait : « Quant à M..., *vos eaux ont fait merveille.* » Ce malade est reparti après dix-huit jours d'un nouveau traitement dans des conditions excellentes de santé. Le seul phénomène qui existait au départ c'était la présence de quelques craquements dans la fosse sus-épineuse.

Obs. III. — *Laryngite chronique, extinction de voix depuis dix-huit mois, retour complet de la voix cinq semaines après le départ des eaux.* — Une religieuse de l'ordre de Saint-Charles, la sœur Sainte-Albine, âgée de trente-cinq ans, bien réglée, si ce n'est depuis trois mois que les menstrues ont cessé de paraître, d'un tempérament lymphatico-sanguin, souffrait du larynx depuis quatorze ans, et depuis dix-huit mois elle était prise d'une extinction de voix, maladie pour laquelle elle reçut les soins de plusieurs médecins, de M. Gignoux, et en particulier des professeurs *Gensoul* et *Bonnet* (de Lyon), qui tour à tour prescrivirent les iodures, les fumigations, les révulsifs, et pratiquèrent de nombreuses cautérisations des cordes vocales. Ces divers moyens de traitement furent suivis d'expectoration de sang vif, expectorations devenues beaucoup plus abondantes depuis trois mois que les règles ont cessé. Cette religieuse se rendit au Mont-Dore le 19 juillet 1858 étant entièrement *aphone*, accusant une gène et de la douleur au niveau du cartilage thyroïde, toussant peu, mais arrachant le matin par des efforts des matières granuleuses, opaques, tantôt jaunâtres, tantôt verdâtres. La déglutition était douloureuse, l'inspiration sifflante, et par suite de la gène apportée dans l'acte de la respiration au niveau des cordes vocales, les bruits respiratoires étaient si affaiblis qu'on ne pouvait en tirer aucun signe stéthoscopique ; l'appétit est peu développé, la langue saburrale ; il y a de l'amaigrissement.

Cette malade fut pendant vingt jours l'objet de soins attentifs, et soumise progressivement aux eaux prises en boisson et à toutes les pratiques du traitement thermal. Les règles reparurent les derniers jours du traitement ; la douleur du larynx et celle qui accompagnait la déglutition cessèrent ; la voix était renforcée, mais non revenue complétement.

Quel ne fut pas notre étonnement lorsque, le 6 août de l'année suivante, la sœur Sainte-Albine se présenta dans notre cabinet, au Mont-Dore, parlant comme si jamais elle n'avait eu d'extinction de voix ! Cinq semaines après avoir quitté les eaux, nous dit-elle, ma voix est revenue comme vous voyez, et je ne souffre plus en aucune façon.

Elle fit la seconde saison, dont elle aurait pu se dispenser ; mais elle me ramenait une autre sœur âgée de trente-trois ans, complétement aphone depuis six ans à la suite de l'exercice du professorat. La sœur Sainte-Basile fut moins heureuse que la sœur Sainte-Albine, il fut absolument impossible de lui faire prendre les eaux ; à peine une dose était-elle ingérée dans l'estomac qu'immédiatement celle-ci était rejetée par le vomissement. Depuis que nous suivons des malades au Mont-Dore, c'est la première fois que nous ayons rencontré une pareille antipathie. Au bout de quelques jours la malade s'en retourna dans le même état qu'elle était venue.

Nous nous bornons à citer ces trois faits que nous pourrions augmenter de beaucoup d'autres, dans lesquels la voix a été sinon toujours retrouvée, du moins souvent bien améliorée. Sans doute, à côté des succès, il y a la série des insuccès ; mais quel est le praticien qui, dans ces cas réputés incurables, alors surtout que toute espèce de médication a été inutilement employée, refuserait à son client de tenter les ressources précieuses que fournissent les eaux thermales, et en particulier celles du Mont-Dore, lorsqu'elles sont convenablement et intelligemment appliquées ? Nous ne saurions mieux faire pour terminer ce mémoire que de formuler les propositions suivantes :

1° Il a été constaté à la clinique des eaux du Mont-Dore que ces eaux exercent une action modificatrice, spéciale, comme substitutive, sur les surfaces muqueuse, pituitaire, pharyngienne, laryngienne et trachéo-bronchique.

---

d'une douche, la force humaine ne suffirait pas à en supporter le choc. Le mouvement de la lame est, d'ailleurs, intermittent à courtes périodes, et, par ce caractère, il met en jeu une propriété naturelle de l'organisme, l'élasticité, en vertu de laquelle fonctions et organes, déviés un instant de leur action normale, tendent à réagir pour reprendre leur rhythme, qu'ils dépassent même quelquefois et proportionnellement à la force de déviation. Le mouvement est donc un agent de réaction, et la gymnastique à laquelle il force, la natation qu'il favorise, n'y contribuent pas peu. Les propriétés chimiques enfin ne peuvent pas manquer de jouer un rôle important dans l'action du bain de mer. Nous ne citerons les émanations odorantes, la phosphorescence et l'électricité, qui dépendent des principes organiques, que pour dire qu'il faut en admettre les effets toniques, bien qu'il soit impossible de les expliquer sans entrer dans des développements qui ne peuvent trouver place ici. Quant aux principes minéraux, on ne peut pas plus nier leur action topique ou dynamique que leur action chimique ou médicamenteuse. L'action topique ne doit pas être regardée comme une excitation révulsive, qui serait plus propre à contrarier l'action dynamique du traitement qu'à la favoriser ; c'est sans doute l'agent d'une impression tactile qui vient en aide à la densité et au mouvement pour abréger la première sensation de froid, et qui est de caractère tonique, comme l'est l'action du sel marin employé à l'intérieur et à l'extérieur, c'est-à-dire que c'est encore un auxiliaire de la réaction et un agent reconstitutif. Les diverses éruptions qui se déclarent à la peau chez quelques baigneurs ne sont que des accidents et non des caractères d'action médicatrice. Enfin l'action minérale par absorption de l'eau du bain ne peut être admise et n'est appréciable que comme conséquence de la cure, et non comme effet primitif et immédiat. Pendant le bain court et dans les climats nord, elle est beaucoup moins marquée que pendant le bain plus long qui se prend dans les climats sud, où elle constitue quelquefois le caractère principal du traitement ; mais alors l'action dynamique ou hydrothérapique de

Digitized by Google

2° Les surfaces qui sont le plus rapidement modifiées se classent de la manière suivante :

a. Les fosses nasales et leurs sinus ;
b. Le voile du palais et les excavations amygdaliennes ;
c. L'arbre tubulé trachéo-bronchique ;
d. Les cordes et ventricules du larynx ;
e. La paroi postérieure du pharynx et la région épiglottique.

3° Tout coryza aigu ou chronique aurait-il dix ans de durée, cèdera sous l'action de ces eaux et dans une seule campagne, c'est-à-dire en moins de vingt jours, pourvu qu'il soit idiopathique.

4° Les cas où la médication échouera ne se rencontreront pas dix fois sur cent.

5° Les mêmes résultats seront obtenus, mais avec un laps de temps plus considérable, toutes les fois que l'extinction ou l'affaiblissement de la voix reconnaîtra pour cause un enchifrènement des cordes vocales avec ou sans extension aux ventricules du larynx.

6° Enfin, dans quelques cas où l'aphonie résulte d'une paralysie des muscles intrinsèques du larynx, la guérison radicale pourra être encore obtenue. (Mémoire cité.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIQUE. — *Note sur un résultat de la congélation des eaux potables*, par M. *Robinet*. — L'auteur rend compte des expériences qu'il a faites, pendant le cours de l'hiver dernier, avec des fragments de glace pris au bois de Boulogne dans le but de s'assurer jusqu'à quel point les petites quantités de sels contenues dans ces eaux étaient éliminées de la glace formée par la congélation partielle de l'eau.

Il croit pouvoir conclure de ces observations que, dans la congélation des eaux potables, la petite quantité de sels calcaires et magnésiens qu'elles contiennent est éliminée de la même façon que les sels plus solubles dissous dans l'eau de la mer ou toute autre dissolution saline artificielle. La pureté de l'eau obtenue par la liquéfaction de cette glace paraît être telle qu'on pourrait l'employer dans beaucoup de cas comme l'eau distillée, du moins lorsque la congélation a eu lieu avec des circonstances favorables. (*Comm.:* MM. Becquerel, H. Sainte-Claire Deville.)

— M. *Trouessart* rappelle à l'Académie, au sujet du mémoire que M. *Giraud-Teulon* a lu à l'Académie *sur les causes et le mécanisme de certains phénomènes de polyopie monoculaire*, qu'il s'est occupé de ces phénomènes dans la thèse de doctorat soutenue au mois d'août 1854 devant la Faculté de Paris.

Après avoir donné une analyse sommaire de sa thèse, l'auteur ajoute : « Au point de vue de la théorie physique de la vision, mon explication était donc complétement satisfaisante, et s'il y a quelque mérite à cela, je crois qu'il m'appartient. Mais l'œuvre du physiologiste restait toute à faire, c'est-à-dire qu'il restait à déterminer la position et la structure du *réseau oculaire*. Si la découverte de M. Giraud-Teulon se confirme, il aura fait faire un grand pas à la physiologie de la vision. » (*Comm.:* MM. de Senarmont, Bernard, Fizeau.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Un mémoire de M. le docteur *Caillat* sur les effets des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Demarquette* sur l'action cicatrisante de la houille et de son influence salutaire sur la phthisie. (*Comm :* M. Bouchardat.) — *b.* Une observation de syphilis chez une femme enceinte traitée par le mercure avec un résultat heureux pour la mère et pour l'enfant, par M. le docteur *Danet*. (*Comm :* M. Danyau.) — *c.* Une note de M. le docteur *Berthier* (de Bourg) sur la guérison de la diarrhée chronique chez les aliénés par la viande sèche. (*Comm :* M. Roger.) — *d.* Un pli cacheté déposé par M. le vicomte *de la Passe*. (*Accepté.*)

MM. *Beau* et *Barth* sont désignés pour examiner la note de M. *Papillaud* sur l'emploi de l'arséniate de soude dans les maladies du cœur.

— M. *Depaul* dépose sur le bureau une note sur les vaccinations et les revaccinations, par M. le docteur *Sorbets* (d'Aire).

— M. *Tardieu*, au nom de l'auteur, fait hommage du TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES, par M. *Durand-Fardel*.

— M. *le Président* annonce la mort de M. *Schrœder van der Kolk* (d'Utrecht), membre correspondant.

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Tardieu*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur une demande en autorisation d'exploiter les eaux de Forges (Seine-et-Oise) et d'y former un établissement de bains.

M. *Guérard* rappelle qu'il a fait, il y a quelques années, un rapport sur la même question. La commission des eaux minérales ne crut pas alors devoir formuler une opinion favorable

---

celui-ci diminue d'autant, et le but à atteindre ne peut plus être tout à fait le même. Au bout d'un certain nombre de bains, de quelque durée qu'ils soient, l'analyse des urines prouve néanmoins que les sels marins sont absorbés.

Effets secondaires du bain de mer. — Des détails qui précèdent peuvent se déduire en quelques mots les modifications physiologiques observées dans toutes les fonctions. La circulation, la première et la plus vivement influencée, devient le point de départ des changements éprouvés par les autres, qui réagissent à leur tour sur elle, en vertu de la connexité qui lie tous les actes de l'organisme. Le sang, refoulé à l'intérieur, s'amasse surtout dans les capillaires splanchniques, dont la dilatabilité plus grande, et dont la capacité plus considérable, en somme, que celle des vaisseaux afférents et efférents, sont plus favorables à cette accumulation. Tous les organes sont ainsi traversés par des masses de liquides qui accroissent leur activité fonctionnelle et modifient leur constitution anatomique, et qui, en vertu de l'élasticité organique, ne tardent pas à se reporter à la périphérie. De son côté, la respiration gênée est obligée à des efforts plus grands, qui, s'exerçant sur un air plus dense, plus pur et plus fortifiant, donnent plus d'activité à l'endosmose et à l'exosmose pulmonaire, et rendent plus complètes les transformations du sang, par lesquelles se font les dépurations et les reconstitutions ; ce qui ne peut avoir lieu sans que la chaleur animale, augmentée par ces actions chimiques, ne s'épanouisse et ne pénètre partout avec le sang, ajoutant ses propriétés vivifiantes et toniques à celles imprimées à ce liquide. Les centres nerveux, à leur tour, ne tardent pas à subir ces influences et à en faire sentir les effets au loin ; un sang plus abondant et plus riche ne peut que tonifier la pulpe nerveuse elle-même, et accroître ou du moins régulariser la sensibilité et la motricité, qui sont réparties par les nerfs à tous les organes de la vie végétative et de la vie de relation, et qui, par réciprocité, aident le cœur et le poumon à réagir contre l'accumulation du sang. L'excitation générale que res-

Digitized by Google

relativement à l'autorisation de créer un établissement particulier. Mais aujourd'hui qu'il s'agit d'une autre demande, l'Académie peut adopter les conclusions du rapport de M. Tardieu sans courir le risque de se déjuger.

M. *Chevallier* fait remarquer que les eaux de Forges ne sont point des eaux minérales proprement dites. Elles sont pures à leur émergence, et ce n'est que par l'altération qu'elles subissent dans les bassins qu'elles prennent l'apparence d'eaux minéralisées. Peut-on donner l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical des eaux *gâtées?*

M. *Chatin* ne voudrait pas non plus que l'Académie formulât des conclusions favorables pour une eau qui ne devient sulfatée et ocreuse que parce qu'elle séjourne dans des bassins tourbeux.

M. *Tardieu* pense que les avis de l'Académie relativement aux questions d'autorisation doivent être fondés exclusivement sur la considération des propriétés médicales des eaux, et nullement sur leur composition chimique.

M. *Gaultier de Claubry* déclare que toutes les eaux tourbeuses ne sont pas sulfatées et ocreuses, comme vient de l'avancer M. Chatin. Il estime, en outre, comme M. Tardieu, qu'il ne faut pas s'arrêter à la composition chimique des eaux, quand les effets thérapeutiques sont bien établis, et dans l'espèce ils paraissent ne laisser aucune place au doute.

M. *Malgaigne* n'est aucunement disposé à croire aux merveilleuses propriétés attribuées par M. le rapporteur aux eaux de Forges. 100 scrofuleux guéris sur 400 malades! C'est trop beau pour être exact!

En supposant que ces guérisons ne concernent, comme cela est probable, que des accidents de la scrofule, il aurait été désirable que l'on spécifiât ces accidents. Dans tous les cas, il est très important de ne pas confondre certains accidents qui se guérissent chez les scrofuleux avec la scrofule elle-même. Tous les inspecteurs de toutes les eaux minérales nous envoient, du reste, chaque année des nombres véritablement prodigieux de guérisons de toutes espèces de maladies. Nous savons par bonheur à quoi nous en tenir à cet égard.

M. *Tardieu* répond que le rapporteur de la commission est malheureux : on lui fait dire ce qu'il n'a pas dit. Ainsi, il n'est pas un seul mot du rapport qui puisse justifier les reproches de M. Malgaigne. La question n'est pas de savoir si l'eau de Forges guérit la scrofule, mais si cette eau est utile dans le traitement de cette maladie, ce qui est bien différent. Or, sous ce rapport, la preuve est faite; tous les médecins des hôpitaux d'enfants le savent. Le rapport devait se tenir dans des termes généraux et ne rien spécifier. Mais tous les éléments de ses conclusions sont au dossier, et l'on trouvera chaque observation des malades traités détaillée comme il convient. Ce n'est pas le lieu ni le moment de faire des plaisanteries contre les médecins-inspecteurs menacés.

Plusieurs membres demandent la clôture.

M. *Gibert* regretterait beaucoup qu'on étouffât une discussion aussi importante. L'eau et la campagne seules guérissent la plupart des manifestations scrofuleuses; il serait donc bon de bien savoir quelle part exacte revient aux eaux de Forges dans les cas en question.

La clôture, demandée par un grand nombre d'académiciens, est mise aux voix et repoussée.

M. *Chevallier* veut être bon prince et ne demande qu'une chose, c'est qu'on mette dans les conclusions qu'il s'agit non des eaux de Forges, mais des eaux de Forges dénaturées. M. Chevallier est allé à Forges : il a trouvé de l'eau excellente à boire, mais nullement minérale.

M. *Malgaigne* désire répondre un mot à ce que vient de dire M. Tardieu. L'Académie ne doit soutenir que la science et la vérité, et non MM. les inspecteurs des eaux. Si je ne crois pas aux guérisons qu'ils annoncent, j'ai le droit de le dire ici, et les inspecteurs peuvent aller se faire soutenir ailleurs. Nous guérissons à Paris tous les accidents qui ont été traités à Forges; nous les guérissons sans le secours des eaux minérales. Quand nous pourrons envoyer nos malades à la campagne, nous en guérirons sans doute davantage. Mais il ne sera pas nécessaire, pour expliquer les succès plus nombreux, de faire intervenir des vertus soi-disant spécifiques des eaux qui coulent dans ces campagnes.

M. *Tardieu* insiste de nouveau sur ce fait, que le rapport n'a attribué aucune propriété spécifique aux eaux de Forges. Le rôle de la commission consistait à rechercher les indications particulières d'eaux connues depuis longtemps comme favorables dans certaines affections, et c'est ce qu'elle a fait. Avec le scepticisme absolu que semble professer M. Malgaigne au sujet des eaux minérales, on nierait toutes les sources de la France et de l'étranger : les plus célèbres d'entre elles, Néris, Plombières, etc., n'ont rien d'absolument spécifique non plus; ce n'est pas à ce point de vue qu'il faut se placer pour apprécier sainement leur mode d'action. Il importe seulement de rechercher, comme l'a fait la commission, si elles ne sont pas un moyen utile de traitement dans des cas donnés.

Quant aux inspecteurs des eaux, M. Tardieu n'est pas de l'avis de M. Malgaigne; c'est bien à l'Académie qu'il appartient de les défendre et de les soutenir.

En résumé, toutes les questions relatives aux eaux ont été étudiées par la commission, composée d'hommes considérables dans la science, et certainement on ne peut plus compétents.

---

sentent beaucoup de baigneurs pendant leur cure, et qui rend quelquefois le sommeil lourd et agité, le mouvement fébrile qui suit parfois le bain, sont des phénomènes physiologiques qui ont quelque rapport avec la fièvre thermale que détermine le traitement minéral. Les absorptions, si directement liées à l'innervation et à la circulation, peuvent-elles aussi rester étrangères à tous ces changements? Nous avons parlé de l'absorption pulmonaire; l'absorption digestive n'est pas moins activée par l'action du sang sur la sécrétion des ferments et par l'accroissement des besoins de réparation qui en résulte : l'un des effets du bain de mer le plus généralement ressenti est l'amélioration de l'appétit et des différents actes de la digestion. L'absorption séreuse modifiée tend à diminuer les engorgements souvent si redoutables des tissus blancs; l'efficacité bien connue du bain de mer contre toutes les maladies de nature lymphatique semble même placer dans cette propriété sa spécialité thérapeutique. Les sécrétions excrémentitielles n'échappent pas davantage au mouvement imprimé à l'organisme. Enfin un des effets secondaires les plus manifestes des bains de mer est l'impulsion ressentie par les organes de la génération, dans les sensations génésiques comme dans les fonctions dévolues à ces organes. Ces bains ne passent-ils pas aux yeux du vulgaire pour avoir la vertu de faire cesser la stérilité?

Ces détails, qui pourraient être taxés d'exagération, ne sont pourtant autre chose que l'explication des résultats observés, pas toujours sans doute, mais souvent.

Dr Dutroulau,

Inspecteur des bains de mer de Dieppe.

M. le docteur Colson, médecin en chef des hospices de Noyon (Oise), a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— MM. les docteurs Paul Meynet et Perroud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite du concours ouvert le 28 avril dernier.

Digitized by Google

M. Malgaigne ne paraît pas s'en douter, et M. Tardieu lui demande la permission de le lui apprendre.

M. *Guérard* ne voudrait pas que la commission des eaux et l'Académie eussent l'air de se déjuger, et il désirerait, en conséquence, que la question dont il s'agit fût nettement spécifiée dans les conclusions.

M. *Caventou* croit se rappeler que, il y a douze ou quinze ans, Gueneau de Mussy a fait un rapport favorable sur ce dont il s'agit.

M. *Gibert* regrette la confusion qui préside à cette discussion. De quoi s'agit-il? D'accorder l'autorisation d'exploiter une eau qui, en somme, n'est pas minérale, sous le prétexte que cette eau guérit la scrofule; de telle sorte que, si l'on vient plus tard dire que telle rivière guérit aussi la scrofule, il faudra également accorder l'autorisation d'exploiter cette rivière!

M. *Bouvier* déclare qu'il n'a jamais considéré, non plus que ses collègues de l'hôpital des Enfants, l'eau de Forges comme minérale, tout en reconnaissant, d'ailleurs, ses bons effets dans le traitement de quelques accidents scrofuleux.

M. *Boullay* rappelle que la commission des eaux n'a pas reconnu de propriétés minérales aux eaux de Forges.

M. *Bussy* pense que l'on joue sur le mot minéral. Quelle est l'eau qui ne soit pas minérale? L'eau de source pure est une eau minérale. Telle eau qui, maintenant, ne passe pas pour minérale, peut être reconnue plus tard comme essentiellement minérale. Ainsi, les eaux qui contiennent de l'iode ne pouvaient pas être considérées comme minérales, alors qu'on ne connaissait pas le moyen de déceler la présence de l'iode; cependant ces eaux avaient des propriétés thérapeutiques bien déterminées. Il peut en être de même des eaux de Forges. Il lui paraît donc convenable de remplacer le mot minéral, sur lequel on ne s'entend pas, par le mot *médicinal*, sur lequel on pourra du moins s'entendre.

Les conclusions favorables du rapport de M. Tardieu, mises aux voix, sont adoptées par 23 voix contre 17.

Élections.

L'Académie procède par voie du scrutin à l'élection d'un membre associé national.

Les candidats présentés par la commission sont MM. Goyrand (d'Aix), Stolz (de Strasbourg) et Mirault (d'Angers).

Sur 66 votants, M. Goyrand obtient. .	44	suffrages.
M. Mirault.	16	—
M. Stolz.	6	—

En conséquence, M. Goyrand est élu associé national.

Vaccine. — M. *Bousquet* commence la lecture d'un mémoire relatif à l'origine du vaccin.

Présentation.

M. le docteur *Fauvel* communique l'observation suivante : Louise Mauger, âgée de trente-cinq ans (service de M. Béhier, salle Saint-Charles, à l'hôpital de la Pitié), atteinte d'un polype siégeant entre les cordes vocales inférieures.

Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques, rien à la percussion ni à l'auscultation. Cette femme est atteinte en outre d'un rétrécissement carcinomateux du rectum; elle a eu quatre enfants; elle est très amaigrie.

La voix est un peu éraillée depuis l'année 1851, époque à laquelle elle eut une altercation avec son mari, qui la saisit à la gorge; elle se débattit en criant et éprouva une douleur vive au niveau du cartilage thyroïde.

Depuis ce temps, la voix a gardé le même timbre, c'est-à-dire un peu sourd; la gêne de la respiration est à peine sensible; pas de toux, pas d'accès de suffocation.

J'examine la malade le 17 mai pour la première fois. J'applique le laryngoscope sans rencontrer la moindre difficulté; l'application de l'instrument est très bien supportée, et je vois immédiatement entre les cordes vocales inférieures une petite tumeur grosse comme un pois, mobile, d'un rouge brun, à surface lisse et manifestement pédiculée.

Cette tumeur, de forme polypeuse, tient les cordes vocales écartées à leur partie antérieure, près de leur insertion commune, et en paraît indépendante.

(M. Fauvel, avant de procéder à l'examen de la malade, présente le dessin de la tumeur.)

Je crois, dit-il, que l'on peut facilement débarrasser la malade de ce polype, à l'aide d'une pince-écraseur dont j'ai donné l'idée à M. Charrière fils.

M. Béhier veut bien me permettre de faire cette opération; j'aurai l'honneur d'informer l'Académie du résultat ou de ramener l'opérée pour pouvoir faire juger *de visu*.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1862.

DES SECOURS A DOMICILE A PROPOS DE L'ENCOMBREMENT DANS LES HÔPITAUX.

M. *Brierre de Boismont*. En signalant les inconvénients et les dangers de l'encombrement dans les hôpitaux, on n'a pas parlé d'un moyen qui peut rendre les plus grands services, en diminuant le nombre des malades, je veux parler des secours à domicile, créés par l'assistance publique. Le chiffre des inscriptions au registre du traitement à domicile s'est élevé dans les vingt arrondissements, pendant l'année 1860, à 37 000. Nous ne nous occuperons ici que du service du XI[e] arrondissement, dont nous sommes un des administrateurs. Pendant cette même année 1860, on a enregistré 4040 inscriptions, sur lesquelles 152 n'ont pas été maintenues. 2735 personnes n'ont obtenu que les médicaments et les secours du médecin; 1153 remplissant les conditions voulues (chefs, soutiens de famille, sans autres ressources que leur travail), ont reçu 2320 secours (pain, viande, combustible et argent), montant ensemble à la somme de 15 867 fr. 17 cent.

Les guérisons ont été de 975 à domicile; 1185 convalescents, d'abord soignés chez eux, ont eu besoin de prendre des consultations aux maisons de secours pour se rétablir complétement; 41 individus ont été reconnus incurables; sur 608 femmes grosses qui se sont adressées au bureau de bienfaisance, 428 ont accouché dans leur logement, et 180 dans les hôpitaux; 211 malades qui manquaient de tout ont été dirigés vers les établissements publics; 111 individus sont morts.

Ainsi, sur le chiffre général des inscriptions maintenues, 2160 individus ont été guéris chez eux, et 428 accouchements ont eu lieu à domicile. Un grand nombre de ces malades eussent été forcément évacués sur les hôpitaux, où plus d'un aurait succombé.

En consultant les fiches de chaque malade, on trouve que le nombre des visites à domicile, dans le XI[e] arrondissement, en 1860, a été de 10 981, et celui des consultations, dans les maisons de secours, de 14 047, ce qui donne plus de 6 visites pour chaque malade; mais si l'on défalque de ce total de 25 028 visites les individus non maintenus, non traités, parce qu'ils étaient déjà mieux, ceux dont l'affection était légère, les malades conduits dans les hôpitaux, on arrive à un chiffre suffisant de visites pour les maladies graves, et c'est ce que nous avons souvent constaté; tout récemment, dans un cas de fièvre typhoïde avec symptômes cérébraux, la fiche indiquait cinq visites successives lorsque l'amélioration s'est manifestée.

Quelque rétréci que soit notre cercle, il n'en demeure pas moins établi que des milliers de malheureux ont pu être secourus à domicile d'une manière efficace et avec des résultats décisifs.

Digitized by Google

On objecte que les conditions sociales mêmes du pauvre frappent ce secours d'impuissance; le plus ordinairement, prétend-on, il est mal logé, mal aéré, manque des objets les plus nécessaires, et vit non-seulement dans les privations de toute nature, mais encore dans la plus insigne malpropreté, tandis que les hôpitaux sont abondamment pourvus de tout ce que réclame l'état des malades. On ajoute : ce service est-il d'ailleurs assez complétement organisé pour qu'il puisse diminuer l'encombrement des hôpitaux? Tous les secours y sont-ils judicieusement distribués? Est-il enfin l'objet d'une surveillance éclairée qui seconde les intentions de l'administration et lui prête son secours moral?

Voici nos réponses à ces objections. Il y a sans doute, parmi les pauvres, des individus imprévoyants, sans ordre, vicieux, arrivés au dernier degré de la misère, nomades, sans asile assuré, d'autres qu'on conduit dans les prisons comme vagabonds; il est bien évident que les secours à domicile n'auraient pas leur raison d'être pour cette catégorie de malheureux, l'hôpital est pour eux la meilleure des destinations; mais nous pouvons affirmer, après trois années de fonctions, qu'il existe une proportion considérable d'indigents qui ont des habitudes d'ordre, de propreté, demeurent depuis longtemps dans le même logement, aiment la famille, etc.; ceux-ci éprouvent une répugnance extrême à entrer dans les hôpitaux. Il ne se passe pas de semaine où nous ne constations des faits tels que ceux-ci : c'est une mère qui refuse de quitter son enfant; un mari et une femme qui veulent mourir ensemble; un père vieux, infirme, que les siens gardent tour à tour; pour ces indigents, les secours à domicile sont une œuvre méritoire, un véritable bienfait.

Mais cet utile secours ne peut atteindre son but, celui de diminuer la population des hôpitaux, qu'autant qu'il donne efficacement les moyens de soigner les malades chez eux, et qu'il fournisse aux besoins de leurs familles, comme font les sociétés de secours mutuels. La subvention de l'assistance publique doit donc être proportionnée aux charges des arrondissements. Un contrôle sévère serait exercé sur les dépenses par une hiérarchie administrative bien organisée. Des visiteurs habiles, honorablement rétribués, auraient pour mission d'établir les ressources réelles des individus qui se font inscrire, et nous sommes persuadé que la vérité ne leur serait pas plus difficile à découvrir qu'elle ne l'a été pour nous.

Mais une mesure qui nous paraît indispensable, c'est la visite de l'administrateur lui-même à chaque malade de sa division. Cette visite est facultative; il faudrait qu'elle fût obligatoire. Sans doute, ce devoir a quelque chose de pénible; mais la charité est amplement récompensée par le bien qu'elle fait. Ce sont ces visites imprévues aux indigents et aux malades nécessiteux qui, en révélant à l'administrateur la triste position des pauvres honteux, des indigents privés de tout, lui permet de leur apporter des secours inespérés en nature et en argent. Aussi sommes-nous d'avis qu'il faut organiser sur la plus grande échelle possible le service des secours à domicile, tout en prenant les précautions nécessaires pour en empêcher les abus.

Un fait récent prouvera toute l'utilité de cette mesure. Une famille étrangère composée de dix personnes est atteinte du typhus. Le maire me charge de la visiter. Quatre individus gravement malades sont couchés deux à deux. Je leur annonce que j'ai mission de prononcer sur leur transfert à l'hôpital. Leur physionomie exprime l'anxiété. J'entrevois un peu de mieux, ils le reconnaissent eux-mêmes. Je leur déclare qu'ils resteront chez eux, et que l'autorité pourvoira à leurs besoins. Un air de satisfaction se répand sur leurs traits. Je les revois plusieurs fois. Au bout de trois semaines ils étaient rétablis. Il en avait coûté au bureau 15 francs par semaine, et un secours de convalescence de 20 fr.

M. Rigaud. Pour faire ressortir encore les avantages que présentent les secours à domicile, je citerai ce qui s'est passé en 1848, pendant que M. Thierry était à la tête de l'administration de l'assistance publique. Les médecins du bureau de bienfaisance de l'ancien XII[e] arrondissement, parmi lesquels il convient de citer MM. Marie, Bois Duval, etc., résolurent de faire à domicile les grandes opérations et les accouchements, sans avoir recours aux hôpitaux. Le rapport publié à la suite de cet essai fait observer que presque toutes les opérations ont réussi, et que sur 100 femmes accouchées chez elles il n'y eut pas un seul cas de mort.

M. Jacquemin ne partage pas la manière de voir de M. Brierre de Boismont. La question des secours à domicile est loin d'être jugée, on peut applaudir sans doute aux résultats confirmés par nos honorables collègues, mais dans la grande majorité des cas, c'est à l'hôpital que les gens nécessiteux recevront le plus largement les secours, et je dirai même de la manière la plus intelligente. On me fera l'objection de l'encombrement. Je l'accorde, et c'est justement cette grande question d'hygiène qu'on aurait voulu voir mise à jour par la discussion de l'Académie. Qu'y a-t-il à faire? créer dans un plus grand espace, un plus grand nombre de lits; c'est à cela qu'il faut s'attacher. L'insuffisance des lits dans les hôpitaux est arrivée à ce point, qui est ignoré dans le monde, et que beaucoup de médecins ne connaissent pas, que des malades meurent sans pouvoir s'y faire admettre, qu'on a vu succomber dans la rue pendant le trajet du retour du bureau central à leur domicile, des malheureux atteints des maladies les plus graves; des gens affectés de pneumonie, de fièvres typhoïdes sont journellement refusés. Eh bien! j'ai un affreux renseignement à révéler, dont je suis presque le seul témoin, et que je n'hésite pas à affirmer : des malheureux surexcités par le désespoir, ont été amenés, pour avoir un asile, à commettre un délit, d'autres ont eu la ressource de passer pour vagabonds ou pour mendiants et d'être traînés dans les prisons, aussi exténués par la maladie que par la misère! Ce sont ces gens qui constituent la mortalité à la prison de Mazas, ce n'est pourtant pas là, mais dans un hôpital qu'ils auraient dû mourir.

Il est fort bien de distribuer des secours à domicile, mais encore faut-il avoir un domicile. Or, la population flottante est énorme; elle loge dans des garnis, où elle n'est reçue qu'en payant, et d'où elle est généralement expulsée faute de payement. Par conséquent quand la maladie arrive dans de telles conditions, dès que l'on est malade, il faut entrer à l'hôpital, et si l'hôpital ne peut vous recevoir, faut-il commettre un délit pour avoir un asile en prison et y être soigné? Je le répète, avec la population qui progresse chaque année, il n'y a pas assez de lits dans les hôpitaux; il y en aurait le double que le nombre n'en serait pas encore exagéré.

M. Bauchet approuve ce que M. Jacquemin vient de dire; oui, il n'y a pas assez de lits dans les hôpitaux; dans certains moments, les médecins sont dans la dure nécessité de refuser au bureau central des malades sérieusement atteints des fièvres typhoïdes, des varioleux en pleine éruption, par exemple. Il est des jours où l'on a refusé jusqu'à 100 et 150 malades sans qu'il y eût moyen de les admettre, parce qu'il y a déjà encombrement dans les hôpitaux.

M. Guibout a été témoin des mêmes faits au bureau central, il se souvient même que pendant une épidémie de fièvres typhoïdes, les médecins chargés des admissions dans les hôpitaux allèrent trouver M. Davenne pour le prévenir que depuis quinze jours on refusait journellement 60 malades gravement affectés. Quant aux secours à domicile, M. Guibout a de la peine à leur reconnaître l'influence morale qu'on leur attribue; pour que le séjour dans la famille pût moraliser, il faudrait que la famille eût elle-même des principes de moralité, ce qui est au moins l'exception. Dans les hôpitaux, au contraire, au milieu des médecins et des sœurs de charité, les conditions de moralisation sont nombreuses. Mais, il faut bien le reconnaître, la quantité des lits dans les hôpitaux n'est pas suffisante.

Digitized by Google

M. Rigaud. L'encombrement dans les hôpitaux tient à ce que les secours à domicile ne sont pas convenablement organisés. Les médecins du bureau de bienfaisance mal rétribués, sont surchargés de malades qu'ils ne peuvent souvent pas voir plus d'une fois par jour, lorsque la gravité des affections l'exigerait; il y a pénurie de médicaments, d'objets de pansement et de linge; devant de tels obstacles que peut faire le médecin? Si une maladie est grave, il s'empresse d'envoyer le malade à l'hôpital. Organisez convenablement les secours à domicile, et vous aurez bien moins de malades dans les hôpitaux. Quant à l'influence morale de l'hôpital, on a dit avec raison que l'hospice attirait l'hospice comme l'abîme attire l'abîme; le séjour de l'hôpital est profondément démoralisateur.

M. Richard. Ainsi que l'ont fait remarquer mes collègues des hôpitaux, le nombre des lits est loin d'être suffisant, j'ai souvent été témoin de la durée du temps que des malades cancéreux, des gens affectés de cataractes ou amaurotiques, des infirmes indigents attendent leur admission à Bicêtre ou à la Salpêtrière, et souvent sans y arriver, et il est bien vrai qu'au bureau central, à certaines époques, on refuse par jour jusqu'à 100 individus affectés de maladies graves, qui pendant trois à quatre jours viennent réclamer et attendre leur admission. Il y a là un spectacle navrant à voir : ces malheureux attendent dans une salle mal aérée, encombrée de gens malpropres; et quand on les refuse, ils ont pour consolation la mauvaise humeur des porteurs qui les brutalisent. Il est regrettable que l'administration ne prenne pas des mesures pour prévenir de pareilles scènes. M. Richard constate que l'assistance dans les hôpitaux est insuffisante, mais il doute que l'organisation des secours à domicile puisse suppléer à tout ce qui nous manque.

M. Brierre de Boismont n'a pas voulu proposer une réforme radicale; mais ces exemples de non-admissions avec toutes les circonstances qui les aggravent, ne sont-ils pas déplorables? *M. Brierre de Boismont* a pris au sérieux ses fonctions d'administrateur du bureau de bienfaisance; il a tout vu par lui-même et plus que jamais il pense qu'il y a certaines familles qu'il faut secourir à domicile : ce sont surtout les familles respectables, auxquelles un travail incessant a suffi pour vivre, mais n'a pas permis de faire des épargnes pour les mauvais jours; secourez ces gens-là chez eux et, sans compter les autres avantages, vous supprimerez toutes les horreurs de la séparation.

M. Rigaud. La manière dont les secours sont administrés ne pourrait-elle pas subir quelques modifications heureuses? Quand un indigent a besoin de secours, il faut d'abord qu'il aille à la mairie, où il reçoit une lettre pour le médecin; si c'est après quatre heures du soir, on ne distribue plus ces lettres; et il faudra attendre au lendemain; le médecin appelé le matin, n'ira le plus souvent voir le malade que le soir, et pour peu que les bureaux de la mairie soient fermés, le malade ne recevra ses médicaments que le lendemain de la visite médicale; ainsi dans un grand nombre de cas, le malade attend le médecin vingt-quatre heures et les médicaments quarante-huit heures. Les malades préfèrent, — et on ne saurait les en blâmer, — aller dans les hôpitaux et éviter ainsi les dérangements et les longues attentes qui paraissent inhérents à l'organisation actuelle des bureaux de bienfaisance.

M. Gery fils dit que le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance devrait être augmenté, il connait des médecins qui font avec conscience leur service, ayant eu jusqu'à vingt-huit malades à voir en une seule journée dans des quartiers fort éloignés.

M. Chailly Honoré croit qu'il faudrait changer l'organisation actuelle des secours à domicile; il voudrait, ce qui du reste a déjà été proposé, qu'on établît des médecins inspecteurs chargés d'aller tous les cinq jours s'assurer de l'état des malades. On aurait des moyens de contrôle pour le nombre des visites faites par les médecins traitants qui seraient rétribués en raison des services rendus.

M. Sales-Girons. Il est malheureux que nous n'ayons pas toute l'autorité nécessaire pour réaliser les changements que nous comprenons et que nous demandons d'un commun accord, mais pourtant quelque faible que soit notre voix, elle ne manque pas de valeur après ce que des collègues si compétents viennent de nous faire entendre; il faut que tout ce qui vient d'être dit ici soit connu, cette question a un intérêt d'actualité qui ne peut manquer d'impressionner les praticiens, au moment où l'Académie de médecine s'occupe de l'hygiène des hôpitaux.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

DE LA RÉSECTION DU COUDE.

A propos d'une observation de résection du coude communiquée par M. Lala (de Rhodez), M. Trélat a étudié sous toutes ses faces la question des résections du coude dans un rapport dont nous nous félicitons de pouvoir donner l'analyse, parce qu'il est le travail le meilleur et le plus complet qu'on possède sur ce sujet.

M. Trélat commence par démontrer que, parmi les opérations graves, la résection du coude est encore une des moins graves, vérité dont on est tellement convaincu en Angleterre et en Allemagne qu'on n'hésite pas à reséquer le coude même pour remédier à une position vicieuse de l'avant-bras. Voici les chiffres dont se sert M. Trélat pour établir l'innocuité relative de cette opération :

M. Thore, dans sa thèse de 1843, a réuni 88 observations de résections du coude faites pour des cas pathologiques (caries ou nécroses). Ces 88 résections ont donné 20 morts, c'est-à-dire 22,7 pour 100. A la même époque, M. Malgaigne trouvait pour les amputations pathologiques du bras la proportion de 39 pour 100. Dans une statistique qui comprend les résections pathologiques du coude faites dans les hôpitaux de 1852 à 1862, M. Trélat a trouvé pour 21 résections 7 morts, soit 33,3 pour 100. Sur 54 amputations pathologiques du bras, il a noté 17 morts, soit 31,4 pour 100, différence insignifiante et qui permet, rapprochée des chiffres précédents, de dire que les résections pathologiques du coude sont au moins aussi heureuses que les amputations pathologiques du bras. Quant aux résections traumatiques, elles sont incomparablement plus favorables que les amputations pathologiques ou traumatiques du bras. Ainsi, sur les 14 résections rassemblées par M. Thore, on en compte deux dont le résultat est inconnu. En supposant que ce résultat ait été la mort, on voit que la proportion des succès est encore bien belle; elle n'est pas moins belle dans les faits réunis par Esmarck, puisque, sur 40 résections pratiquées à la suite de coups de feu, 6 seulement ont été terminées par la mort. Mac-Leod, sur 17 résections traumatiques faites en Crimée, a noté 2 morts. En résumé, sur 71 résections traumatiques, il n'y a que 10 morts, soit 14 pour 100, ou 1 mort sur 7,1. Il y a dans ce peu de gravité des résections traumatiques une bizarrerie que M. Trélat cherche à expliquer en constatant « que la différence de mortalité pour les » deux catégories d'amputations (traumatiques et patholo- » giques) est d'autant plus grande que l'opération elle-même » est plus importante, et que la différence est d'autant moins » sensible que la mortalité de l'opération est moindre, et » qu'enfin, lorsque cette mortalité est descendue au-dessous » d'une certaine limite, on a une différence négative, c'est- » à-dire un avantage pour les amputations traumatiques. »

Ce n'est donc pas au prix de dangers plus grands que ceux que fait courir l'amputation qu'on achète l'avantage précieux

Digitized by Google

de la conservation de la main. Les services que la main pourra rendre après les résections dépendront beaucoup de la formation ou de l'absence d'une ankylose. Une pseudarthrose même avec mobilité passive est toujours fort utile; mais on peut obtenir des mouvements volontaires d'extension et de flexion s'exécutant librement, quoique affaiblis, à l'aide d'une fausse articulation. Parfois, malheureusement, l'avant-bras paralysé ne jouit pas des bénéfices de la pseudarthrose. Cette paralysie ne tient pas à la section des nerfs; elle n'est pas non plus en général la conséquence de la destruction des attaches inférieures du biceps et du brachial antérieur. Dans l'observation de M. Lala, bien que ces attaches aient été détruites pendant l'opération, les mouvements volontaires de flexion se sont rétablis. M. Trélat croit que, dans bien des cas, l'inertie de l'avant-bras a été préparée de longue date par l'atrophie musculaire qui accompagne les lésions de l'articulation, en sorte qu'elle serait souvent une suite naturelle de la maladie plutôt qu'une conséquence de l'opération.

Si la résection est complète, c'est-à-dire si l'on enlève les trois os, on obtiendra presque sûrement une pseudarthrose. L'ankylose, au contraire, est très fréquente après les résections incomplètes et surtout après les résections traumatiques, puisqu'elle s'est produite 13 fois sur 40 dans les observations d'Esmarck. Cela tient sans doute à ce que les résections traumatiques sont souvent aussi incomplètes et à ce que la conservation d'une surface articulaire de l'un ou de l'autre côté constitue une condition favorable à l'ankylose. Il est vraisemblable, ainsi que le fait observer M. Trélat, que si l'ankylose est bien plus rare après les résections pathologiques, c'est que, dans les cas de lésions chroniques, le périoste ou la synoviale altérés ou détruits sont impuissants à former un cal, une ankylose, tandis qu'ils conservent cette faculté après les résections traumatiques. Après ces dernières, il faudra donc se mettre en garde contre cet accident, et si l'on prévoit l'impossibilité de l'éviter, il faudra de bonne heure immobiliser l'avant-bras dans la flexion complète.

La guérison est, dans tous les cas, très lente, et ne peut être regardée comme obtenue que quand le membre est définitivement mobile ou ankylosé : il faut savoir cependant que, pendant deux ans, les mouvements peuvent encore gagner en force et en étendue.

Passant ensuite aux indications de l'opération, M. Trélat les tire de l'état de la santé générale et de l'étendue des lésions.

L'état de la santé ne lui paraît pas contre-indiquer la résection s'il n'existe que de l'affaiblissement sans lésion organique, puisque la résection, malgré la longue suppuration qu'on lui reproche, est en définitive moins grave que l'amputation du bras. S'il existe au contraire des lésions organiques, si les poumons, par exemple, sont déjà occupés par des tubercules, il faudra s'abstenir de la résection comme on s'abstiendrait de toute grave opération.

Les maladies des os tiennent presque toujours chez les enfants à des affections diathésiques, et par conséquent sont remarquables presque toujours par leur étendue; il y a là une raison de s'abstenir qui sans doute explique l'extrême rareté des résections du coude faites sur des enfants dans les hôpitaux de Paris. M. Trélat n'en connaît qu'une seule, celle qui a été pratiquée par M. Verneuil.

C'est surtout chez l'adulte qu'on observe des ostéites par cause accidentelle ou externe. C'est donc chez eux que les contre-indications sont le plus rares.

Quelle longueur d'os peut-on enlever? Pour répondre à cette question, M. Trélat se fonde sur plusieurs faits dans lesquels on a pris soin de noter la mesure exacte des portions d'os enlevées, et il croit qu'on peut reséquer jusqu'à 14 et 15 centimètres d'os, moitié pour le bras, moitié pour l'avant-bras. Toutefois il lui paraît probable que « la résection peut être » portée plus loin sur l'humérus que sur les deux os de l'avant- » bras, qui, croisés par des vaisseaux et des nerfs importants » et recevant des insertions variées, se prêtent moins à une » dénudation étendue. »

Avant d'abandonner le chapitre des indications, M. Trélat se demande s'il faut opérer pour une ankylose vicieuse, et il répond par l'affirmative dans le cas où cette ankylose rendrait la vie insupportable ou impossible et où le malade réclamerait instamment l'opération.

Quant au procédé opératoire, M. Trélat n'est nullement tenté de faire revivre le procédé de Moreau, bien que ce soit celui que Syme a adopté, bien que ce soit aussi celui que M. Velpeau a choisi en le modifiant un peu. Il lui reproche de nécessiter une plaie énorme et mal disposée pour la réunion. Il lui préférerait les deux incisions en ⊢ renversé que faisaient Roux, Lyston et Jæger, le premier à la partie externe du coude pour faciliter les pansements, les autres à la partie interne pour aller d'abord à la recherche du nerf cubital. Il blâme d'une façon générale les procédés dans lesquels on s'applique surtout à restreindre l'étendue des incisions au détriment de la sûreté opératoire; il rejette donc les opérations à une seule incision de Parke, de M. Maisonneuve et de M. Chassaignac, non-seulement parce qu'elles augmentent les difficultés de la manœuvre, mais parce qu'elles ne permettent pas d'explorer à l'aise l'étendue des lésions et qu'elles exposent à ne pas enlever tout ce qui est malade.

Voici comment M. Trélat décrit le procédé qu'il conseille et qui, se rattachant à celui de Thore pour les incisions cutanées, tient à celui de Lyston pour le reste. On fait sur le milieu de la face postérieure du coude une incision verticale qui pénètre jusqu'aux os et ouvre l'articulation. Une petite incision horizontale est faite sur l'interligne huméro-radial et tombe perpendiculairement sur la première. Avec un grattoir très tranchant on racle les deux lambeaux externes, et l'on voit l'articulation s'ouvrir largement dans ce sens. Avec le doigt introduit en crochet dans l'articulation, on attire en dedans toutes les parties molles du côté interne de la plaie verticale. Comme les ligaments latéraux externes sont déjà coupés, les os peuvent être partiellement luxés en dehors et on peut en toute sécurité et sans gêne ruginer l'épitrochlée et le cubitus. On voit bientôt saillir l'extrémité articulaire de l'humérus dont on racle le périoste jusqu'au delà de l'altération et on enlève ce qu'on veut de cette extrémité, puis on procède de la même façon pour les os de l'avant-bras.

Quant au conseil que donne M. Sédillot de tailler en biseau les extrémités osseuses reséquées, pour qu'elles se correspondent plus exactement, il est inutile et peut même, au contraire, favoriser l'ankylose.

Peut-être faudrait-il ne pas respecter le périoste dans les résections traumatiques qui, comme on le sait, exposent le plus à l'ankylose, mais il faut se faire une règle de le conserver dans les résections pathologiques. On aura ainsi un raccourcissement moindre après la guérison, et on arrivera pendant l'opération à une sécurité extrême dans la manœuvre. Au lieu d'une plaie profonde irrégulière, déchiquetée et formée d'éléments hétérogènes, on aura une cavité homogène sèche, exsangue; en un mot, on remplacera « une surface traumatique par une surface ayant des qualités utiles de résistance physique et vitale. »

C'est, en résumé, par la résection du coude ainsi comprise et ainsi pratiquée que M. Trélat conseille de remplacer dans la plupart des affections du coude l'amputation du bras qui, bien inférieure à la résection au point de vue des résultats définitifs, l'est encore au point de vue de la gravité.

D^r P. Chatillon.

Digitized by Google

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Amputation du clitoris dans les cas de masturbation, accompagnée de développement de désordres intellectuels, par M. Cooper (de San-Francisco).

Les médecins, mieux que tous autres, savent tous les désordres que produit chez l'enfant, et surtout chez les petites filles, la masturbation poussée quelquefois jusqu'à une véritable fureur. Conseils, menaces, surveillance et appareils viennent échouer contre ce vice si fréquent. Si l'on avait conseillé, même en France, la section des nerfs honteux, on n'avait pas encore opposé à cette affection, autant morale que physique, un moyen aussi radical que la résection du clitoris ou la castration. M. Cooper (de San-Francisco) a eu recours à ce traitement *radical* dans deux cas où la masturbation, chez deux petites filles, avait amené un commencement d'idiotie.

L'une, âgée de treize ans, se livrait avec fureur à cette pratique; son intelligence, jadis brillante, s'était obscurcie, et elle s'était déjà portée à une tentative de suicide en cherchant à se couper la gorge avec un rasoir. La surveillance exercée jour et nuit par la mère était inutile, un mouvement léger des deux cuisses frottées l'une contre l'autre réveillait la sensation désirée. Perdant tout espoir, et au moment de la faire entrer dans un asile d'aliénés, la mère vint trouver M. Cooper, et le pria de faire tout ce qu'il serait possible. L'enlèvement du clitoris fut proposé, accepté et pratiqué. Une petite partie des nymphes fut également enlevée; il y eut à peine hémorrhagie. L'enfant, après sa guérison, cessa de se livrer à ses funestes habitudes; les facultés intellectuelles s'améliorèrent, sauf sa mémoire, qui était et resta presque entièrement perdue.

Le même chirurgien fut consulté pour une autre petite fille de dix ans livrée aux mêmes habitudes, les ayant enseignées à sa petite sœur, âgée de deux ans, qu'elle avait même déflorée *en cherchant à lui introduire* le doigt dans le vagin. L'idiotie avait fait, comme dans le premier cas, des progrès rapides. La même opération fut pratiquée. L'enfant cessa de se livrer à ses manœuvres, et l'intelligence reparut tout entière. (*San Francisco Med. Press*, 1862, p. 19.)

Castration pour masturbation accompagnée d'épilepsie, par M. Rooker (de Castleton).

M. Rooker n'est pas moins radical que M. Cooper : le 21 janvier 1861 il crut devoir pratiquer une double castration à un homme épileptique adonné à la masturbation. Une lettre de ce chirurgien adressée à la Lancette de Cincinnati donne des détails sur les résultats de l'opération. Pendant les huit mois d'observation ultérieure, l'épilepsie ne reparut pas, mais il y avait encore de temps en temps quelques tentatives de masturbation. L'intelligence s'était améliorée, mais l'opéré était devenu indolent, gras et paresseux, ce qui engagea son opérateur à le renvoyer.

« En résumé, dit M. Rooker, je suis *extrêmement* content du » résultat obtenu. J'ai été vivement blâmé par des personnes » appartenant ou non à la profession médicale, et si tout ne » s'était aussi bien passé, je ne puis dire ce qui me serait » arrivé. Mais, comme je l'ai dit dans mon premier article, je » n'hésiterais pas à recommencer, appuyé sur l'Écriture, qui » dit : « Si ton œil droit est pour toi un sujet de scandale, » arrache-le et jette-le au loin. »

Il pourra paraître singulier de voir cet auteur chercher si loin la justification d'un point de pratique scientifique. Nous ne saurions trop nous élever contre une intervention aussi peu médicale. Cette maxime a pu malheureusement être étendue et appliquée jadis à la société, mais un chirurgien peut-il être amené à l'invoquer, surtout en traduisant œil par testicule, et l'œil droit par les deux yeux? Rendre borgne est déjà trop, rendre aveugle dépasse toute justification de texte, et M. Rooker est, on le voit, plus radical encore que l'auteur sur lequel il appuie son autorité. (*The Cincinnati Lancet and Observer*, 1862, p. 50.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen (*Manuel de la science des fractures*), par le docteur Gurlt, professeur particulier de chirurgie à l'Université royale de Berlin. Première partie : *Fractures en général*. In-8 de 800 pages. Berlin, Hirsch, 1862; Paris, Victor Masson et fils.

Le mot de *manuel* ne doit pas être entendu de même en Allemagne qu'en France, car nous appellerions certainement traité, et même traité complet, un livre qui consacre une première partie de 800 pages à l'histoire des fractures en général seulement. Cependant, quand on examine l'importance des sujets passés en revue par l'auteur et la manière dont chacun d'eux se trouve traité, on lui pardonne volontiers des développements, qui ont parfois pour inconvénient de transformer un livre d'études scolastiques en un recueil de monographies que l'on est plus souvent tenté de consulter, quand besoin est, que de lire assidûment.

Comme la plupart des livres publiés en Allemagne, celui de M. Gürlt renferme un grand nombre de gravures sur bois qui servent beaucoup à l'intelligence du texte, et qui ont un autre mérite : c'est d'être dessinées d'après des pièces pathologiques examinées par l'auteur lui-même, dans les musées si riches de Londres, Édimbourg et Dublin, dans ceux de Tübinge, Munich, Vienne et Strasbourg.

Après une table des ouvrages publiés sur la matière depuis plus d'un siècle, vient un résumé statistique montrant la fréquence relative des fractures suivant les régions, et la statistique des divers auteurs, Malgaigne, Wallace, Norris, Matiejowsky, etc., à laquelle M. Gürlt a ajouté la sienne.

On trouve les chiffres suivants : crâne et face, 225 cas; tronc, 604; extrémité supérieure, 2117, parmi lesquels on trouve : clavicule, 509; humérus, 410; avant-bras, 860; 1354 fractures de l'extrémité inférieure, dans lesquelles nous voyons figurer 510 fractures du fémur et 164 de la rotule.

Quant à l'influence du sexe et de l'âge, il montre la fréquence plus grande des fractures chez l'homme, surtout entre vingt et quarante ans, proportion renversée dans la vieillesse, les fractures étant, au contraire, plus fréquentes chez la femme, ce que, du reste, avait déjà montré M. Malgaigne.

Puis vient la classification des fractures suivant leurs variétés, et Gürlt montre, pièces en main, que les fractures incomplètes, les incurvations, les fissures, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement; ce qui peut, du reste, s'expliquer par ce fait, que ce genre de lésion, qui échappe souvent à l'observation pendant la vie, n'est guère reconnu qu'à l'autopsie; encore faut-il que l'on recherche leur existence.

L'auteur trace ensuite l'histoire des fractures longitudinales, multiples, comminutives, compliquées et complexes, celle des décollements épiphysaires, plus fréquents que nous ne l'admettons généralement en France.

Le quatrième chapitre traite de la symptomatologie et du diagnostic des fractures, partie aujourd'hui trop connue de tous les chirurgiens et même des élèves pour que nous en parlions ici.

L'influence des causes générales sur la production des fractures forme une des parties les plus intéressantes du livre, non-seulement par les développements donnés par l'auteur et par les discussions des diverses opinions, mais encore et surtout par les nombreux exemples d'observations qu'il a rassemblés sous forme de tableaux statistiques. Nous citerons particulièrement les pages destinées à l'étude des fractures pendant la vie

Digitized by Google

intra-utérine, à celle des causes pouvant s'opposer à la consolidation des solutions de continuité des os, au temps nécessaire pour la consolidation, etc.

Mais il est un chapitre du traitement que l'auteur a traité avec quelque développement, c'est celui du transport des blessés atteints de fractures, soit par les causes ordinairement observées, soit par plaies d'armes à feu. C'est une partie de pratique qui importe peut-être moins aux chirurgiens civils, mais qui est très intéressante pour nos confrères de l'armée. L'auteur examine les différents moyens de transport employés dans les armées européennes et donne la préférence au système des voitures anglaises d'ambulance. Nous ne les connaissons pas, mais, si nous les jugeons comparativement aux nôtres, nous pourrons dire que les voitures employées dans l'armée autrichienne nous ont paru bien autrement commodes et mieux appropriées aux besoins chirurgicaux que les voitures de l'intendance française.

Nous passons également sous silence, malgré l'intérêt qu'elles méritent, les pages consacrées au traitement et à la description des divers appareils inamovibles employés dans les hôpitaux ou la pratique militaire, aux indications qu'entraînent les fractures compliquées, quelles que soient la nature et l'étendue des complications, etc. Mais nous ne pouvons que citer avec de grands éloges les développements donnés à l'histoire des anévrysmes faux traumatiques, à l'emphysème, au tétanos, aux récidives de fractures, car à chacun de ces articles se trouve annexé un tableau statistique très détaillé renfermant l'histoire abrégée de tous les cas connus dans la science. C'est surtout une profonde érudition qui fait le mérite exceptionnel du livre de M. Gürlt, et il a suivi sur ce point l'exemple que nous avait donné déjà M. Malgaigne dans son remarquable ouvrage sur le même sujet.

Ce livre se termine par un chapitre très long (il ne comporte pas moins de 180 pages) destiné à l'histoire des pseudarthroses, qui forme presque une monographie séparée. Là encore nous trouvons de précieux tableaux statistiques qu'on nous permettra de résumer en quelques chiffres :

	Nombre de cas.	Guéris.	Non guéris.	Amputés.	Morts.	?
Redressement et extension.	11	10	1	»	»	»
Écartement par extension avec manipulation.	64	64	»	»	»	»
Écartement avec section sous-cutanée.	3	2	»	»	1	»
Écartement avec l'aide de machines.	20	19	»	»	»	1
Ostéotomie.	38	25	2	2	7	2
Résection des fragments.	13	12	1	»	»	»

Ce tableau ne repose évidemment que sur la statistique des cas publiés, et c'est peut-être ici l'occasion la meilleure de montrer combien est grande la tendance des chirurgiens à publier leurs succès, car il faudrait admettre contre l'expérience particulière de chacun que l'extension unie aux frottements serait toujours suivie de succès. Cependant, comme recueil d'observations, le tableau détaillé sera consulté avec avantage, et ce que nous avons dit déjà peut servir à montrer sous quel point de vue surtout le livre si remarquable de M. Gürlt a sa place marquée dans toutes les bibliothèques chirurgicales.

L. L. F.

VI

VARIÉTÉS.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui a commencé le 17 mars, vient de se terminer par la nomination de MM. Jaccoud, Bucquoy et Archambault.

— On nous annonce une triste nouvelle, la mort de M. Ludger-Lallemand, médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique.

— Le docteur Thomas W. Évans, médecin-dentiste à Paris, qui avait été appelé à la cour de Russie, a été décoré de l'ordre impérial de Sainte-Anne.

— M. le docteur T.-W. Benedict, professeur à l'Université de Breslau, connu par de remarquables travaux, vient de mourir dans cette ville à l'âge de soixante-dix-sept ans.

— Un comité s'est organisé à Naples pour provoquer la renaissance des congrès scientifiques en Italie. Il propose de porter le siége du dixième congrès à Bologne.

— Les Anglais s'occupent activement de la culture du quinquina dans leurs diverses possessions. Ils en transportent du Pérou dans l'Inde méridionale et à la Jamaïque. Plus de deux mille plants existent déjà à Kiew. Un essai analogue fait à la Trinité n'a pas réussi.

— La Société impériale de médecine de Lyon propose les prix suivants :

Première question. — De la contagion. — Traiter spécialement du rôle qu'elle joue dans la production et dans la propagation des maladies fébriles, éruptives et inflammatoires (pyrexies, exanthèmes, choléra, angines), en étudiant les agents, s'il y en a, et les divers modes de transmission de ces maladies. Insister sur l'examen critique des idées contagionistes au point de vue de la vérité, comme des avantages et des inconvénients qu'elles peuvent avoir dans la pratique médicale et dans l'esprit des populations. — Le prix est de 300 francs.

Deuxième question. — Des maladies contractées par suite de l'habitation dans des maisons nouvellement construites.

En assigner les caractères et les causes directes, en s'appuyant sur des observations.

Préciser à quels signes on reconnaît qu'une maison peut être habitée sans danger après sa construction entièrement achevée.

Rechercher si, dans la législation actuelle, il n'existe pas quelques dispositions réglementaires sur lesquelles l'autorité puisse s'appuyer pour réprimer les abus. A défaut de ces dispositions, formuler celles que prescrit l'hygiène publique. — Le prix est de 300 francs.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, avant le 15 août 1863, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général.

La Société rappelle qu'elle décernera, dans sa séance publique de janvier 1863, un prix de 100 à 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit (et inédit) qui lui aura été envoyé, avant le 1er décembre 1862, sur un sujet quelconque relatif aux sciences médicales.

— M. le ministre de l'intérieur vient de nommer une commission chargée d'étudier les conditions requises pour la construction des hospices et hôpitaux, et de dresser des modèles d'établissements.

Cette commission est composée de : M. Blanche, conseiller d'État, président ; MM. de Lurieu, baron de Watteville et Bucquet, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance ; M. le docteur Parchappe, inspecteur général des asiles d'aliénés ; M. Gilbert, membre de l'Institut et du conseil des bâtiments civils ; M. Laval, architecte ; M. le docteur Grassi ; M. Domet, architecte, auditeur au conseil général des bâtiments civils. — M. Bucquet remplira les fonctions de secrétaire, et M. Domet celles de secrétaire adjoint.

Administration générale de l'assistance publique. — Le jeudi 12 juin 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues du lundi 12 mai courant jusqu'au lundi 26 du même mois inclusivement, d'une heure à trois heures de relevée.

De l'ovariotomie, par le docteur *L. Olier*. In-8 de 63 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Traité pratique des maladies de l'estomac, par le docteur *Th. Bayard*. In-8 de xvi-479 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, professées par M. le docteur *Bazin*, rédigées et publiées par M. le docteur *Émile Baudot*, revues et approuvées par le professeur. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, cours fait à l'École pratique par le docteur *Max. Durand-Fardel*. 2e édition, avec une carte coloriée. Grand in-8 de 790 pages. Paris, Germer Baillière. 9 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. | PARIS, 30 MAI 1862. | N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine. Origine du vaccin; eaux aux jambes du cheval. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : Recherches sur une forme particulière de pneumonie chronique. — Pathologie externe : Abcès péri-uréthraux de la partie antérieure du pénis survenus à la suite de la blennorrhagie. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Sur la transmission de la syphilis au moyen de l'inoculation du sang. — De l'ulcère simple de l'estomac. — Fracture avec déplacement de la colonne vertébrale chez un acrobate, guérison — Hernie crurale contenant la vésicule biliaire — V. **Variétés.** — VI. **Feuilleton.** De l'hygiène au bord de la mer.

I

Paris, 29 mai 1862.

Académie de médecine : ORIGINE DU VACCIN; EAUX AUX JAMBES DU CHEVAL.

De la discussion engagée à la dernière séance de l'Académie, à l'occasion d'un élégant et solide rapport de M. Bousquet sur la vaccine, nous écarterions volontiers la question de savoir si un virus vaccinal recueilli sur le cheval a besoin, pour acquérir sa vertu préservatrice à l'égard de l'homme, de passer par le pis de la vache. Nous écarterions cette question, non qu'elle n'ait une grande importance; mais, d'une part, il faut décider si le cheval est *vaccinogène*, suivant l'expression de M. Bousquet, avant de rechercher comment et à quelles conditions il le devient; d'autre part, du moment où l'on consent à placer l'origine, ou l'une des origines du vaccin, dans certaines maladies des jambes du cheval, il n'y a pas de raisons sérieuses pour douter de l'inoculabilité du virus du cheval à l'enfant plutôt que de l'inoculabilité de ce même virus à la vache; car les objections qu'on a longtemps élevées contre les faits d'inoculation des *eaux aux jambes*, et qu'on tirait de l'aspect des pustules, de leur marche, de leur durée, ou de certaines lacunes dans les expériences, s'adressaient aussi bien à l'inoculation directe sur la vache qu'à l'inoculation directe sur l'enfant. Ces objections, sur lesquelles insistait plus que personne M. Bousquet, s'accusant lui-même alors de cette humeur *difficile* (1), qu'il reproche aujourd'hui à M. Depaul; ces objections, légitimes et salutaires à l'époque où elles étaient produites, ont, il faut le dire, perdu une grande partie de leur valeur, si les observations de Toulouse démontrent clairement, comme M. Bousquet l'affirme tout le premier, qu'un virus vaccinal peut naître sur les jambes du cheval. Il devient probable, en effet, que les précédents observateurs, à commencer par Jenner, ne

(1) « On dira que je suis *difficile*; je ne m'en défends pas. » (*Traité de la vaccine*, 1848, p. 436.)

FEUILLETON.

De l'hygiène au bord de la mer.

(Troisième article.)

Règles du bain de mer. — Bien que nous ayons ici l'intention de n'énoncer que des principes et de ne point entrer dans des détails d'application, nous croyons pourtant indispensable de tracer les principales règles du bain de mer, comme étant les conditions obligées des effets que nous avons annoncés. La règle pour le bain de mer thérapeutique, c'est la formule pour le médicament; s'en affranchir, c'est nier l'utilité des poids et mesures et du mode d'administration en matière médicale.

Parmi les questions préjudicielles, celle qui concerne le costume de bain ne nous arrêtera que pour établir qu'il faudrait s'en passer, si c'était possible, et que, dans tous les cas, il doit être réduit autant que possible ou se composer d'un vêtement flottant, de tissu léger et non collant, afin que l'eau soit pendant tout le bain en contact libre et direct avec la peau; qu'à moins de considérations très particulières, la tête surtout doit être découverte, et qu'un simple filet pour retenir les cheveux est préférable à la coiffe cirée qu'adoptent beaucoup de femmes. Par rapport à l'heure du bain, il est impossible de rien fixer de bien précis, attendu que le temps, la marée, les habitudes et la susceptibilité du malade sont autant de causes qui peuvent la faire varier. Quand on n'a à se préoccuper de rien de tout cela, le meilleur moment est le matin, avant la grande chaleur solaire et pas trop tôt après le lever, c'est-à-dire entre neuf heures et midi. Il faut autant que possible éviter la pleine mer, où l'eau contient les impuretés qu'elle a balayées sur la plage en montant, et la marée basse, où, sur certaines plages, la mer se retire au loin; pour ceux qui craignent le froid, la mer est un peu plus chaude quand elle monte que quand elle se retire. Si un obstacle quelconque empêchait de se baigner le matin, il fau-

s'étaient pas trompés. Et c'est ce qu'on peut dire de toutes les expériences relatives à un ordre de faits nouveau. On se refuse à admettre les premières observations faute de preuves suffisantes; mais le jour où l'une d'elles se produit avec le caractère de l'évidence, l'interdiction est levée, non-seulement pour celle-là, mais aussi pour la plupart des observations antérieures, qui s'éclairent alors d'un jour nouveau, et n'ont plus besoin, au même degré, du témoignage expérimental.

Les observations de Toulouse sont-elles concluantes en ce qu'elles démontreraient la puissance vaccinogène du cheval? Nous le pensons comme M. Bousquet, tout en regrettant, avec MM. Depaul et Delafond, que les inoculations sur la vache et sur l'homme n'aient été plus nombreuses. En ces sortes d'expériences, où le produit morbide est spécifique, le nombre importe moins que partout ailleurs, et nous ne voyons pas ce que serait un virus faisant naître, sur le pis de la vache, des boutons entièrement semblables au *cowpox*, puis secondairement sur l'enfant une éruption absolument pareille à l'éruption vaccinale, si ce virus n'était pas du vaccin. La question n'est donc plus maintenant que de déterminer la maladie sur laquelle naît le vaccin du cheval. Y en a-t-il trois ou quatre, comme il semblerait résulter des descriptions fort peu concordantes des auteurs qui ont rencontré ce vaccin? M. Bouley ne l'a pas dit positivement, et nous doutons même que telle soit son opinion; un orateur pourtant a pu le croire, qui en a fait reproche au professeur de l'École d'Alfort, et a soutenu au contraire que le vaccin du cheval, s'il existe, doit naître d'une éruption spéciale, de nature pustuleuse, comme était d'ailleurs, selon toute apparence, l'éruption observée chez le cheval vaccinifère de Toulouse. Tout ce qu'a dit à cet égard M. Depaul nous paraît conforme à la saine étiologie; il n'est guère admissible qu'un virus aussi fixe dans ses effets locaux et généraux n'ait pas une origine fixe également, et puisse naître de conditions morbides multiples et tout à fait dissemblables.

D'où vient pourtant la confusion? De ce que la médecine vétérinaire en est à peu près, sur la nosologie des *eaux aux jambes*, au point où nous en étions, il n'y a pas longtemps encore, sur la nosologie de la teigne. De même que nous avons compris sous ce dernier nom plusieurs affections cutanées distinctes, jusqu'à ce que le microscope nous ait appris à en dégager le favus pour en faire le type unique de la teigne; de même les *eaux aux jambes*, le *grease* des Anglais, le *mauke* des Allemands, s'appliquent (pour beaucoup de vétérinaires du moins) à plusieurs formes d'exanthème cutané, isolées ou réunies : l'impétigo, l'eczéma, le furoncle, l'anthrax même, — qui, pour le dire en passant, nous paraît bien avoir constitué cette maladie du paturon, avec eschares et bourbillons, de laquelle un des expérimentateurs cité par M. Bouley a extrait un liquide transmissible à la vache. — Que, concurremment avec une ou plusieurs de ces éruptions, le tissu cellulaire vienne à s'enflammer, et voilà le *javart*. Toutes ces différences qui sont signalées dans les descriptions des auteurs, ne viennent, sans doute, que de la présence, sur le paturon malade, de plusieurs éruptions ou de complications, associées à une éruption spéciale qui serait la source directe et exclusive du virus-vaccin.

Faut-il en conclure, avec M. Depaul, que cette éruption est simplement varioleuse, et que variole et vaccin sont une seule et même chose? Nous penchions autrefois vers cette opinion; nous sommes disposé à nous en écarter aujourd'hui. Un mélange de virus-vaccin et de virus-variolique, inoculés à un enfant, engendre des éruptions distinctes, à savoir : des boutons vaccinaux et une variole générale. M. Bousquet, qui connaît mieux que nous les expériences de Woodville, et qui les a répétées, en conclut comme nous, dans son TRAITÉ DE VACCINE, que *les deux virus sont différents;* et l'adhésion qu'il a donnée séance tenante à l'opinion de M. Depaul, en la déclarant sienne, ne nous décide pas à méconnaître la justesse de son ancienne argumentation. De même, nous ne pouvons consentir encore à identifier deux virus dont l'un ne donne presque jamais, par l'inoculation, qu'une éruption locale, et l'autre donne presque toujours, après les boutons d'inoculation, une éruption générale. C'est là, nous le répétons, une question à réserver.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

RECHERCHES SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE PNEUMONIE CHRONIQUE, par le docteur RENÉ BRIAU, médecin aux Eaux-Bonnes.

§ I^er^.

Lorsqu'au mois de mars 1859 j'eus l'honneur de lire devant la Société d'hydrologie médicale un mémoire publié ensuite dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *sur quelques difficultés de diagnostic*

---

drait le faire de trois à cinq heures de relevée; c'est aussi l'heure du second bain, quand on en prend deux. Enfin, cette question est encore subordonnée à cette autre, à savoir s'il faut prendre son bain à jeun ou après un premier repas. En règle et conformément à une bonne hygiène, il faut changer le moins possible ses habitudes de repas, même aux bains de mer; mais il faut avoir égard aussi aux susceptibilités de l'estomac. Les personnes qui sont habituées à un premier déjeuner doivent continuer à le prendre, si elles ont les digestions faciles; celles qui sont faibles, les enfants et les femmes surtout, doivent même s'en faire une obligation; elles réagissent mieux : le bain peut se prendre une heure et demie à deux heures après un léger déjeuner. Les personnes qui n'ont pas ces habitudes ou qui digèrent lentement devront se baigner à jeun; mais si elles sont affaiblies, mieux leur vaut attendre quatre heures après le repas du matin, et ne se baigner que dans l'après-midi. On se demande encore quelquefois s'il faut avoir chaud ou s'être reposé et refroidi avant d'entrer dans la mer. Qu'on songe à la manière dont doit se faire la réaction, et on comprendra que le double mouvement qui la constitue s'opérera avec plus d'énergie si l'on a un peu chaud avant de se plonger dans l'eau. Il faut donc, en arrivant au bain, avoir fait un peu d'exercice et attendre que l'agitation de la marche soit calmée, mais pas assez pour se refroidir complétement. Nous trouvons dans quelques livres des conseils bien imprudents sur ce point.

Maintenant, comment entrer dans la mer? Cette question est un écueil contre lequel vient se roidir la crainte ou l'antipathie de l'eau froide, et se briser quelquefois la prudence. En principe, pour que le mouvement de concentration soit général, prompt et régulier, il faut que tout le corps, tête comprise, soit mouillé en même temps ou à peu près. Les pratiques pour arriver à ce but sont assez nombreuses, mais ne comportent pas tous les tempéraments qu'on cherche trop souvent à leur donner. Entrer spontanément et rapidement, et plonger ou s'accroupir, n'est rien pour un habitué; mais il n'en est pas

Digitized by Google

dans les maladies chroniques des organes pulmonaires, j'avais pour but de démontrer que plusieurs affections de la poitrine sont habituellement confondues avec la phthisie tuberculeuse, quoique, dans mon opinion, elles en diffèrent radicalement par leur nature et leur gravité; je désirais appeler de nouvelles investigations sur la valeur et la signification de signes stéthoscopiques que nous sommes trop facilement enclins à attribuer presque exclusivement à la tuberculose pulmonaire; enfin, je cherchais à établir qu'il existait sous le nom de phthisie tuberculeuse une confusion de plusieurs états morbides mal définis, et dont il était de la plus haute importance de rechercher les causes, les signes, la marche et le pronostic.

A l'appui de ma manière de voir, basée sur l'observation clinique, je signalais les travaux déjà publiés par MM. Hourmann et Dechambre, Ch. Robin, Isambert et Lorain; j'aurais dû y joindre ceux de M. le docteur Landouzy. J'ajoutais aux diverses altérations décrites par ces habiles observateurs, celles mal connues et peu étudiées qui proviennent directement d'inflammations plus ou moins étendues des bronches, du tissu pulmonaire ou des plèvres, et enfin la congestion pulmonaire dont je croyais pouvoir établir l'existence, indépendamment de toute affection organique. J'expliquais encore par cette confusion d'états morbides différents, les divergences si grandes qui existent entre la manière dont M. le professeur Skoda considère les signes stéthoscopiques et celle qui appartient à l'école française, créée par notre illustre Laennec. Mes conclusions, quoique affirmatives sur le fait de la confusion, se ressentaient de l'état de doute et d'hésitation, dans lequel me retenaient les opinions puisées dans mon éducation médicale classique.

En effet, deux saisons seulement passées à la station thermale des Eaux-Bonnes, avaient soumis à mon observation un nombre de malades suffisant pour me donner la conviction que plusieurs états morbides très différents étaient généralement regardés à tort comme appartenant à la tuberculose pulmonaire, mais ne me permettaient pas encore de distinguer nettement l'individualité de ces affections, encore moins de les différencier les unes d'avec les autres par des caractères positifs et bien tranchés. Depuis cette publication, je n'ai pas cessé un moment de m'occuper de ce sujet, et je viens aujourd'hui avec des documents nouveaux, quoique incomplets, je n'hésite pas à l'avouer, essayer de combler en partie la lacune que je viens de signaler.

Avant que nos très vénérés maîtres, MM. Louis et Andral, eussent réservé le nom de *phthisie* pour désigner exclusivement le dépérissement causé par la présence des tubercules dans les poumons, ce mot servait en médecine à dénommer toutes les consomptions quelle qu'en fût la cause. Ce fut certainement un progrès de restreindre la signification de ce nom à une maladie bien déterminée et caractérisée par des lésions constantes. Ce progrès eût été définitif si la nature du tubercule avait été bien connue et si toutes ses phases avaient été appréciées avec une égale justesse; mais il n'en était pas ainsi : tout n'était pas dit, tout n'est pas dit encore sur le développement de cette production pathologique, malgré les nombreuses et patientes recherches dont elle n'a pas cessé d'être l'objet. Il me paraît au contraire démontré par les travaux de l'histologie moderne que des produits divers ont été jusqu'ici confondus sous ce nom de tubercule.

L'observation clinique seule pouvait déjà faire pressentir qu'il en était ainsi. De plus, la divergence des opinions, d'une part sur la cause prochaine du tubercule qui, selon les uns, est purement inflammatoire, et selon d'autres, spécifique; d'autre part, sur le siége primitif, sur le lieu d'origine de cette production, que les uns font naître dans les vésicules pulmonaires, d'autres dans le tissu cellulaire interlobulaire, ceux-ci à la surface ou dans l'épaisseur de la muqueuse bronchique, ceux-là dans ces trois organes indifféremment, cette divergence, dis-je, sur les conditions mêmes du développement de la maladie, montraient l'incertitude de nos connaissances sur la plupart des points essentiels de l'histoire anatomique de ce produit morbide; ajoutons en outre que, si tout le monde est d'accord pour attribuer la lésion tuberculeuse à une cause constitutionnelle, à un état diathésique, il y a encore divergence sur la nature de cette cause, les uns voulant que ce soit la diathèse tuberculeuse, les autres la mettant sur le compte de la diathèse scrofuleuse, d'autres enfin regardant ces deux diathèses comme une seule et même disposition morbide.

En dernier lieu, remarquons que des affections d'une bénignité notoire sont encore à présent regardées comme étant anatomiquement formées par de la matière tuberculeuse. Je veux parler des engorgements glandulaires du cou qui surviennent chez les jeunes scrofuleux. La plupart des anatomo-pathologistes considèrent ces engorgements comme tuberculeux et ne craignent pas d'affirmer qu'ils sont de nature identique avec ceux des poumons. Or, c'est là une opinion que l'observation clinique ne nous permet point d'accepter. En effet, l'expérience journalière nous apprend que ces tumeurs du cou affectent une marche complétement différente de celle des tubercules pulmonaires. On les voit fréquemment se fondre et disparaître sans abcès, sous l'influence d'un régime et de traitements qui ne produisent point du tout les mêmes effets sur les tubercules du poumon. Cette résolution et cette disparition doivent faire conclure nécessairement que dans ces cas ils ont été résorbés, résultat que l'on n'a pu encore jamais démontrer pour les tubercules pulmonaires. Lorsque ces tumeurs viennent à s'abcéder, au contraire, l'abcès finit toujours par se cicatriser après une suppuration plus ou moins longue, ce qui est malheureusement une terminaison trop rare des tubercules pulmonaires. D'ailleurs, le peu de gravité de

---

de même pour les personnes impressionnables, faibles ou timorées. Celles-là ne doivent se fier qu'au guide qui les accompagne, et choisir entre les deux procédés suivants : dans l'un, on s'arrête au premier contact de l'eau, et l'on se fait jeter plusieurs seaux d'eau sur la tête, puis on entre rapidement et l'on s'accroupit pour achever de se mouiller complétement. Ce procédé par affusion est quelquefois indiqué par la maladie elle-même; mais il est antipathique à plusieurs personnes. Dans l'autre, le guide prend le baigneur sur ses bras, avance dans l'eau, puis lui fait faire ce qu'on appelle le plongeon, en le déposant directement ou en le faisant passer horizontalement entre deux eaux, la tête la première. Mourgué qualifie cette dernière pratique d'inhumaine, et elle le serait, en effet, si elle s'opérait par contrainte; mais, acceptée par le baigneur et pratiquée avec adresse et rapidité par le guide, elle plaît à un grand nombre et constitue une bonne pratique. On peut accorder aux baigneurs récalcitrants quelques amendements à ces deux procédés principaux; mais jamais il ne faut tolérer l'immersion progressive et lente, qui est contraire aux principes du bain, et expose à des accidents; d'un autre côté, il ne faut pas employer la contrainte, et si les dispositions ne changent pas après plusieurs tentatives, il faut plutôt renoncer.

Une fois entré dans l'eau, il est d'une extrême importance de ne pas rester immobile, la moitié du corps immergée et l'autre exposée à l'air; il faut s'aider des mains du guide ou de celles de ses voisins, ou bien des cordes tendues à cet effet sur quelques plages pour sauter ou se faire recouvrir périodiquement par la lame, qu'on reçoit par le dos ou par le côté; faire la planche en se faisant soutenir par le guide dans une position horizontale; enfin, nager si c'est possible, et à la condition de ne pas oublier la durée imposée au bain. Cette question de la durée est en effet la plus importante de toutes; d'elle dépendent presque toujours le résultat du bain et même celui de la cure. Elle est réglée par l'effet qu'on veut produire, et quelque peu modifiée seulement par l'âge, le sexe, la constitution ou le genre de maladie. Le bain, quand on veut qu'il soit suivi

ces engorgements est évident, puisque la mort n'en est jamais la suite; et qu'on ne dise pas que leur siége dans un organe non essentiel à la vie, peut jusqu'à un certain point expliquer cette innocuité, car le danger de la lésion tuberculeuse ne vient pas du tubercule lui-même, mais bien de sa cause productrice qui est constitutionnelle, ce qui lui donne la faculté de se manifester simultanément ou successivement dans plusieurs organes. L'identification qu'on a voulu constituer entre ces tumeurs ganglionnaires du cou et les engorgements tuberculeux des poumons, ne peut donc se soutenir devant l'analyse clinique, et il est nécessaire de rechercher l'explication des différences que je viens de faire ressortir, et des divergences si grandes que les faits observés ont fait naître parmi les médecins livrés à la pratique.

Toutes ces considérations, rapprochées les unes des autres, portent naturellement les esprits logiques à croire que sous le même nom de tubercules on a confondu inévitablement plusieurs lésions différentes par leur nature, par leur marche, par leurs causes, par leur gravité et par leurs conséquences. Mais ces inductions deviennent des certitudes, si l'on ajoute aux rapprochements que je viens de faire, le résultat des études histologiques et de l'observation clinique. Ici nous nous appuierons sur les travaux récents de la micrographie, travaux qui, relativement au point dont nous nous occupons, ont été très bien résumés et complétés dans un travail publié au commencement de cette année, par M. le docteur Villemin, répétiteur à l'École de médecine militaire de Strasbourg (1). Certes, je n'ai point une confiance illimitée dans les résultats proclamés par la micrographie; mais quand le micrographe se borne à constater les faits qui se présentent à son observation, et lorsque ces faits sont conformes, loin d'être contraires à la recherche clinique, je ne vois pas, je l'avoue, de raison plausible pour refuser d'accepter les renseignements précieux qu'il nous donne.

Que nous apprend donc l'étude histologique des productions dites tuberculeuses?

Le tubercule est une néoplasie à évolution toute spéciale qui ne peut être confondue avec celle d'aucun autre processus pathologique; son siége exclusif est dans le tissu conjonctif général qui sert de connexion et de soutien aux éléments spéciaux des organes. Ce tissu général se compose d'une masse intercellulaire, au milieu de laquelle on rencontre des éléments globulaires, vestiges des cellules embryonnaires à l'état de repos physiologique, ce sont les corpuscules du tissu conjonctif, ou cellules plasmatiques; ils présentent des formes variées dépendant du rôle de la substance au milieu de laquelle ils se trouvent, et ce sont eux qui président aux régénérations des tissus normaux et à la formation de presque toutes les néoplasies. Lorsque la cause tuberculeuse révèle son action en un point quelconque du tissu conjonctif, les cellules plasmatiques commencent par s'hypertrophier et leurs noyaux se multiplient; on les voit se distendre et se rapprocher les unes des autres, en diminuant peu à peu les espaces intercellulaires qui les séparent jusqu'au moment où elles se touchent et où leur contenu se trouve confondu. Cette hypertrophie et cette multiplication de leurs noyaux ont d'abord lieu sur un point central de peu d'étendue; puis elles s'étendent graduellement aux cellules environnantes par une sorte de tendance à la contagion, pour me servir d'une expression du professeur Virchow; toutefois cette impulsion va en décroissant, de sorte que, plus on s'éloigne de la nodosité primitive, plus les corpuscules conjonctifs se rapprochent de leur état normal. En somme, l'étendue de ce travail morbide est toujours assez restreinte. La multiplication des noyaux paraît se faire par segmentation et division de la cellule mère en petites cellules, souvent accolées aux noyaux et confondues avec eux. Les segmentations successives des noyaux entraînent l'accumulation d'un certain nombre de ces corpuscules dans les cellules plasmatiques; c'est ce que l'on peut très bien observer dans les parties périphériques d'une granulation. On y voit des corpuscules conjonctifs à presque tous les degrés d'altération; ils sont encore séparés par de la substance intercellulaire, mais celle-ci diminue au fur et à mesure que les corpuscules se distendent par l'entassement de leurs noyaux dans leur intérieur. Cette accumulation des noyaux dans un point circonscrit et la pression qu'ils exercent les uns contre les autres, finissent par comprimer les vaisseaux qui les nourrissent et par entraîner leur mort.

Arrivé à cet état, le tubercule miliaire non encore ramolli est grisâtre, demi-transparent, dur et résistant; il fuit par la pression des doigts, mais bientôt il subit une nouvelle phase à laquelle on a donné le nom de *métamorphose régressive*. Celle-ci commence par le centre de la granulation; si l'on en fait une coupe, on peut voir une petite tache jaunâtre qui correspond à un point ramolli. Cette coloration jaune dénote un changement moléculaire accompli dans la granulation grise. Ce point s'étend, grossit, et si, en ce moment, on presse le tubercule entre les doigts, on en exprime une matière demi-solide, onctueuse, comparable à du fromage. La granulation jaune n'est donc qu'un degré de développement plus avancé de la granulation grise. Cette transformation caséeuse ou graisseuse, ou métamorphose régressive, est la terminaison régulière du tubercule, ou plutôt c'est la fin de l'évolution particulière au tubercule, puisque cette métamorphose régressive ne lui est point spéciale et peut résulter de tout travail pathologique; elle n'est qu'un signe de mort et un moyen d'élimination ménagé par la nature.

(1) *Du tubercule au point de vue de son siége, de son évolution et de sa nature*, par le docteur Villemin.

---

d'une réaction énergique, doit toujours être court, d'une à deux minutes ou seulement de quelques immersions en commençant, de cinq minutes en moyenne, de dix minutes au plus et quand la tolérance est bien établie; ce n'est qu'exceptionnellement et dans un climat favorable qu'on peut pousser jusqu'à un quart d'heure. Si l'on comprend bien le mécanisme de la réaction, cela n'a besoin ni d'explication ni de commentaire. Le bain seulement hygiénique des habitués et le bain minéral peuvent être portés à une durée plus longue; dans la Méditerranée et dans le bassin d'Arcachon, on reste quelquefois une heure dans l'eau. Il est d'ailleurs un phénomène qui doit être pris comme un avertissement de la trop longue durée du bain : c'est le retour du premier frisson, qui, s'il se répète, conduit à la dépression nerveuse. La plupart des accidents du bain n'ont pour cause qu'un séjour dans l'eau trop long pour la force de réaction; on ne doit jamais l'oublier. Si l'on songe, en outre, que l'état du temps ou de la mer, les dispositions du malade, sujets à varier souvent, sont autant de causes de modifications dans la pratique journalière du bain, on comprendra combien il est imprudent de tracer à l'avance et de loin une règle de conduite au malade qui va prendre les bains de mer.

A la sortie de l'eau, rentrer en courant dans sa tente, ou s'y faire porter si l'on est faible, en se couvrant au besoin d'un manteau de flanelle pour se préserver de l'action de l'air, telles sont les précautions ordinaires à prendre. Quelques personnes se trouvent bien de se faire jeter encore quelques seaux d'eau sur la tête avant de sortir. S'essuyer avec un linge un peu rude, s'habiller promptement et ne pas séjourner longtemps dans la tente, puis marcher pendant un quart d'heure ou une demi-heure, tels sont les moyens les plus convenables ordinairement pour favoriser la réaction. Mais quand le froid est intense et qu'on se sent peu de dispositions à se réchauffer, il faut employer quelques moyens auxiliaires. Le premier qui se présente et qu'on trouve toujours prêt dans les établissements de la Manche, c'est le bain de pieds chaud. On l'a beaucoup critiqué, et il ne faut pas en effet en faire une règle;

Ainsi, pour résumer cette analyse, le tubercule siége toujours et exclusivement dans le tissu conjonctif. Il affecte la forme de nodules, de granulations, dont plusieurs peuvent s'agglomérer et donner lieu à des nodosités plus ou moins considérables. Il ne prend point naissance dans un blastème exsudé des vaisseaux ; ses nodules sont le résultat d'une prolifération d'éléments cellulaires préexistants; ils sont formés par l'agglomération de noyaux ou de petites cellules engendrées par les cellules plasmatiques, et subissent de bonne heure la métamorphose régressive en donnant lieu à de la graisse, à de la matière caséeuse ou à des concrétions calcaires. Cette évolution du tubercule est spéciale et ne peut être confondue avec aucune autre.

Telle est la théorie anatomo-pathologique du tubercule vrai, clairement exposée par M. le docteur Villemin, dans le mémoire dont nous avons parlé (1). Nous ne sommes point en mesure de la critiquer, et ce n'est point d'ailleurs le but de notre travail. Il nous suffit de dire qu'elle est d'accord en ses points principaux avec les idées du professeur Virchow dont l'autorité est connue et appréciée de tout le monde.

Il nous reste maintenant à mettre en regard de cet exposé succinct l'analyse des recherches faites par M. le docteur Villemin, sur les productions qu'il appelle tuberculiformes des poumons, c'est-à-dire de la fausse tuberculisation. Tout d'abord, M. le docteur Villemin ayant établi que le tubercule vrai affecte le tissu conjonctif à l'exclusion de tous les autres, déclare que dans le poumon tous les produits morbides accumulés dans les vésicules, quelle que soit leur forme, sont dus à des lésions inflammatoires diverses et rentrent dans la classe des pneumonies. Il explique avec insistance que les seuls caractères qui ont pu faire confondre sous la même dénomination, en leur attribuant la même nature, le tubercule et tous ces produits d'inflammation, sont les propriétés que possèdent ceux-ci : 1° d'affecter parfois la forme de nodosités circonscrites, grâce à la disposition anatomique de certains organes; 2° d'éprouver, comme le tubercule, la métamorphose graisseuse, caséeuse et crétacée, lorsqu'ils sont retenus au milieu des tissus vivants de l'organisme.

Quand l'inflammation a lieu dans le tissu conjonctif, sa phase initiale est peu différente de celle du tubercule : il y a dans les deux cas hypertrophie du corpuscule conjonctif et multiplication de ses noyaux, mais la suite de l'évolution et le produit final diffèrent complétement. Dans le tubercule, la cellule plasmatique se laisse distendre par un nombre plus ou moins considérable de noyaux avant qu'elle se modifie à son tour. Elle aboutit à la création d'un nodule simple ou d'une petite cellule presque accolée à son noyau. Dans l'inflammation au contraire, la segmentation de la cellule suit presque immédiatement le dédoublement du noyau primitif. Aussi on n'y rencontre guère de cellules possédant au delà de deux noyaux. La division de ces noyaux et la segmentation des cellules entraînent la création d'un nombre plus ou moins considérable d'éléments cellulaires, de telle sorte que par suite de cette prolifération, il y a un épaississement plus ou moins marqué dans les parties qui en sont le siége : c'est le premier pas de l'évolution inflammatoire dans le tissu conjonctif. Le travail phlegmasique peut rester plus ou moins longtemps dans cet état que Virchow qualifie d'indifférence, puis il s'achemine vers des terminaisons diverses bien connues. Il y a donc dans l'évolution de ces deux produits une différence radicale, il y en a en outre une très grande dans leurs dispositions générales. Ainsi le tubercule borne son action à des parties toujours restreintes du tissu conjonctif, mais il tend à se généraliser en se produisant sur toutes les parties de l'organisme, et l'intensité de la cause qui l'engendre ne se mesure pas par l'étendue des lésions, mais par leur multiplication et par leur généralisation dans toute l'économie, ce qui indique évidemment que cette affection est engendrée par une influence diathésique. L'inflammation, au contraire, est plus diffuse et s'étale davantage en suivant toutes les dimensions, mais elle se limite dans un organe ou dans une portion d'organe, sans jamais se généraliser.

Sans vouloir suivre M. le docteur Villemin dans le détail de ses intéressantes recherches, nous dirons encore qu'à l'aide d'une minutieuse analyse microscopique il établit que toutes les inflammations chroniques des vésicules pulmonaires sont aujourd'hui confondues avec les tubercules vrais. Il donne les raisons et les causes de cette confusion fâcheuse et les trouve dans ce fait, que la métamorphose régressive, que la transformation des produits morbides en matières graisseuses, caséeuses ou crétacées, sont également communes à l'évolution tuberculeuse et à l'évolution inflammatoire. En effet, quoique la marche de ces affections soit radicalement différente, leurs productions ont néanmoins souvent cette terminaison identique, d'où il est résulté que l'on a mal à propos assimilé au tubercule tout produit caséiforme ou crétacé, non-seulement dans le poumon, mais aussi dans les glandes cervicales et mésentériques ainsi que dans d'autres organes. Il établit anatomiquement la fréquence de l'inflammation chronique des vésicules pulmonaires, et pense que cette affection se développe sous l'influence de la diathèse scrofuleuse qu'il distingue soigneusement de la diathèse tuberculeuse ; il suit toutes les phases de cette maladie et la transformation de ses produits en matières purulentes, muqueuses, graisseuses ou crétacées, suivant les conditions diverses dans lesquelles elle se développe, les

(1) Dans l'exposé fait par M. Villemin des résultats que fournit l'étude histologique du tubercule, il y a plusieurs *desiderata* qui ne nous permettent point de regarder ces résultats comme tout à fait complets. Mais pour le point qui nous occupe, c'est-à-dire la distinction du tubercule vrai d'avec les produits de l'inflammation, nous y trouvons la confirmation la plus satisfaisante des observations fournies par la clinique.

---

mais quand les pieds sont gelés et les frissons prononcés, comme cela arrive fréquemment, nous ne connaissons pas de moyen plus sûr de ramener la chaleur, et nous ne l'avons jamais vu contrarier la réaction, qu'il favorise au contraire. Ceux qui le peuvent doivent s'en dispenser comme un embarras et un retard ; ceux qui en sentent le besoin doivent le prendre sans aucune crainte. Quand c'est la faiblesse qui est le principal obstacle à la réaction, un peu de vin généreux, une infusion aromatique chaude, sont de très bons auxiliaires. Mais la marche doit toujours venir en aide à ces moyens, et si le temps ou les forces ne le permettent pas et qu'on se sente mal à l'aise, mieux vaut rentrer chez soi et se mettre au lit ou se rouler dans une couverture sur un canapé pendant une heure. D'une façon quelconque, il faut que la réaction se fasse.

Accidents. — Il y a une contre-partie aux effets favorables du bain de mer; nous avons déjà fait pressentir que ces effets étaient quelquefois remplacés par des accidents dont on comprendra mieux la possibilité maintenant que nous avons indiqué les moyens de les éviter. Le défaut de tolérance naturelle ou les manquements aux règles du bain en sont les causes habituelles. Celui qu'on observe le plus fréquemment est la syncope ou seulement la lipothymie, qui se déclare pendant le bain et plus souvent à la sortie de l'eau. Le froid a été senti au point d'arrêter immédiatement les mouvements du cœur, ou bien le repos et l'air concentré de la tente succédant à une excitation trop vive et trop prolongée, ont déterminé la faiblesse ou la perte de connaissance. Une mauvaise disposition du malade peut être la cause de ces accidents ; mais presque toujours ils sont dus à une trop grande prolongation du bain, quelquefois aussi pourtant à la frayeur, et alors c'est par la stupeur cérébrale qu'arrive la suspension des mouvements du cœur. L'état de plénitude de l'estomac, comme il arrive trop souvent depuis que les trains de plaisir jettent sur les plages maritimes une foule empressée de jouir et accumulant ses jouissances sans discernement, est cause d'un autre genre de

Digitized by Google

modes qu'elle affecte, l'étendue qu'elle occupe depuis quelques vésicules d'un lobule jusqu'à un poumon entier. Il fait voir que sa marche est tantôt rapide (inflammation aiguë), tantôt très lente (inflammation chronique), mais que jamais ses produits ne peuvent se changer en tubercules, quoiqu'elle puisse exister simultanément avec eux, comme on le savait déjà. Il signale très bien la difficulté qu'on éprouve à distinguer les produits tuberculeux d'avec les produits de l'inflammation vésiculaire arrivée à sa phase ultime. Pour pouvoir faire cette distinction d'une manière nette et claire, il est nécessaire d'étudier ces diverses lésions avant qu'elles aient subi la métamorphose régressive, parce qu'après cette période les produits deviennent communs à tous les processus morbides.

Il est facile de comprendre après ces recherches comment on a pu avoir des opinions si différentes sur le siége du tubercule, sur sa cause immédiate et sur son mode de formation. M. Villemin n'hésite pas à lui donner pour siége exclusif le tissu conjonctif, à déclarer que sa cause est spéciale et jamais inflammatoire, et enfin qu'il se forme de toutes pièces dans les cellules plasmatiques.

Voyons maintenant si ces études d'histologie pathologique sont d'accord avec l'observation clinique.

§ II.

Les conditions dans lesquelles nous exerçons la médecine aux Eaux-Bonnes, ainsi que dans tous les autres établissements thermaux, nous enlèvent toute possibilité de faire des nécropsies et, par conséquent, de compléter nos études cliniques par la constatation des lésions que subissent les organes. En outre, beaucoup de malades, après avoir passé sous nos yeux pendant quelques semaines, disparaissent sans que nous puissions les revoir et sans qu'il nous soit possible de suivre les diverses phases de la maladie que nous avons observée pendant trois ou quatre septénaires. Ce sont là des difficultés que nous n'avons aucun moyen de faire disparaître et qui, je le reconnais, contribuent singulièrement à rendre nos études cliniques incomplètes, et à enlever aux faits que nous observons la valeur et l'autorité qu'ils devraient avoir.

Toutefois, malgré cette infériorité relative qui frappe la clinique thermale, il est cependant incontestable que la science peut en retirer quelque profit quand les observations sont suivies avec soin pendant plusieurs années, comme cela arrive souvent, et que l'on peut établir un rapport exact entre la terminaison des maladies et les symptômes qu'elles ont fournis. En outre, la clientèle des eaux minérales est entièrement différente de celle des hôpitaux, et les affections qu'on observe aux stations thermales ont des caractères particuliers et spéciaux qu'elles tirent de la position des malades et du milieu dans lequel ils vivent, position et milieu essentiellement différents de ceux des malades des hôpitaux. Il ne faut donc pas que les difficultés dont nous ne dissimulons pas la portée jettent une défaveur imméritée sur la clinique thermale et fassent négliger cet élément d'instruction, très important et tout à fait distinct de celui que fournit la clinique nosocomiale.

Dès les premières années de ma pratique aux Eaux-Bonnes, j'eus occasion de rencontrer des faits qu'il me parut impossible d'expliquer avec les notions qui avaient cours dans la science. Bien des doutes et des hésitations assiégèrent mon esprit, et j'espérai y échapper en attirant l'attention des praticiens et en provoquant la discussion sur les difficultés que j'avais éprouvées et en remettant à l'étude une partie importante de l'histoire des affections chroniques des organes pulmonaires. Mais si j'avais le premier, par mes publications, cherché à établir le fait de la confusion qui, dans ma conviction, existait et à appeler de nouvelles investigations propres à la faire cesser, d'autres avant moi avaient éprouvé les mêmes doutes, les mêmes incertitudes, et avaient acquis la conviction profonde que plusieurs lésions des poumons étaient à tort confondues sous le nom de phthisie tuberculeuse. A l'époque même où j'entretins la Société d'hydrologie de mes observations cliniques, un médecin dont on a pu mettre en doute le savoir médical, mais qui avait une immense expérience mûrie par trente ans de pratique et d'observation aux Eaux-Bonnes, qui avait donné des soins à plusieurs milliers de phthisiques, M. Darralde enfin, dont on a dit avec beaucoup de raison et de finesse que *son tact et sa pénétration défiaient la science* (1), avait fait publier un témoignage précis de sa pensée à cet égard. En effet, M. le docteur Constantin James écrivit sous sa dictée et inséra dans la quatrième édition de son GUIDE AUX EAUX MINÉRALES un article dans lequel on remarque le passage suivant, que je recommande à l'attention des lecteurs :

« Comment, dans ce cas (celui des engorgements concomitants des tubercules), agiront les Eaux-Bonnes? Elles feront disparaître l'engorgement concomitant ; mais en même temps elles mettront les tubercules à nu, de telle sorte que ce qu'on aurait pu prendre pour une pneumonie simple deviendra manifestement une pneumonie tuberculeuse. Par contre, il arrivera plus d'une fois aussi que là où l'on avait annoncé une tuberculisation du sommet, les eaux, en dissipant l'engorgement, prouveront qu'il n'y avait pas de tubercules. Et qu'on ne croie pas que de semblables méprises soient rares : loin de là, elles se commettent tous les jours, et j'ajouterai qu'il est souvent impossible, à l'aide seule de nos moyens actuels d'investigation, de pouvoir les éviter. En effet, l'auscultation et la percussion vous apprennent bien, à certains signes connus de tout le monde, qu'une portion quelconque du poumon est indurée dans telle étendue et à telle place; mais elles seront impuis-

(1) M. Pidoux, *Union médicale* du 8 septembre 1860.

---

syncope qui va quelquefois jusqu'à l'asphyxie. Enfin une névrose et, à plus forte raison, une maladie organique du cœur déterminent la syncope chez ceux qui sont assez imprudents pour prendre le bain sans conseil dans cet état. La dépression nerveuse, sans syncope, est encore un effet qu'on observe chez les baigneurs qui ne réagissent pas suffisamment contre le froid, soit par défaut de tolérance ou mauvaise disposition, soit par un temps plus dur que de coutume ou par une durée trop prolongée du bain ; au lieu d'une excitation proportionnée à l'impressionnabilité, les centres nerveux sont frappés de stupeur. D'un autre côté, des douleurs névralgiques variées suivent quelquefois l'excitation trop vive de la sensibilité. C'est à la tête surtout que se font sentir ces douleurs pendant ou après le bain; chez les personnes prédisposées, ce peut être aussi aux articulations ou sur d'autres points; aussi le bain de mer ne convient-il qu'à certaines formes de névralgies et de rhumatismes que nous caractériserons plus tard : dans ces cas, ce sont les refroidissements partiels qui sont surtout à craindre. Une mauvaise entrée dans l'eau est aussi une cause commune de névralgie crânienne, et il suffit de changer le procédé pour la voir disparaître, de substituer, par exemple, le plongeon aux affusions ou celles-ci au plongeon, quelquefois de ne mouiller la tête qu'avec précaution et sans secousses. Chez les personnes faibles, les névralgies ne sont aussi quelquefois que l'effet d'une première impression et se dissipent au bout de quelques bains. Le coryza ou la toux légère qui suivent parfois les premiers bains chez les personnes prédisposées ne doivent être regardés comme des accidents pouvant faire suspendre le traitement qu'autant qu'ils ont quelque durée et déterminent quelque sympathie ; autrement le bain bien supporté et bien dirigé est lui-même le meilleur moyen de faire cesser ces dispositions. D'autres fois, c'est du côté des voies digestives que se montrent quelques accidents. Il est des personnes qui ne peuvent être un peu vivement impressionnées par le froid sans éprouver, les unes un vomissement nerveux, les autres un peu de diarrhée ; c'est encore là souvent un

Digitized by Google

santes à spécifier la nature même de cette induration. Il faut alors s'en rapporter à l'état général, lequel n'a pas toujours de signification bien précise. Or, c'est précisément dans ces cas douteux que les Eaux-Bonnes, en faisant ainsi la part de ce qui appartient, soit à l'engorgement, soit aux tubercules, constituent une pierre de touche infaillible; aussi ont-elles réformé souvent des diagnostics portés par des notabilités médicales. »

Ces paroles sont pleinement conformes à la saine observation et à la juste appréciation des faits. A la vérité, elles ne sont explicites que sur deux points, savoir : 1° que des affections pulmonaires sans tubercules sont souvent confondues avec la phthisie tuberculeuse, et 2° que le traitement thermal des Eaux-Bonnes est un moyen excellent de les distinguer. M. Darralde ne va pas plus loin. Il admet les engorgements essentiels non tuberculeux du sommet; il admet aussi d'autres lésions non tuberculeuses, mais sans rien spécifier et sans les individualiser. Il se contente d'établir le fait de la confusion. Essayons de faire un pas de plus et de distinguer la pneumonie vésiculaire chronique des autres affections du poumon, en ajoutant ainsi l'étude clinique à l'étude d'anatomie pathologique que nous avons exposée ci-dessus. Et d'abord citons quelques observations. *(La suite à un prochain numéro.)*

Pathologie externe.

Abcès péri-uréthraux de la partie antérieure du pénis survenus à la suite de la blennorrhagie, travail lu à la Société de médecine du département de la Seine, par le docteur G. Lagneau fils.

Quoique les abcès péri-uréthraux aient déjà été étudiés avec soin par divers auteurs, j'ai pensé que les observations suivantes ne paraîtraient pas complétement dénuées d'intérêt; car ces abcès constituent une complication, sinon rare, du moins peu fréquente de la blennorrhagie.

Obs. I. — M. ***, âgé d'environ trente-cinq ans, avait eu plusieurs années auparavant une blennorrhagie dont il était parfaitement guéri, lorsque le 30 décembre 1856, trois jours après des relations sexuelles, il vit paraître un écoulement uréthral ne s'accompagnant d'aucune douleur. Il s'administrait de lui-même des capsules de copahu lorsque, vers le 20 janvier 1857, il reconnut sur le côté droit du frein, au filet du prépuce, une très petite tumeur. Le 24, il vint me consulter; l'écoulement uréthral était peu abondant, blanc, épais; l'émission de l'urine n'était nullement douloureuse; la tumeur, grosse comme une petite noisette, était à peu près sphérique, dure, résistante, assez mobile sous le tégument, qui était rouge, sans être épaissi (bains locaux avec la décoction de racine de guimauve; onctions sur la tumeur avec l'onguent napolitain). Le 26, la tumeur s'ouvrit, et laissa s'écouler un peu de pus par un petit orifice blanchâtre voisin du filet. Le 31, la tumeur, quoique présentant encore une certaine dureté, était de moindre volume. L'écoulement uréthral, toujours blanc, avait augmenté plutôt que diminué. Je prescrivis alors trois fois par jour des doses régulièrement progressives de capsules de copahu, du sirop de ratanhia, etc. Ce traitement amena sans doute la guérison, car je ne revis plus le malade.

Obs. II. — M. de ***, âgé de vingt-cinq ans environ, à la suite de rapports sexuels, vit paraître un écoulement uréthral. Bientôt, sur le côté droit du frein, se montra une petite tumeur du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur fut ouverte, quelques gouttes de pus s'en écoulèrent. Du côté gauche du frein, une nouvelle tumeur se manifesta; par suite de son accroissement, le frein distendu devint le siége de douleurs assez vives, surtout lors des érections. Cette seconde tumeur, plus considérable que la première, s'ouvrit bientôt. Lorsque je vis ce malade, l'écoulement uréthral était blanc jaunâtre, excessivement abondant; le méat urinaire n'était ni ulcéré, ni rouge. Le canal était peu sensible, sauf au niveau de la fosse naviculaire, où sa paroi semblait être le siége d'une sorte d'épaississement mal délimité, en connexion avec la base de deux petites excroissances formées de chaque côté du frein par la procidence des orifices des deux tumeurs d'où suintait une matière séro-purulente. De ces deux excroissances la droite était un peu plus volumineuse que la gauche. Les ganglions inguinaux n'étaient pas tuméfiés. — J'appris depuis, par le confrère qui m'avait adressé ce malade, que ces excroissances, ainsi que l'écoulement uréthral, n'avaient pas tardé à se guérir, mais qu'un peu d'engorgement avait subsisté quelque temps encore dans le tissu cellulaire intermédiaire à la fosse naviculaire et au frein du prépuce.

Obs. III. — M. ***, âgé de trente-cinq ans environ, avait eu antérieurement plusieurs blennorrhagies. Durant l'une d'elles, il s'était déjà manifesté, en avant du scrotum, un petit engorgement paraissant situé dans l'épaisseur de la paroi du canal de l'urèthre. Vers la fin de mars 1859, à la suite de relations sexuelles, un écoulement uréthral commença à se montrer. Après avoir disparu presque complétement sous l'influence de quelques injections au cachou et au sulfate de zinc (1 gramme pour 150 d'eau distillée), il se montrait de nouveau, lorsque vers le milieu d'avril une petite tumeur se développa du côté droit de la verge, à environ 5 centimètres du méat urinaire, dans le sillon latéral intermédiaire au canal et à la partie correspondante du corps caverneux. Le 18 avril, après avoir demandé avis successivement à un étudiant en médecine et à deux confrères, qui lui avaient prescrit des bains d'eau de son, des boissons délayantes et des onctions sur la tumeur avec l'onguent napolitain, il vint également me consulter, car il craignait d'avoir un chancre uréthral. Le méat urinaire était rouge, le canal paraissait assez enflammé, l'émission des urines, quoique n'éprouvant aucun obstacle, déterminait de la douleur, non plus, comme au début de l'écoulement, vers la fosse naviculaire, mais dans une grande étendue du canal, jusque dans la région périnéale; néanmoins, cette douleur n'était pas plus vive au niveau de la tumeur. L'écoulement blanc verdâtre était assez abondant, nullement sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques du dos de la verge et les ganglions inguinaux de l'un et l'autre côté étaient à l'état normal. Le cordon spermatique droit, à son passage dans l'anneau inguinal, était un peu sensible. Le prépuce était légèrement œdémateux. La tumeur située sur le côté droit du pénis, adhérente à l'urèthre, mais non adhérente à la peau, était sphérique, grosse comme une petite noix ou une forte noisette aveline. Indolente et dure, elle ne présentait aucun point ramolli ou fluctuant. Je reconnus un abcès péri-uréthral blennorrhagique. Au traitement déjà prescrit j'ajoutai des bains locaux émollients, et recommandai de s'abstenir de toute injection irritante. Quelques jours après, le malade alla demander avis à M. Ricord, qui également considéra cette tumeur comme un abcès suite de blennorrhagie. Le 2 mai, je revis le malade;

---

résultat du défaut d'acclimatation, qu'on voit disparaître aussitôt que l'assuétude est bien établie. Il ne faut interrompre les bains et employer un traitement particulier qu'autant que ces symptômes ont quelque persistance ou quelque influence sur le reste de la santé. Du côté des fonctions de la matrice, il survient souvent des modifications dont les femmes doivent être averties, mais qui sont plutôt des troubles que des accidents, et qui prouvent l'influence du bain de mer sur la circulation de cet organe. Chez quelques-unes, l'époque des règles est avancée; chez d'autres, au contraire, elle est retardée, et il en est enfin qui ne voient pas pendant tout le temps que dure la cure. Pour ce qui est des écoulements étrangers à la menstruation, on voit apparaître des glaires à la sortie de l'eau ou de véritables flueurs blanches qui n'existaient pas, ou bien les écoulements habituels augmentent temporairement; d'autres fois ce sont des pertes sanguines plus ou moins abondantes, chez les femmes qui approchent de l'âge de retour surtout, ou l'augmentation momentanée des hémorrhagies déjà existantes. Tous ces symptômes indiquent le plus souvent que des modifications favorables se font dans l'état de la matrice, et ne deviennent des accidents que lorsqu'ils déterminent des sympathies morbides. Enfin, chez quelques baigneurs, la peau devient le siége d'éruptions diverses accompagnées de prurit, auxquelles on a donné le nom collectif d'urticaires maritimes. Ce sont des taches, des boutons ou des papules rouges, ou bien de véritables érysipèles par insolation, que l'imprégnation de l'eau salée et la réverbération de la mer semblent favoriser. Les enfants et les femmes à peau fine en sont les plus atteints, et cela dès les premiers bains, ce qui prouve que c'est l'effet d'une irritation directe par l'eau et non une action qu'on puisse comparer à la poussée des eaux minérales. Le prurit que ces éruptions occasionnent est ordinairement modéré, mais il peut devenir incommode au point de troubler le sommeil, et alors il faut interrompre le bain froid pendant deux ou trois jours et prendre un ou deux bains tièdes avec du son. A l'occasion du traitement marin, nous

Digitized by Google

la tumeur s'était ouverte à l'extérieur, et s'était bien dégorgée; il s'en écoulait encore de la sérosité roussâtre. L'écoulement uréthral était abondant; la sensibilité, moins vive au périnée, se montrait surtout dans la partie antérieure du canal. Je lui prescrivis du cubebe à doses progressivement plus fortes jusqu'à cessation de l'écoulement. Le 15 mai, la tumeur ayant cessé de sécréter, avait presque complètement disparu; elle était réduite au volume d'une grosse lentille; à côté de cette nodosité cicatricielle il en existait une autre résultant probablement d'un second engorgement péri-uréthral n'étant pas arrivé à suppuration. L'écoulement par l'urèthre avait aussi presque entièrement cessé sous l'influence du cubèbe pris à la dose de 8 grammes trois fois par jour...

Après avoir rapporté ces trois observations, il ne sera pas inutile de rappeler, avec M. Aribaud (1), combien sont nombreuses et diverses les variétés d'abcès péri-uréthraux :

I. Les uns ne sont liés à aucune lésion du canal, et n'affectent avec cet organe qu'un rapport de voisinage; ils comprennent les abcès symptomatiques de lésions du rectum et du périnée, d'altérations osseuses plus ou moins éloignées, etc.

II. Les autres surviennent à la suite d'un état pathologique quelconque du canal. Tels sont :

1° Les abcès déterminés par un traumatisme accidentel ou chirurgical de l'urèthre;

2° Les abcès qui sont la suite de rétrécissements uréthraux;

3° Enfin ceux qui viennent compliquer la blennorrhagie ou le chancre uréthral.

Parmi ceux de cette troisième subdivision, il doit encore être fait quelques distinctions; en effet :

A. Les uns, ordinairement déterminés par la blennorrhagie, se développent dans les glandes de Méry ou de Cowper, et siégent au périnée, en arrière des bourses. Signalés dans la plupart des traités de maladies vénériennes, entre autres dans ceux de mon père (2), de M. Melchior Robert (3), etc., ces abcès ont surtout été étudiés par M. Gubler (4).

B. Les autres, les seuls dont j'aie à m'occuper relativement aux observations précédemment rapportées, le plus souvent déterminés par la blennorrhagie, exceptionnellement par le chancre larvé, occupent la partie pénienne de la verge, en avant du scrotum.

Ceux déterminés par des chancres, siégeant surtout au-dessous du méat urinaire, au niveau de la fosse naviculaire, ont été signalés par M. Ricord (5).

Quant à ceux qui accompagnent la blennorrhagie, décrits par beaucoup d'auteurs, entre autres par N. Devergie (6), MM. Ricord (1), Vidal de Cassis (2), Melchior Robert (3), Tourasse (4), Aribaud (5), ils ont surtout été étudiés par M. Vénot (6), qui croit devoir les différencier en deux variétés, suivant leur siége anatomique.

a. Les uns se développeraient dans les glandules de la muqueuse uréthrale; ils seraient peu appréciables extérieurement à leur début, vu leur situation profonde, gêneraient l'émission de l'urine, puis s'ouvriraient aussi bien à travers la muqueuse qu'à travers la peau.

b. Les autres se développeraient sous le tissu cellulaire péri-uréthral; ils feraient saillie sous la peau, ne gêneraient pas la miction, et tendraient à s'ouvrir à l'extérieur.

Maintenant à quelle variété d'abcès péri-uréthraux de la partie antérieure du pénis doit-on rapporter les trois faits par moi observés? S'agit-il d'abcès symptomatiques de chancres uréthraux? S'agit-il d'abcès déterminés par des blennorrhagies, et, dans ce dernier cas, ont-ils pour siége initial les glandules de la muqueuse uréthrale ou le tissu cellulaire péri-uréthral?

Chez les trois malades que j'ai observés, l'absence d'induration bien délimitée, de stries sanguines dans la matière de l'écoulement uréthral, et d'adénites inguinales, enfin l'absence d'ulcération intra-uréthrale visible au travers du méat urinaire, et l'extrême rareté des ulcérations syphilitiques dans les parties profondes du canal, me firent écarter la pensée d'abcès symptomatiques de chancres larvés.

Peut-être est-il plus difficile de déterminer si ces abcès péri-uréthraux compliquant des blennorrhagies avaient pour siége les glandules de la muqueuse uréthrale, ou le tissu cellulaire circonvoisin du canal. Je serais toutefois plus disposé à leur reconnaître ce dernier siége anatomique, car, dans les trois cas, les tumeurs ne gênèrent pas l'émission urinaire, firent saillie au dehors, et eurent exclusivement une ouverture à l'extérieur.

Je dois cependant ajouter que, en voyant successivement, chez deux de mes malades (obs. I et II), trois tumeurs plus ou moins globuleuses et mobiles se développer sur les côtés du filet du prépuce, j'étais d'abord disposé à croire qu'elles avaient pour siége des glandules situées dans le tissu cellulaire intermédiaire au canal et au filet; mais quelles seraient ces glandules? Quelques anatomistes, Terraneus (7), Portal (8),

(1) *Recherches sur les abcès péri-uréthraux*, thèse, Paris, 5 janvier 1861, n° 5.
(2) *Traité pratique des maladies syphilitiques*, 6e édition, 1828, t. I, p. 100.
(3) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, Paris, 1861, p. 172.
(4) *Des glandes de Méry (vulgairement glandes de Cowper) et de leurs maladies chez l'homme*, thèse n° 172, Paris, 16 août 1849.
(5) *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1838, p. 561 et 720.
(6) *Clinique de la maladie syphilitique*, t. II, p. 25, 1831.

(1) *Loc. cit.*, p. 719 et suivantes.
(2) *Traité des maladies vénériennes*, 2e édition, Paris, 1855, p. 103.
(3) *Loc. cit.*, p. 168 et suiv.
(4) *De plusieurs accidents de la blennorrhagie*, thèse, Paris, 3 mars 1860.
(5) *Loc. cit.*, p. 12 et 13, obs. II.
(6) *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1860, extrait dans *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 août 1860, p. 523.
(7) *De glandulis universim et speciatim ad urethram virilem novis*, Lugduni Batavorum, 1729, p. 100.
(8) *Cours d'anatomie médicale, ou éléments de l'anatomie de l'homme*, t. V, an XII-1803, Paris, p. 459.

---

aurons à aborder d'autres questions relatives au bain de mer.

USAGES DIVERS DE L'EAU DE MER.

Bains d'eau de mer chaude. — Le bain de baignoire à l'eau de mer est employé comme préparation au bain à la lame, ou comme bain minéral agissant à la manière des eaux chlorurées sodiques et constituant l'élément principal d'un traitement que bon nombre de personnes vont faire aujourd'hui au bord de la mer. Aussi une installation complète de bains chauds est-elle l'annexe obligée de tout établissement de bains de mer un peu important. Dans le Nord, il est d'usage, chez les enfants et les personnes affaiblies, celles surtout qui sont impressionnables ou qui viennent aux bains de mer pour la première fois, de faire une sorte d'acclimatation au bain froid par quelques bains d'eau de mer tiède, à température décroissante, de manière que le dernier cause un léger frisson; le bain à la lame se prend ensuite avec beaucoup moins d'émotion. On peut contester théoriquement la valeur de cette pratique, qui peut être inutile dans des climats chauds; mais, sur les plages exposées à un air vif, l'expérience journalière en démontre l'utilité; là il est bon, pour certaines constitutions, d'être habitué au contact de l'eau de mer sur la peau et à l'impression de l'air marin sur les bronches avant d'aller se jeter à la mer. Quant à l'indication du bain minéral chloruré sodique, le bain de mer chaud la remplit très bien. Les principes minéralisateurs de l'eau de mer sont fixes la plupart, et cette eau n'est pas susceptible de s'altérer par un degré de chaleur modéré; rien ne s'oppose donc à ce qu'on la chauffe comme on chauffe les eaux chlorurées sodiques de Kreutznach, Kissingen, Nauheim. On peut aussi l'étendre avec l'eau douce ou l'additionner de diverses substances pour répondre à des indications particulières. Mais on conçoit qu'un tel bain n'agit plus comme le bain à la lame, et que si, d'après sa constitution, son action conserve le caractère tonique et reconstitutif, ce n'est plus à l'aide du mouvement dynamique

Digitized by Google

Bichat et Roux (1), M. Pétrequin (2), ont signalé le grand nombre de glandules ou de lacunes se montrant dans la muqueuse qui revêt la fosse naviculaire; mais de semblables glandules muqueuses tuméfiées par l'inflammation, vu la résistance de la tunique érectile et fibreuse de l'urèthre, ne sembleraient pas pouvoir faire saillie sous le filet, ainsi que cela avait lieu chez mes deux malades.

Peut-être ces tumeurs situées sous le filet préputial, comme la grenouillette sous le filet lingual, auraient-elles pour siége anatomique quelques-unes des petites glandes odorifères qui ont été décrites par Tyson (3) dans le sillon de la couronne du gland. Ces petites glandes alors se seraient isolément enflammées au contact de l'écoulement blennorrhagique s'échappant du méat urinaire.

En tous cas, sous le rapport clinique, quel que soit le siége précis de ces abcès, soit dans le tissu cellulaire péri-uréthral, soit dans quelques glandules plongées dans ce tissu cellulaire, peu importe, car, siégeant en dehors de la tunique fibreuse de l'urèthre, ils tendent à s'ouvrir à l'extérieur, ce qui n'a pas lieu ordinairement quand la tumeur a son siége initial dans les follicules de la muqueuse uréthrale.

Comme conséquence de cette tendance à s'ouvrir à l'extérieur, quoiqu'il n'y ait pas grand inconvénient à ouvrir hâtivement ces abcès, ainsi qu'on le conseille généralement, il semble possible de se dispenser d'intervenir chirurgicalement, car le plus souvent leur ouverture spontanée ne détermine ni fistule urinaire, ni aucun autre accident.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

MÉDECINE. — *De la disparition du goître par le changement de climat*, par M. *Guyon*. — L'auteur rapporte l'observation d'une famille dont le père et les deux jeunes filles, âgées l'une de dix, l'autre de douze ans, furent atteints de goître après quinze mois de séjour à Santiago, capitale du Chili, située dans les montagnes à 120 kilomètres de la côte. Sur le conseil de leur médecin, ces personnes quittèrent Santiago et s'embarquèrent pour l'Europe. Pendant la traversée, qui dura cent dix jours, le goître des jeunes filles diminua d'une manière très sensible; quelques mois après leur retour à Bruxelles, ces tumeurs avaient entièrement disparu.

A ce premier fait, M. Guyon en ajoute un second fourni par les émigrants du Valais (Suisse), qui, en 1852 et 1853, vinrent débarquer à Alger. Un grand nombre de ces malheureux, affectés de goîtres volumineux, virent diminuer la tumeur, quelques-uns même guérirent entièrement au bout d'une ou de deux années de séjour dans la province d'Alger.

L'auteur termine cette communication par les réflexions suivantes : « Pour obtenir la disparition du goître, il ne serait pas nécessaire de changer de climat, qu'il suffirait de changer de localité... Je pense, en effet, qu'il en doit être ainsi, et qu'on trouverait de nombreux exemples de la disparition du goître chez des individus qui, d'une localité où ils l'auront contracté, seront venus se fixer dans une autre, *souvent très voisine*, où il n'existe pas. C'est un fait éminemment remarquable sans doute, et d'un bien grand enseignement pratique, que cette localisation du goître, qu'on ne rencontre même pas sur les collines dominant quelque peu les dépressions de terrains ou vallées qui l'engendrent et peuvent le porter jusqu'au crétinisme, cette hideuse et affligeante dégradation de l'homme. »

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Analyse chimique de l'eau du puits artésien de Passy*, par MM. *Poggiale* et *Lambert*. — Il résulte de cette analyse que : 1° l'eau du puits de Passy présente la plus grande analogie avec celle du puits de Grenelle; 2° elle ne contient pas d'oxygène; 3° elle est alcaline comme l'eau de Grenelle; 4° elle renferme moins de sels calcaires et magnésiens que les bonnes eaux potables; 5° sa température élevée, sa saveur forte, l'absence d'air, la faible quantité d'acide carbonique et de carbonate calcaire sont des inconvénients sérieux, si on veut l'employer comme boisson; il faudrait pour cet usage l'aérer et la refroidir; 6° cette eau est préférable à toutes les eaux de sources et de rivières pour la plupart des usages publics, particulièrement pour les générateurs de vapeur, pour les arrosages des plantes et très probablement pour le blanchissage. (*Comm.*: MM. Ch. Sainte-Claire Deville, Daubrée.)

COMITÉ SECRET. — M. *Valenciennes*, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, présente la liste suivante de candidats pour la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux), vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite du décès de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire :

En première ligne. . . . . . MM. *Milne Edwards*;
En deuxième ligne . . . . . *Pucheran*.

Les titres de ces candidats sont discutés.
L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin,

(1) *Traité d'anatomie descriptive*, Paris, an XII-1803, t. V, p. 222.
(2) *Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale*, Paris, 1857, 2e édit., p. 390.
(3) *Œuvres posthumes*, t. II, p. 209 : « Glandes odorifères de la couronne du prépuce de l'orang-outang. » (Voy. Jarjavay, *Recherches anatomiques sur l'urèthre de l'homme*, Paris, juin 1856, p. 83 et 84.

---

qu'elle s'opère, mais bien suivant un mode plus spécialement et plus intimement médicamenteux. Le bain de mer chaud est excitant, de la circulation surtout, et il ne serait pas sans inconvénient d'en trop prolonger la durée.

Douches. — L'hydrothérapie à l'eau de mer tend tous les jours à prendre plus de faveur. Employée par les mêmes procédés que l'eau douce, l'eau de mer a de plus que celle-ci les propriétés que lui communique sa constitution minérale. Des établissements spéciaux, munis de tous les appareils usités dans ce genre de traitement, existent aujourd'hui près de plusieurs stations de bains de mer. Au point de vue du traitement marin, les procédés hydrothérapiques sont des auxiliaires du bain à la lame dont nous vérifions tous les jours l'utilité et l'efficacité; la piscine à douche de lame sert à prendre le bain quand le temps le rend impraticable à la mer, et la douche révulsive et reconstitutive peut être ajoutée au traitement et alterner avec le bain, attendu qu'elle agit dans le même sens que lui. On se tromperait, d'ailleurs, si l'on pensait que l'eau de mer n'a pas, en été, une température assez basse pour servir aux usages hydrothérapiques; recueillie la nuit et restée plusieurs heures à couvert, elle baisse de 3 à 4 degrés et descend même un degré au-dessous de l'eau douce placée dans les mêmes conditions qu'elle. Nous avons pu vérifier souvent ce fait à Dieppe, où il y a une double hydrothérapie. La douche chaude d'eau de mer se donne aussi comme élément du traitement minéral.

Les affusions froides qui se faisaient autrefois au bord de la mer, en versant lentement et d'une manière continue plusieurs seaux d'eau sur la tête, se font aujourd'hui dans les salles d'hydrothérapie à l'aide des douches en arrosoir et en pluie. Les lotions, fomentations, enveloppements, pédiluves, injections, lavements froids, sont des procédés qu'on pratique aussi dans ces établissements ou chez soi comme pansements et qui trouvent fréquemment leur application.

Digitized by Google

à la nomination de la commission qui sera chargée de décerner, s'il y a lieu, le prix Alhumbert pour 1862 (*Modifications déterminées dans l'embryon d'un vertébré par l'action des agents extérieurs*).

MM. *Milne Edwards, Flourens, Valenciennes, Coste, Longet*, réunissent la majorité des suffrages.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Seine-Inférieure, des Basses-Pyrénées, du Nord et du Pas-de-Calais. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Madin* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Esnes (Meuse). (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Vergier* sur les eaux minérales de la Roche-Posay (Vienne). — *d*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Alet (Aude), par M. le docteur *Fournié*; de la Motte (Isère), par M. le docteur *Buissard*; d'Évaux (Creuse), par M. le docteur *Tripier*; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur *Finas*; de Cambo (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Ihriart*; de Sermaize (Marne), par M. le docteur *Prin*; de Saint-Sauveur, par M. le docteur *Fabas*; de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur *Cisseville*; de Bagnols (Lozère), par M. le docteur *Raynal de la Tissonnière*; d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur *Puisaye*; et des bains de mer de Boulogne et de Calais, par MM. les médecins inspecteurs. — *e*. Un mémoire sur les eaux sulfureuses d'Ax (Ariége), par M. le docteur *Garrigou*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur le diabète sucré, par M. le docteur *Jacquot*, de Saint-Dié (Vosges). (Comm. : MM. Rayer, Cl. Bernard, Bouchardat.) — *b*. Une lettre de M. *Lamare-Picquot*, qui réclame contre M. *A. Legrand* la priorité de l'emploi de l'eau de mer contre le cancer du sein. (*Commission du prix Barbier.*)

Lectures et Rapports.

M. *Bousquet* donne lecture de la fin de son rapport sur le travail de M. Lafosse relatif à l'origine du cowpox.

M. *Bouley* : Je suis frappé par un fait singulier qui ressort du rapport de M. Bousquet. On y signale une filiation entre la vaccine et une maladie du cheval. Mais quelle est cette maladie? Il faudrait le savoir, car nous connaissons aujourd'hui plusieurs maladies du cheval capables de donner le cowpox aux vaches.

Il y a d'abord la maladie éruptive de Toulouse; la maladie appelée *giovardo* par Sacco dans son ouvrage publié en 1811, maladie qui n'est autre qu'une variété de furoncle connue sous le nom de javart cutané. Or, Sacco dit précisément que le *giovardo* a été transmis à l'homme sous forme de vaccin, et il cite un fait non douteux. Ce n'est pas tout : dans un mémoire sur la vaccine primitive publié en 1846 dans les *Mémoires de l'Académie de Belgique*, M. Verlugen signale, d'après Hertwig, une épizootie d'une affection cutanée qui a donné lieu aussi à deux inoculations de vaccine. Cette maladie est encore différente des trois précédentes.

Il résulte de là que le cheval est *vaccinogène*, et l'est de plusieurs manières. Toutefois il y a une série d'expériences à faire pour vider cette question, qui n'est pas complétement résolue par les faits de Toulouse.

M. *Depaul* : M. Bouley, au lieu de s'autoriser des faits qui existent dans la science, accepte quelques observations nouvelles, qui n'ont pas encore subi d'une manière suffisante le contrôle de l'expérience et qui, j'en conviens, contrarient toutes les idées généralement reçues.

Maintenant j'arrive à ce que j'appellerai l'affaire de Toulouse.

La question est celle-ci : Les eaux aux jambes produisent-elles la vaccine, le cowpox?

M. Lafosse, un de nos vétérinaires les plus distingués, les plus honorables, déclare dans une première communication remontant à deux ans que la matière des eaux aux jambes provenant d'une jument avait communiqué le cowpox à une vache, et que la matière de ce cowpox avait été inoculée avec succès sur l'homme. Nous avons vu sur cette communication le rapport de M. Bousquet, que l'on vient d'entendre. Dans ce travail, il y a deux rapports : celui de M. Lafosse, le médecin vétérinaire, et celui de M. Bousquet lui-même. Je veux répéter aujourd'hui un regret que j'ai déjà exprimé en 1860, c'est qu'à l'époque du fait de Toulouse on n'ait pas multiplié les faits, les expériences, les observations; c'est qu'on se soit contenté d'inoculer une génisse. Cette génisse pouvait être sous l'imminence de la vaccine, et votre inoculation n'a été qu'une cause déterminante. Mais je passe sur cette objection, et j'admets le fait avec les conséquences qu'on lui attribue; reste toujours le tort d'avoir laissé ce fait isolé, incomplet, insuffisant, et de lui avoir ainsi beaucoup enlevé de sa valeur.

Un fait capital, c'est qu'à l'époque de *l'affaire de Toulouse*, il existait une double éruption épidémique chez les chevaux et chez les hommes : épidémie de variole chez ceux-ci, épidémie d'eaux aux jambes chez ceux-là. Voilà encore une cause d'obscurité, d'embarras, d'incertitude; c'est là une complication de nature à obscurcir les faits en litige.

Quelle conclusion peut-on rigoureusement tirer du fait de Toulouse, en définitive? C'est qu'il existe une variole pour le cheval et une variole pour la vache; et l'épizootie de Toulouse n'était autre qu'une sorte d'épidémie de variole. C'est donc un seul et même principe morbide qui agit sur les chevaux et sur les vaches, et qui, inoculé à l'homme, produit la vaccine, laquelle n'est pour moi qu'une variole modifiée, mitigée.

En résumé, le fait de Toulouse n'est pas un fait d'eaux aux jambes ayant produit la vaccine; il se rapporte à une éruption de la même nature que la variole, éruption commune au cheval

---

Bains de sable. — Sur les côtes de la Manche, le bain de sable n'est pas usité à cause du peu d'élévation de la température de l'air et du peu d'ardeur des rayons solaires, les éléments indispensables de ce genre de balnéation y faisant ainsi défaut. Sur les bords de la Méditerranée et dans le bassin d'Arcachon, on dit, au contraire, qu'il est d'un usage vulgaire et d'une grande efficacité; et pourtant nous ne voyons pas qu'il en soit fait mention dans la plupart des traités de bains de mer relatifs à ces climats. D'après M. Marchant, l'arène sur laquelle il se prend doit être visitée par la mer de temps en temps; la fosse qui doit servir de baignoire est creusée une heure avant le bain, afin que le sable ait le temps de sécher et de s'échauffer; le baigneur y entre entièrement nu et est recouvert d'une couche de sable de 4 à 5 centimètres d'épaisseur; il est abrité du vent et du soleil. L'ensablement ne doit pas durer plus de quinze minutes, et la cure se compose de six à quinze bains, pris de deux jours l'un. Pendant l'enveloppement, tout le corps rougit, la figure s'anime, une sueur abondante s'échappe de tous les pores et dissout les sels marins, d'où une sorte d'imbibition cutanée qui ajoute à la surexcitation causée par la haute température du bain. On comprend le parti que peut tirer la thérapeutique d'effets révulsifs et dépuratifs aussi puissants.

Bains de vase. — La mer a aussi sa boue minérale, dont le docteur Dor nous a fait connaître les usages. « Tandis qu'en France et en Angleterre, comme en Hollande et en Belgique, dit ce médecin, les bains d'eau de mer chauffés sont une exception, ils sont la règle en Suède, et l'usage d'augmenter l'action du bain par des frictions de vase marine ou de boue minérale parait si répandu en Scandinavie qu'il fait pour ainsi dire partie intégrante de la cure de bains de mer. » Il faut lire dans le mémoire de M. Dor les caractères physiques et chimiques de la vase, la manière de la recueillir, de la préparer et de s'en servir, toutes choses fort compliquées. *L'élément* mécanique joue le premier rôle dans les frictions de vase et

Digitized by Google

et à la vache, et laquelle, inoculée à l'homme, donne lieu à la vaccine.

M. *Renault :* Je crois qu'il ne faut pas donner au fait de Toulouse ni trop ni trop peu d'importance. Il appelle l'attention des vétérinaires sur deux maladies qu'on a confondues à cause d'une apparente similitude, et qui demandent à être distinguées sous le rapport de l'étiologie et de la symptomatologie.

Comme M. Depaul, je regrette que le fait de Toulouse soit si incomplet, si insuffisant, et qu'on ait négligé une si belle occasion de multiplier les expériences pour éclairer la question de l'origine du cowpox.

Je crois que l'éruption de la vache, dont il est question dans la communication de M. Lafosse, est bien réellement le produit de l'inoculation de la matière empruntée au cheval malade; mais je ne crois pas que ce soient là de véritables eaux aux jambes. C'est une maladie analogue, mais ce n'étaient point de véritables eaux aux jambes. Il y avait là une enzootie ; les eaux aux jambes ne règnent pas enzootiquement. Il s'agit donc ici d'une affection pustuleuse, générale, qui peut ressembler aux eaux aux jambes, mais qui en diffère par la marche de la maladie.

La conséquence de ceci, c'est que, quand les vétérinaires verront une maladie semblable à celle qu'a décrite M. Lafosse, ils en étudieront la physionomie et la marche, et se livreront à des recherches expérimentales nécessaires pour fixer les idées sur ce point important. Je crois donc que la maladie qu'a décrite M. Lafosse peut produire la vaccine, mais qu'il serait difficile d'en dire autant des véritables eaux aux jambes.

M. *Bousquet* pense que le fait de Toulouse démontre définitivement que la vaccine, le cowpox, procèdent originellement du cheval, et se transmettent de celui-ci à la vache, et de la vache à l'homme. Maintenant j'admets avec MM. Leblanc, Depaul et Renault que cette maladie n'est pas les eaux aux jambes, mais une maladie spéciale, ou pour mieux dire *spécifique*.

La discussion est ajournée à la prochaine séance.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1862.

RELACHEMENT DES SYMPHYSES DU BASSIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Devilliers.* La difficulté du diagnostic et la rareté d'une guérison rapide dans certains cas de ramollissement et d'engorgement des symphyses du bassin chez les femmes en couches, m'engagent à communiquer à la Société l'observation suivante, qui me semble présenter un certain intérêt à plusieurs points de vue :

OBS. — *Gonflement et ramollissement des symphyses du bassin à la fin de la grossesse; accouchement laborieux; inflammation légère de la symphyse pubienne; guérison.* — Madame de L..., âgée de vingt-huit ans, d'une santé assez délicate, atteinte de chlorose et d'une gastralgie habituelle, devint enceinte pour la troisième fois dans les derniers jours du mois d'avril 1857. Le cours de sa grossesse ne fut troublé que par le retour ou l'exacerbation de ses douleurs gastralgiques pendant les premiers mois ; mais vers la fin du huitième elle accusa une difficulté insolite dans la marche et quelques douleurs dans les articulations du bassin, douleurs dont le siége était difficilement déterminé par la malade, et qui s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur dans le fond du bassin, et d'un peu de leucorrhée. Le 12 janvier 1858, c'est-à-dire quinze jours environ avant le terme régulier de la grossesse, cette dame commença à ressentir dans la soirée les premières douleurs de la parturition. Aucune cause appréciable ne les avait développées, et je dois faire remarquer que déjà, dans la grossesse précédente, l'accouchement avait devancé le terme du même espace de temps.

Après douze heures de douleurs suivies et régulières, le travail ne marcha plus que lentement, quoique le col de l'utérus, effacé depuis la veille au soir, fût dilaté à moitié et souple, et que la tête du fœtus, qui se présentait en position occipito-iliaque postérieure droite, fût partiellement engagée dans l'excavation. Les douleurs, devenues languissantes, ne lui faisaient faire aucun progrès depuis plusieurs heures. Comme aucun obstacle apparent ne se présentait, que le bassin était large et bien conformé, j'opérai la rupture des membranes, dans l'espoir d'activer la marche du travail ; mais ce fut en vain : deux heures après les douleurs étaient restées languissantes et sans efficacité sur la progression de la tête. J'administrai alors 1 gramme de seigle ergoté en deux doses données à quinze minutes d'intervalle. Ce médicament n'eut d'autre résultat que d'amener une certaine tension des parois utérines, sans donner de vigueur aux contractions de l'organe, et sans modifier très sensiblement la progression de la tête. A neuf heures et demie du matin, c'est-à-dire un peu plus d'une heure après la deuxième prise de seigle ergoté, dont je n'avais pas voulu porter plus haut la dose, à cause de la tendance que l'occiput avait à se diriger de plus en plus vers la cavité du sacrum, et des obstacles que je prévoyais, mon oreille, attentive aux troubles de la circulation du fœtus, remarqua un affaiblissement marqué et un ralentissement dans les bruits du cœur de celui-ci. Je n'hésitai pas alors à terminer l'accouchement par une application de forceps. Elle ne fut ni longue ni difficile, bien que j'eusse dû extraire la tête en position occipito-sacrée, sens dans lequel la rotation s'était complétement opérée. L'enfant, qui était une fille, fut aisément ranimé. La délivrance fut aidée, et ne présenta rien de particulier, non plus que la turgescence des seins et la fièvre concomitante, qui furent très modérées.

Mais un accident consécutif attira mon attention dès le lendemain de l'accouchement ; ce fut une douleur assez vive, continue, ayant son siége dans la symphyse pubienne, et s'irradiant dans toute la région antérieure des cuisses, de telle sorte que tout mouvement du bassin était douloureux, et que la malade était contrainte de rester couchée sur le dos dans une immobilité presque complète. Cette douleur ne s'accompagnait, sur aucun point, ni de tuméfaction, ni de rougeur, la pression ne semblait en modifier que très modérément l'intensité, et elle ne s'accompagna jamais d'aucun mouvement fébrile particulier. Je ne reconnus pas là, d'abord, une de ces arthrites qui offrent, en général, une si grande gravité pendant l'état puerpéral; mais en me rappelant les douleurs vagues que la malade avait éprouvées dans les articulations du bassin pendant le

---

cause une excitation qui va jusqu'à la douleur, ou même une irritation qui détermine un érythème à la peau ; les éléments chimiques agissent comme les médications ferrugineuse et saline réunies; le mode d'action thérapeutique est révulsif, tonique et altérant.

Eau de mer en boisson. — Les propriétés purgative et altérante de l'eau de mer en boisson, si souvent indiquées dans les maladies qui réclament le traitement marin, sont beaucoup trop négligées en France; on en fait un plus grand usage en Angleterre. Malgré son goût amer et nauséabond, il est rare qu'elle provoque le vomissement. L'effet purgatif s'obtient avec deux à quatre verres; des expériences faites par M. Rayer ont prouvé qu'une bouteille d'eau de mer gazeuse de M. Pasquier purge comme l'eau de Sedlitz à 32 grammes; qu'on la boit sans répugnance, et qu'on la trouve agréable au goût; qu'aucun inconvénient ne suit son administration (*Dictionnaire des eaux minérales*). Comme altérante, elle se prend à la dose d'un demi-verre d'abord, puis d'un grand verre, passée à travers un linge fin et coupée avec de l'eau simple ou gazeuse. Prise ainsi, elle est absorbée, et on sait, par l'expérimentation directe, que les sels marins rendent le sang veineux plus vermeil et plus liquide. L'eau de mer prise à l'intérieur est donc dépurative par purgation, ou reconstitutive par artérialisation du sang.

Nous avons fini l'étude des divers modificateurs de la santé qui se rencontrent au bord de la mer ; il nous reste à constituer avec eux l'hygiène et le traitement marins.

Dr DUTROULAU,
Inspecteur des bains de mer de Dieppe.

Digitized by Google

dernier mois de sa grossesse, la difficulté de la marche, la pesanteur de l'utérus, et en rapprochant ces symptômes de ceux que j'observais actuellement, je ne pus attribuer ceux-ci qu'à un ramollissement et à un gonflement exagéré des tissus interarticulaires. La douleur, qui était assez vive pour m'empêcher de chercher s'il existait de la mobilité entre les surfaces articulaires, s'était, selon moi, exaspérée après l'accouchement, non pas tant sous l'influence de l'application du forceps, qui n'avait présenté aucune difficulté sérieuse, que sous celle des efforts prolongés du travail. En effet, on sait que pendant la grossesse les parties cartilagineuses et ligamenteuses qui unissent et maintiennent les symphyses du bassin subissent une sorte d'hypertrophie. Quant à ce qui concerne la symphyse pubienne, les lames cartilagineuses qui adhèrent aux facettes ellipsoïdes de l'articulation, de même que les ligaments interpubiens, se tuméfient légèrement; la matière glutineuse qui existe en faible proportion entre leurs faisceaux fibreux augmente de quantité, et la capsule synoviale qui tapisse la face postérieure des cartilages interarticulaires, qu'elle sépare visiblement dans un espace linéaire, devient plus sensible, plus étendue en tous sens; enfin la partie antérieure de ces cartilages, presque entièrement confondue dans l'état de vacuité, se laisse assez aisément séparer à la fin de la grossesse. Chez ma malade, l'exagération de ces phénomènes existait déjà dès la fin de la grossesse; puis, au moment du travail de l'accouchement, l'engagement de la tête dans une position défavorable, et la longueur de cet engagement, produisirent une tension et en même temps une congestion des tissus interarticulaires; de telle sorte qu'après l'extraction de l'enfant le rapprochement subit des surfaces articulaires tuméfiées et le retrait des ligaments engorgés avaient accentué le gonflement, et surtout la douleur, sans qu'il y eût là une arthrite véritable. J'ai dit, en effet, qu'aucun mouvement fébrile particulier n'accompagnait les symptômes indiqués, et que la turgescence mammaire ne s'était manifestée que par une accélération du pouls très modérée et passagère.

Quoi qu'il en soit, l'application continue de cataplasmes émollients et laudanisés, la sudation à l'aide de boissons diaphorétiques abondantes, quelques laxatifs suffirent pour produire d'abord un amoindrissement de la douleur; mais la malade ne put commencer à changer de position dans son lit que lorsque cette douleur étant calmée, c'est-à-dire vers le huitième jour, je pus appliquer autour du bassin une nappe fortement serrée. A ce moyen je joignis les jours suivants l'application de compresses trempées dans une décoction d'écorce de chêne et de roses de Provins, puis consécutivement des frictions avec le baume Nerval.

Ce ne fut que vers le vingtième jour que la malade, toujours maintenue par la compression du bassin, put être levée et placée pendant une heure sur un fauteuil. Les jours suivants, et toujours aidé par le même moyen, le déplacement de la malade devint plus facile, et bientôt je fus surpris des progrès rapides que cette dame fit dans la marche. J'ai su depuis, par le docteur Gibert, son médecin habituel, que sa santé s'était complétement rétablie.

Dans ce cas, j'ai eu évidemment affaire non-seulement à un gonflement et à un ramollissement exagéré des symphyses du bassin, et principalement de la symphyse pubienne, mais à un certain degré de congestion inflammatoire de ses cartilages et tissus interarticulaires après l'accouchement. C'est même à cette dernière circonstance que l'on doit, je crois, attribuer dans ce cas la guérison relativement très rapide de la maladie. On sait, en effet, que le relâchement ordinaire et exagéré des symphyses du bassin est une affection dont la marche est essentiellement chronique, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels. Beaucoup de médecins connaissent le fait d'une dame d'un rang élevé qui a conservé longtemps après son accouchement un relâchement des symphyses du bassin contre lequel un appareil de M. Charrière, puis la ceinture de Martin, ont été employés avec un plein succès.

M. *Duparcque*. Les faits semblables à celui que rapporte M. Devilliers sont rares; j'ai vu toutefois des accidents analogues se manifester chez une jeune dame chloro-anémique devenue enceinte pour la première fois. Vers le huitième mois de la grossesse, cette dame eut une légère infiltration des membres inférieurs et éprouva de la difficulté à marcher. L'accouchement eut lieu à terme et sans aucun accident; mais huit jours après et au moment où on voulut la déplacer, la malade accusa de la sensibilité au niveau de la région pubienne, et je constatai alors que toutes les articulations du bassin étaient mobiles et que, dans celle du pubis en particulier, il y avait infiltration de sérosité et relâchement. La compression fut exercée à l'aide de serviettes, et au bout de deux mois d'immobilité dans le décubitus dorsal et à l'aide d'un régime suffisamment fortifiant, la malade fut guérie.

C'est le seul fait de cette nature que j'aie observé sur un grand nombre d'accouchements. J'ai bien vu souvent un peu de douleur se manifester au niveau de la symphyse du pubis après des accouchements laborieux; j'ai bien observé d'autres fois aussi au niveau des articulations du bassin une douleur qui me semblait de nature rhumatismale; mais, dans ces derniers cas, il n'y avait ni relâchement ni mobilité des articulations, et les symptômes qui les accompagnent ne s'étaient pas montrés dès les derniers mois de la grossesse, ainsi que cela a été observé par M. Devilliers dans le fait dont il vient d'entretenir la Société.

M. *Guibout* a observé avec M. Monod une jeune femme qui, quinze jours après l'accouchement, n'avait pas encore pu quitter le lit. C'est au moment où elle avait voulu le faire que l'on s'aperçut qu'il y avait relâchement de la symphyse pubienne. Au niveau de celle-ci il n'existait pas de douleur, mais la laxité y était portée au point qu'il était possible de faire glisser l'une sur l'autre les deux surfaces articulaires. Pour combattre cet état, on prescrivit l'immobilité complète et la compression à l'aide d'une serviette. M. Monod fit observer à cette occasion qu'il avait quelquefois rencontré le relâchement des symphyses du bassin, et qu'il avait toujours pu en obtenir la guérison.

M. *Loir* a observé un exemple de disjonction des os du bassin; la malade a été forcée de garder le repos horizontal pendant trois ans, malgré l'emploi de l'immobilité et de la compression des symphyses à l'aide d'une ceinture, malgré l'application multipliée de vésicatoires, malgré enfin l'emploi des moyens propres à combattre l'état général et à relever les forces de la malade.

M. *Géry père*. C'est dans les derniers temps de la grossesse que se produisent les lésions des symphyses du bassin dont il est question. Les femmes, primipares surtout, se plaignent de fatigue, de douleur, de difficulté pour marcher; mais le médecin, lorsqu'il est consulté, n'apprécie pas toujours la véritable cause de ces phénomènes, et ce n'est le plus ordinairement qu'à la suite de l'accouchement que le relâchement des symphyses est remarqué. Une de mes clientes éprouva un relâchement semblable qui non-seulement portait sur la symphyse pubienne, mais s'étendait encore aux articulations sacro-iliaques. Sa guérison fut assez rapidement obtenue à l'aide de la ceinture de Martin; c'est là le remède par excellence.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS D'AVRIL.

M. *Marotte* lit l'observation d'un nouveau cas d'ataxie locomotrice progressive où les lésions anatomiques se sont montrées complétement analogues à celles qui ont été notées dans les derniers faits publiés par MM. Bourdon, Oulmont, Charcot et Vulpian. Les symptômes qui ont prédominé chez le malade de M. Marotte ont été surtout les douleurs térébrantes et fulgurantes depuis le début jusqu'à la terminaison, un grand affaiblissement intellectuel et moral, la perte de la coordination des mouvements dans les membres inférieurs, avec conservation de la force contractile des muscles. Les troubles de la vue et du système moteur des yeux ont manqué; mais il faut ici, comme dans plusieurs observations déjà connues, noter la coïncidence de la tuberculisation pulmonaire, dont les progrès ont hâté la terminaison fatale. L'examen des centres nerveux a été fait avec le secours du microscope par M. le docteur Luys, qui les a décrits dans une note détaillée, où l'on voit reparaître à peu près tout le cortége des lésions observées dans les cas

Digitized by Google

récents auxquels nous faisions allusion en commençant : hypérémie des méninges cérébrales et surtout rachidiennes, ramollissement et atrophie des racines postérieures des nerfs médullaires, coloration jaune ambrée, semi-transparente des faisceaux postérieurs de la moelle, dégénérescence spéciale des tubes nerveux, apparition de corpuscules amyloïdes, etc.

M. Marotte fait remarquer l'analogie qui existe entre son observation et celles de M. Bourdon et de M. Oulmont. La ténacité et l'intensité des douleurs fulgurantes lui paraissent en rapport avec l'hypérémie spinale ; la conservation assez complète de la sensibilité est expliquée par cette circonstance, qu'une partie des tubes nerveux des racines postérieures était encore conservée ; enfin l'absence de lésions du côté des organes visuels, que l'on avait d'abord considérée comme une exception, est ici notée une fois de plus.

M. *Marcé*, à propos de cette observation, signale à la Société deux faits d'ataxie passagère qu'il a observés chez des sujets atteints de délire alcoolique. Il a pu constater chez eux, en dehors du délire et des hallucinations auxquels ils étaient en proie, le tremblement, la titubation, l'impossibilité de se diriger et même, chez l'un d'eux, de se tenir debout dès que les yeux étaient fermés. Ces phénomènes se sont dissipés au bout de trois ou quatre jours. Ces faits mériteraient une étude spéciale. Il en résulterait, ajoute M. Marcé, que l'ataxie locomotrice n'est pas une maladie spéciale, mais un ensemble symptomatique, une forme de paralysie locomotrice qui se retrouve sous l'influence de causes variables, puisqu'on peut l'observer dans quelques intoxications, comme l'alcoolisme, en dehors des conditions pathologiques déjà signalées.

M. Marotte exprime le doute que, dans les faits de M. Marcé, il y ait eu réellement ataxie, c'est-à-dire désaccord dans les mouvements, défaut d'harmonie des muscles antagonistes, avec projection des membres; une simple incertitude des mouvements, le tremblement, la titubation, surtout chez un alcoolique, ne suffiraient pas pour établir l'ataxie. M. Marcé répond qu'il n'y avait pas, en effet, projection des membres, mais impossibilité de tenir une direction ; que le second malade ne pouvait même pas se tenir debout dès qu'on lui fermait les yeux, et qu'il était même animé d'un mouvement de recul involontaire.

M. *Guérard* fait observer que l'impossibilité de tenir une direction les yeux fermés est un fait physiologique connu depuis bien longtemps par le jeu du tapis-vert de Versailles; qu'on l'observe chez les personnes les mieux portantes, et que c'est seulement son exagération qui rentre dans le domaine des faits pathologiques.

M. *Bourdon* rappelle que, dans son dernier mémoire, il avait admis des ataxies sous l'influence de causes diverses, névroses, congestions de la moelle, et cité notamment un cas d'alcoolisme dont l'autopsie n'avait pu être faite par suite d'opposition de la famille. Les opinions qu'il avait émises concordent, du reste, avec les conclusions de M. Marotte comme avec celles de MM. Charcot et Vulpian, et avec un cas nouveau observé par M. Vigla, et où les recherches anatomiques ont été faites par MM. Sappey et Robin.

M. *Vigla* annonce en fait à la Société qu'il lui présentera les pièces et les préparations qu'en auront faites à tête reposée les savants anatomistes qui viennent d'être nommés. Les lésions de ce nouveau malade sont entièrement semblables à celles qui ont été décrites. On peut y noter aussi la coïncidence de la phthisie et l'absence des troubles visuels. M. Duchenne (de Boulogne) reconnaît volontiers aujourd'hui qu'il avait trop généralisé le degré de fréquence de ce dernier trouble fonctionnel. M. Vigla se rallierait volontiers à la manière de voir de M. Marcé. L'ataxie peut bien n'être qu'un ensemble symptomatique qu'on retrouverait probablement dans les paralysies par suite de maladies aiguës : il serait bon d'étudier de nouveau celles-ci à ce point de vue.

M. *Chauffard* confirme ce qui a été dit à propos du manque des troubles visuels. Il observe depuis deux mois un ataxique qui n'a jamais présenté de désordres du côté de la vue. Mais M. Chauffard insiste pour qu'on distingue bien dans ces études nouvelles le symptôme ataxie de la maladie nommée ataxie locomotrice progressive. Celle-ci diffère essentiellement par sa marche des symptômes ataxiques passagers, qui ne lui semblent pas suffisamment caractérisés dans les faits de M. Marcé, puisqu'il n'y avait ni douleurs fulgurantes ni même manque véritable de coordination des muscles.

M. *Marcé* n'a pas assimilé les faits qu'il a cités avec la maladie connue sous le nom d'ataxie locomotrice progressive ; mais il croit qu'il y a là un groupe morbide dans lequel il y aura lieu de faire des distinctions, car il contient des séries d'affections très différentes.

— M. *Lailler* vient, comme les mois précédents, rendre compte des renseignements qui lui ont été transmis de différents hôpitaux sur la constitution médicale du mois d'avril. Dans les hôpitaux d'enfants, on a vu prédominer les rougeoles, avec quelques fièvres typhoïdes (dont une a présenté les symptômes délirants les plus graves), des pneumonies, des broncho-pneumonies, des croups, un cas de variole hémorrhagique. Parmi les hôpitaux d'adultes, le Val-de-Grâce a fourni surtout des bronchites, des pneumonies et des pleurésies. Ce sont aussi ces maladies qui ont prédominé à l'Hôtel-Dieu et à Beaujon ; les phthisiques sont en grand nombre, leur état est grave, la mortalité très grande parmi eux. On observe encore quelques varioles; il y a eu quelques recrudescences de fièvres typhoïdes, moins graves en général que dans les hôpitaux d'enfants, des embarras gastriques et des fièvres gastriques. Les chaleurs d'avril avaient amené des diarrhées, qui ont cessé avec ces chaleurs. Les érysipèles persistent presque dans tous les services, bien qu'en petit nombre. La fièvre puerpérale a reparu à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Vigla, tandis que la Maternité en est indemne.

En résumé, prédominance des affections catarrhales, absence de mortalité chez les aigus, mortalité énorme chez les chroniques.

D^r E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la transmission de la syphilis au moyen de l'inoculation du sang, par Pietro Pellizzari.

Au mois de janvier 1860, le professeur Pellizzari avait déjà tenté deux inoculations sur la personne des docteurs Billi et Testi, qui s'étaient volontairement soumis à cette expérience. Ces inoculations étaient restées sans résultat.

Le 6 février dernier, en présence de tous les médecins de l'école de Florence, M. Pellizzari a renouvelé ces essais sur les docteurs Borgioni, Rosi et Passigli qui se dévouèrent courageusement, malgré les remontrances du professeur.

Une femme syphilitique, âgée de vingt-cinq ans, enceinte de six mois, fournit le sang nécessaire à l'expérience. Mais au lieu de se servir, comme en 1860, d'une ventouse scarifiée pour extraire le sang, M. Pellizzari pratiqua à la malade une saignée de la céphalique au pli du bras droit ; il n'existait en ce point aucune manifestation éruptive; la région avait été soigneusement lavée. A peine le sang était-il sorti de la veine, qu'on en imbiba quelques brins de fil qui furent appliqués sur le bras gauche du docteur Borgioni, au niveau de l'insertion du deltoïde ; on avait préalablement enlevé tout l'épiderme en ce point, et l'on y avait pratiqué trois incisions transversales. C'est déjà de cette façon qu'on avait procédé en 1860.

Cela fait, on répéta l'opération sur le docteur Rosi, avec

Digitized by Google

cette différence que l'inoculation fut pratiquée à la région supérieure externe de l'avant-bras gauche, et que, à ce moment-là, le sang était déjà refroidi.

Sur le docteur Passigli l'inoculation fut de tous points semblable à celle de M. Borgioni; mais le sang était alors presque entièrement coagulé; aussi l'on appliqua sur la région dénudée, outre la partie liquide du sang, une portion des caillots. Dans les trois cas l'étendue de la surface, destinée à l'inoculation, était de 2 centimètres en hauteur et de 1 centimètre en largeur.

Il va sans dire que les sujets de ces expériences n'avaient jamais eu la syphilis.

La femme qui a fourni le sang était affectée d'accidents syphilitiques secondaires, à leur période aiguë. Les instruments et les vases qui ont servi à l'opération étaient neufs.

De ces trois inoculations une seule a donné des résultats positifs, c'est celle qui a été pratiquée sur le docteur Borgioni, dont la syphilis a été constatée par la plupart des professeurs de l'école de Florence.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la discussion qu'il a soulevée pour expliquer les résultats négatifs des autres expériences. Tiennent-ils à ce que le sang est moins infectant que les produits de sécrétion morbide, ou bien à ce que le liquide était déjà refroidi et coagulé au moment des deux dernières expériences? Peu importe en ce moment. Nous voulons simplement faire connaître quel a été le premier mode de manifestation de la syphilis chez M. Borgioni, car il y a là un fait qui est de nature à trancher définitivement une question de doctrine. Or, voici comment les choses se sont passées: 1° Trois ou quatre jours après l'inoculation, toute trace de lésion locale avait disparu; les téguments présentaient une coloration un peu plus rouge dans les points où l'épiderme avait été enlevé; 2° vingt jours se sont passés avant qu'un travail morbide quelconque apparût dans le point inoculé; c'est seulement après cet intervalle que le docteur Borgioni constata l'existence d'une papule; 3° cette apparition tardive de la papule ne peut être mise sur le compte de l'inexpérience ou de l'ignorance, car M. Borgioni était parfaitement renseigné sur les caractères de la lésion qui s'était manifestée la première sur le sujet de l'expérience de Waller, et ce fait seul suffisait pour le tenir en éveil; 4° l'accident primordial a donc présenté ici la forme *d'une papule; cette papule est restée absolument sèche pendant un certain temps; ce n'est qu'au bout de neuf jours qu'elle a commencé à devenir humide et à s'ulcérer*; 5° l'engorgement des ganglions axillaires a précédé l'ulcération de la papule.

Ajoutons que du 4 au 12 avril, c'est-à-dire deux mois après l'inoculation, le docteur Borgioni a été pris de céphalée nocturne, de roséole généralisée, et d'engorgement dur des ganglions cervicaux et épitrochléens. Le 22 avril, l'ulcère du bras était en voie de réparation; ce jour-là seulement, M. Borgioni a commencé un traitement mercuriel. (*Lo Sperimentale*, 1862, n° 4.)

— Ces résultats ont une précision et une netteté qui les mettent à l'abri de toute critique. Il est évident qu'ici la syphilis a débuté par un accident qui n'avait rien de commun avec l'*ulcération*. Nous devons constater ce fait qui vient à l'appui de la doctrine exposée tout récemment par M. le docteur Cusco, à l'ouverture de ses leçons cliniques sur la syphilis.

De l'ulcère simple de l'estomac. — Observations et considérations cliniques, par M. Cazeneuve.

L'ulcère simple de l'estomac, quoique bien connu dans son expression anatomo-pathologique depuis les travaux de Baillie et du professeur Cruveilhier, étudié depuis par Rokitansky, Virchow, Jaksch, Lebert, est cependant encore une de ces affections qui, par leurs symptômes insidieux, induisent souvent en erreur les praticiens les plus consommés.

M. Cazeneuve, directeur de l'école secondaire de médecine de Lille, praticien consommé, clinicien habile et expérimenté, placé à la tête d'une de nos meilleures écoles de province, a cherché à tirer du rapprochement de plusieurs faits soumis à son observation, des indications diagnostiques et thérapeutiques propres à guider le praticien dans le traitement d'une affection que l'on méconnait trop souvent encore. Son travail est basé sur six observations. Quatre sont accompagnées de l'examen nécroscopique; un malade ayant présenté tous les symptômes de l'affection, a guéri malgré une rechute amenée par une mauvaise hygiène. — La malade qui fait le sujet de la sixième observation avait présenté également les signes d'un ulcère simple de l'estomac; ce diagnostic, porté par M. Cruveilhier lui-même, appelé deux fois auprès de la malade, ne fut pourtant pas vérifié à l'autopsie, car il n'existait pas d'ulcérations stomacales. Ce simple rapprochement montre toute la difficulté du diagnostic.

Les considérations principales, présentées par M. Cazeneuve, peuvent se résumer ainsi:

La dyspepsie, sous ses différentes formes, constitue plus souvent qu'on ne pense le seul cortége des affections organiques de l'estomac. Ne voyant là qu'une névrose, on prescrit des toniques, un régime approprié, et trop souvent ainsi l'on arrive à des altérations de plus en plus graves de l'estomac. Sous l'influence de la doctrine physiologique on voyait partout des gastrites; aujourd'hui on est trop disposé à ne voir que des gastralgies et à conseiller un traitement en harmonie avec cette donnée.

Sans doute, les souffrances de l'estomac, longues, très graves, compromettant la vie, peuvent n'être que de simples névroses; il ne faut pas oublier néanmoins que souvent ces symptômes dyspeptiques sont dus à une inflammation chronique de cet organe. C'est si vrai que *souvent on ne reconnaît l'affection de la muqueuse gastrique qu'après une hémorrhagie grave et quand l'ulcération est déjà complète*.

On évitera quelquefois ces erreurs en étudiant, sans idée préconçue, les symptômes et leur enchainement, les causes qui ont amené la maladie, les circonstances qui l'entretiennent, enfin, le résultat du régime et des médicaments prescrits.

La dyspepsie est souvent secondaire et liée à une chlorose, à une chloro-anémie, à une diathèse, aux troubles des fonctions génitales, à des excès. Les symptômes sont souvent irréguliers et n'ont pas la permanence, la progression de ceux qui sont le résultat d'une inflammation de la muqueuse gastrique. Dans celle-ci, les émollients, les aliments doux, le lait surtout, conviennent spécialement; ce n'est pas le traitement ordinaire de la dyspepsie.

Dans l'ulcère simple, le vin pur, les liqueurs alcooliques, les aliments excitants, quand l'estomac est à peu près vide, augmentent notablement la douleur épigastrique, et le malade recherche instinctivement les aliments doux.

Il n'est pas toujours possible de distinguer nettement la dyspepsie simple de l'irritation chronique de la muqueuse, les deux maladies donnant souvent lieu aux mêmes symptômes. C'est par des tâtonnements et par voie d'exclusion que l'on parviendra à établir ce diagnostic. Dans les cas douteux, il faut commencer le traitement par des moyens doux, et il n'est pas rare de voir tous les accidents s'amender. Les toniques, les ferrugineux, une alimentation forte ne conviennent pas d'ailleurs toujours dans le traitement de la dyspepsie simple; souvent on les prescrit à trop haute dose et trop longtemps. J'ai vu la cessation de l'emploi de ces moyens faire disparaître tous les symptômes.

J'insiste d'autant plus, dit l'auteur, sur les difficultés du diagnostic, que l'ulcère gastrique est plus fréquent qu'on ne le pense généralement; — qu'il peut guérir sous l'influence d'un traitement approprié, — et que les indications thérapeutiques ne sont pas les mêmes dans l'ulcère simple, dans les névroses et dans le cancer de l'estomac.....

..... Une hématémèse *abondante*, suivie pendant quelques

Digitized by Google

jours de selles sanglantes, est le symptôme presque pathognomonique de l'ulcère de l'estomac, car, à part de rares exceptions, elle reconnait pour cause la destruction partielle de l'une des branches artérielles ou veineuses du pancréas ou de l'estomac.

L'étiologie de l'ulcère simple n'est pas encore bien établie; souvent on le voit survenir pendant le cours d'une autre affection. D'après les relevés de Diétrich, sur 155 cas, l'ulcère gastrique et les érosions étaient compliqués 33 fois d'une tuberculisation récente, 26 d'une tuberculisation ancienne, et 43 de pneumonie. Ainsi, sur 155 cas, il y avait en même temps une inflammation aiguë ou une affection chronique des voies respiratoires 102 fois, ou dans les deux tiers des cas.

Jaksch est arrivé au même résultat. Il a vu aussi l'ulcère gastrique chez des femmes en couches, dans des cas de péritonite, de maladies du cœur, d'albuminurie, etc.

On sait, d'après les belles recherches de M. Louis, que l'estomac est souvent altéré pendant le cours de la phthisie pulmonaire. Cet observateur habile a trouvé la muqueuse gastrique plus ou moins malade dans les *quatre cinquièmes d s cas*, et, pour m'en tenir à l'objet spécial de ce mémoire, il a trouvé l'ulcère gastrique 6 fois sur 54 autopsies de phthisie et plusieurs fois aussi l'ulcère du duodénum.

M. Louis a constaté cette lésion chez les individus morts d'affection typhoïde.

L'ulcère simple de l'estomac s'observe spécialement chez les individus dont la nutrition a été gravement modifiée par une maladie antérieure.

Fréquent dans nos contrées, il ne l'est pas, toutefois, au même degré qu'à Prague et à Vienne, où, d'après Jaksch et Diétrich, on en aurait trouvé des traces dans les autopsies, dans un treizième et même dans un huitième des cas. Nos populations ne brillent pas, sans doute, par une grande sobriété; mais on y boit moins d'eau-de-vie, on y mâche moins de tabac que dans le nord de l'Europe et en Allemagne. Il serait intéressant de rechercher si en Espagne, en Afrique, cette maladie est commune.

Il convient d'ailleurs de faire observer que Jaskck et Diétrich comprennent dans leurs statistiques les ulcères profonds, les cicatrices résultant d'ulcères et les érosions ecchymotiques, appelées par Rokitansky érosions hémorrhagiques. Celles-ci sont, d'après les écoles de Vienne et de Prague, des plaies rondes ou allongées, ayant le volume d'un pois et même plus petites, dans lesquelles la muqueuse gastrique est d'un rouge foncé, érodée superficiellement, quelquefois plus profondes; souvent on ne les voit bien qu'après avoir débarrassé l'estomac des liquides et du mucus qui le tapissent. Ces érosions sont assez communes, et si on les signale rarement, c'est que peut-être on n'y a pas attaché une assez grande importance. Nous les avons constatées dans trois de nos observations.

Dans la troisième observation, l'ulcère avait près de 8 centimètres de longueur sur 4 1/2 de largeur; ses bords, taillés en biseau, lui donnaient l'aspect des ulcérations de la peau et du tissu cellulaire que l'on trouve après la chute des eschares profondes. Sa circonférence était régulière, ovoïde, elle n'était pas formée par la réunion de plusieurs ulcérations plus petites. Tout indique que, à la suite d'une oblitération artérielle, il s'est formé une eschare qui a détruit les trois tuniques de l'estomac.

C'est là un exemple de ces vastes ulcérations que M. Lebert a nommées ulcères cavitaires. Un cas analogue est consigné dans le TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Cruveilhier.

Le lait comme boisson et comme aliment, l'eau de Vichy, les fécules au lait ou aux bouillons légers, les panades, les huitres, le chocolat, continués pendant plusieurs semaines, m'ont semblé toujours très utiles, et j'ai été quelquefois assez heureux pour triompher complétement des symptômes déjà graves que j'avais sous les yeux. Trop souvent les malades ne sont pas assez dociles; dès qu'ils ne souffrent plus de l'estomac, ils veulent manger beaucoup, afin de remédier à la faiblesse qu'entraine un long régime, et ils provoquent ainsi des rechutes. C'est souvent après des rechutes successives que les malades succombent par suite de perforation, d'hémorrhagie, ou par des troubles de plus en plus grands des fonctions digestives.

Il faut s'abstenir de vin pur, de liqueurs alcooliques. On pourra conseiller, dans certains cas, le thé, le café au lait, les boissons amères.

Dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, il importe de ne s'écarter du régime doux et des précautions de régime qu'avec une extrême prudence.

La glace, le sirop d'opium, la diastase, les vésicatoires volants pansés avec l'hydrochlorate de morphine, les bains émollients, gélatineux, peuvent trouver leur emploi dans le traitement de cette affection. On devra, d'ailleurs, recourir aux médicaments avec beaucoup de réserve. C'est surtout à la bonne direction du régime diététique qu'il faut s'attacher.

L'habitation à la campagne est favorable. Les malades doivent éviter un exercice forcé, des impressions morales pénibles et des travaux d'esprit fatigants. (*Bulletin médical du nord de la France*, mai 1862.)

Fracture avec déplacement de la colonne vertébrale chez un acrobate, guérison, par M. HANCOCK.

Les fractures de la colonne vertébrale, surtout quand elles s'accompagnent de déplacement et de compression de la moelle, sont presque toujours mortelles, soit que la mort arrive par inflammation du cordon rachidien, soit que la paralysie continuant, entraine la formation d'eschares, l'apparition d'accidents convulsifs qui font périr le malade plus ou moins de temps après l'accident; mais il est rare de voir la paralysie survenue dans ces circonstances céder peu à peu, et la sensibilité reparaître avec la motilité. Quoique les renseignements n'aillent pas jusqu'à la guérison complète, le fait suivant nous paraît digne d'être rapporté :

OBS. — F. M..., le Léotard de Londres, faisait à l'Alhambra des exercices de trapèze lorsque, manquant la traverse, il fut lancé à une distance de vingt pieds avec une telle violence qu'il rebondit trois pieds plus loin. Il chercha à se relever, mais il s'aperçut que toute la moitié inférieure du corps était paralysée. Il fut transporté à Charing-Cross, où M. Hancock le vit une heure après l'accident. Il constata une fracture avec déplacement de la dixième vertèbre dorsale. Toutes les parties situées au-dessous étaient complétement paralysées de sentiment et de mouvement.

Après deux jours de séjour à l'hôpital, il fut sur son désir transporté dans un hôtel. Pendant le premier mois, le traitement consista à lui faire garder une immobilité absolue, en veillant par le cathétérisme à l'évacuation de l'urine. Après cette époque, il restait encore beaucoup d'empâtement dans la région malade, qu'on badigeonna avec de la teinture d'iode pure; le résultat apparent fut bon, car un peu de mouvement reparut dans les muscles de la hanche, et un peu de sensibilité dans les régions abdominale, génitale et poplitée. On lui fit prendre trois fois par jour un demi-grain de sulfate de zinc et un trentième de grain de strychnine trois fois par jour. Leur usage fut suivi de douleurs aiguës dans les jambes, et d'augmentation de la motilité dans les cuisses et les hanches, surtout à gauche.

A la fin du deuxième mois, le gonflement du dos disparut, et l'on sentit distinctement l'épine et la lame de la dixième vertèbre dorsale faisant en arrière une saillie de près d'un quart de pouce, légèrement inclinée à gauche.

A la fin du troisième mois, il pouvait remuer les cuisses et les jambes, mais non les pieds, lever la jambe de dessus le plan du lit, la croiser sur l'autre, et s'agenouiller sur son lit. La miction, la défécation étaient naturelles; les érections avaient reparu. Au moment de son départ pour l'Amérique, il put, en soutenant les genoux avec une attelle, pour empêcher leur flexion involontaire, se promener par la chambre soutenu par sa femme et un ami. (*The Lancet*, 22 mars 1862.)

Hernie crurale contenant la vésicule biliaire, par M. SNEY.

OBS. — M. R..., âgé de cinquante-cinq ans, fut reçu à Saint-Barthélemy le 8 mars 1862 pour une hernie crurale étranglée du côté droit.

Digitized by Google

L'étranglement datait de trois jours; la hernie existant depuis quelques années, avait toujours été maintenue par un bandage.

Depuis le début de l'étranglement il n'y avait pas eu de selles; la douleur, fixée d'abord à l'aine droite, s'était ensuite étendue à tout l'abdomen.

L'aine droite était le siége d'une petite tumeur irrégulière, mais bien limitée, de la grosseur d'une petite noix, recevant par la toux une impulsion obscure. L'abdomen était tendu, très douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Après quelques essais de taxis faits avec modération, M. Skey procéda à l'opération.

La tumeur, mise à découvert, avait une apparence particulière; elle était irrégulière, un peu lobulée, très dure. A première vue, elle paraissait être un ganglion lymphatique hypertrophié et induré. Le sac était très épaissi; il renfermait un peu d'épiploon adhérent depuis longtemps; l'intestin (ou ce qui parut tel alors) paraissait replié sur lui-même, et M. Skey chercha à l'étendre pour rendre au canal intestinal sa perméabilité. Mais comme il paraissait avoir beaucoup souffert, cet examen ne fut pas prolongé, et l'on opéra la réduction. La mort survint après huit jours, pendant lesquels on remarqua une vive douleur abdominale à droite, absence d'évacuations, malgré des lavements purgatifs.

Autopsie. — Les parois thoraciques étaient déformées, comme si elles avaient subi la pression d'un corset fortement serré. Le péritoine était fortement congestionné, et les anses intestinales étaient agglutinées par de la lymphe récemment épanchée. Le foie était très allongé, et descendait jusque dans la fosse iliaque. La vésicule biliaire distendue dépassait d'environ un pouce et demi le bord du foie. Son sommet, qui avait contracté de récentes adhérences avec la paroi abdominale immédiatement en dehors de l'anneau crural droit, portait des marques évidentes de constriction. Toute sa circonférence portait une ulcération circulaire traversant la tunique séreuse. Cette ulcération était plus étendue du côté interne, qui avait été en rapport avec le ligament de Gimbernat. On examina avec soin tout le tube intestinal, et l'on ne trouva nulle part marque d'étranglement. (*Medical Times and Gazette*, mars 1862.)

V

VARIÉTÉS.

Les journaux ont annoncé la mort de l'épouse d'un médecin, par suite d'horribles blessures faites par un chien furieux. Le confrère que ce malheur vient de frapper est le savant et vénérable M. Bally, ancien président de l'Académie de médecine, qui goûtait depuis longtemps dans le bonheur, si cruellement troublé, du foyer domestique le prix d'une vie consacrée au bien et au commerce des sciences et des lettres. Madame Bally paraissait entrer en convalescence, quand elle expira tout à coup, après un malaise qui lui laissa à peine le temps d'appeler son mari. Il ne s'était déclaré, nous assure-t-on, aucun symptôme d'hydrophobie, et rien n'indique que l'animal ait été atteint de la rage.

— Un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Paris le 24 novembre 1862.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Strasbourg le 24 novembre 1862.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques) sera ouvert à Montpellier le 24 novembre 1862.

Un concours pour cinq places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Paris le 9 mars 1863.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Strasbourg le 2 février 1863.

Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) sera ouvert à Paris le 8 juin 1863.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) sera ouvert à Strasbourg le 8 avril 1863.

— Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Guyon.

— Le docteur Maignial (du Verdier) est mort dans cette commune le 6 mai 1862, à l'âge de cinquante et un ans.

— M. le docteur H.-V. Jacotot, second fils de Joseph Jacotot, fondateur de l'enseignement universel, vient de mourir à Paris, à l'âge de soixante-trois ans.

— M. Leviel, élève militaire, a été nommé par suite de concours aide de botanique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— A propos de la création des nouvelles chaires de la Faculté de Paris, la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG publie les réflexions suivantes :

« Il est bien certain qu'on ne pourra pas laisser les Facultés départementales dans une infériorité écrasante, et leur suppression, impossible pour Montpellier, le serait encore davantage pour Strasbourg. Cette Faculté, désormais la pépinière des médecins de l'armée, ne peut être ni supprimée, ni condamnée à donner à ses élèves un enseignement incomplet, car ces élèves ne sont plus libres de choisir la source où ils entendent puiser leur instruction.

» Il est, du reste, consolant de pouvoir proclamer hautement ici que l'école de Strasbourg n'a pas attendu la création officielle d'une chaire d'histologie pour l'enseignement de cette science. Depuis plusieurs années, en effet, le professeur Küss a su initier ses auditeurs à cette science si importante, et les travaux de MM. Morel, professeur agrégé (faisant un cours particulier pour les élèves civils, et chargé d'un cours officiel pour les élèves militaires), et Villemin, médecin-major, l'un des médecins attachés à l'état-major de l'École du service de santé militaire, ont par leur publicité attiré l'attention du monde savant, et constaté victorieusement le progrès des études histologiques faites à Strasbourg. »

EISSEN.

— La commission administrative des hospices civils de Strasbourg a décidé la mise au concours du plan de reconstruction de l'hôpital général de cette ville. Le programme du concours est en ce moment soumis à l'examen du conseil municipal.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« Un fait étrange est annoncé par un journal de médecine anglais : suivant ce journal, en 1859, dans le Royaume-Uni, sur 1000 soldats, 422 ont été envoyés à l'hôpital pour maladies attribuables à la *syphilis*.

» Dans la garnison de Paris, il n'y en a que 34 ; à Bruxelles, que 67 sur 1000.

» Ainsi, pour un militaire vénérien en France, il y en a 2 en Belgique et 12 en Angleterre.

» Nous ignorons, dit la *Presse médicale belge*, où le journal anglais a été puiser ses renseignements pour établir cette statistique. La Belgique est peut-être le pays de l'Europe où l'on a pris les mesures les plus efficaces, non-seulement pour combattre, mais encore pour prévenir le développement des maladies vénériennes; c'est aussi le pays où elles sont actuellement les moins fréquentes et les moins graves. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le travail de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, publié dans nos derniers numéros. Ce travail remarquable établit par des chiffres officiels que la maladie vénérienne dans ses diverses manifestations est beaucoup moins répandue en Belgique qu'en France; nous ne parlerons pas de l'Angleterre, où l'on ne prend aucune mesure préventive, et où la prostitution ne subit aucune mesure réglementaire.

» Puisque nous parlons de statistique des maladies syphilitiques, nous avons sous la main des chiffres qui prouvent qu'en Italie la vérole est aussi fréquente qu'en France et d'autres pays de l'Europe où les mesures préventives belges sont ignorées ou bien négligées.

» Ainsi à Rome, il y avait en 1858 une armée dont l'effectif se montait à 4531 hommes; sur ce nombre, il y eut 167 vénériens envoyés dans les hôpitaux, soit 3,68 pour 100.

» En 1859, effectif, 5924 hommes, 406 vénériens, soit 6,85 p. 100.
» En 1860, — 8562 — 747 — soit 8,72 p. 100.

» Dans ce nombre de maladies vénériennes déjà fort remarquable, il est fait abstraction des uréthrites et des balano-posthites sans complications, qui sont traitées dans les infirmeries régimentaires; on peut présumer qu'elles se sont élevées à 12 1/2 p. 100 de l'effectif; de sorte qu'en 1860, l'armée française doit avoir eu à Rome, sur 100 hommes d'effectif, 20 vénériens.

» A Turin, c'est la même chose. En 1858, le chiffre des vénériens (uréthrites comprises) s'est encore élevé à 21 p. 100. »

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 6 JUIN 1862. N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Annonces médicales. — Valeur des eaux de Forges (Seine-et-Oise). — Société de biologie : Nouveau cas d'ataxie locomotrice ; physiologie appliquée. — Les eaux de Paris. — II. **Travaux originaux.** Médecine opératoire : Des sutures métalliques ; de leur utilité et de leur supériorité sur les sutures ordinaires ; expériences et observations sur ce sujet. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie.** Traité de physiologie. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Réceptions au grade de docteur. — VII. **Feuilleton.** Gymnastique médicale suédoise (kinésialsie) ; traitement des maladies par le mouvement selon le système de Ling.

I

Paris, 5 juin 1862.

Académie de médecine : ANNONCES MÉDICALES. — VALEUR DES EAUX DE FORGES (SEINE-ET-OISE). — *Société de biologie* : NOUVEAU CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE ; PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE. — LES EAUX DE PARIS.

Nous avons plusieurs fois regretté que la plupart des journaux de médecine de Paris aient cru pouvoir accueillir les annonces payées, affirmant par avance qu'ils deviendraient ainsi, en dépit de toute leur prudence, les auxiliaires du charlatanisme médical dans les journaux politiques et les complices du mal fait chaque jour à la santé publique. La même plainte a été portée, mardi, à la tribune de l'Académie, par M. Trebuchet, à l'occasion d'un rapport sur le danger de certains cosmétiques, qui ont parfois produit de sérieux empoisonnements. L'honorable membre l'a fait entendre assez clairement, la presse médicale a sa part de responsabilité dans ces malheurs. Les annonces qu'elle insère, reportées dans les grands journaux sous cette constante rubrique : *On lit dans telle feuille médicale*, y acquièrent un faux air de science qu'elles ne sauraient avoir quand elles sont directement adressées au public.

On répond que c'est une condition d'existence pour les journaux de médecine, livrés à une concurrence ruineuse. Eh bien! périsse une partie des journaux de médecine, y compris le nôtre, s'il le faut, pour que les autres puissent vivre en recouvrant le droit, qu'ils ont fort affaibli, de répudier le charlatanisme !

— Une lettre adressée au JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES, par M. le docteur Tillard, et reproduite par la GAZETTE DES HÔPITAUX, tend à établir que les scrofuleux ne guérissent pas mieux aux eaux de Forges (Seine-et-Oise), que dans la maison de convalescence fondée à la Roche-Guyon (même département) par M. de Larochefoucauld ; et que, en conséquence, les eaux de Forges n'ont, par elles-mêmes, que « des effets négatifs. » Ce jugement, s'il était fondé, servi-

FEUILLETON.

Gymnastique médicale suédoise (kinésialsie).

Il est assez souvent question depuis quelques années, dans les journaux de médecine français, de la *gymnastique suédoise*. La GAZETTE HEBDOMADAIRE, pour sa part, en a fait connaître quelques applications pratiques. Qu'est-ce que la gymnastique suédoise ? Peu de personnes dans notre pays seraient en mesure de le dire. Nous sommes donc heureux que M. Méding, président honoraire de la *Société allemande de Paris*, ait bien voulu donner ici un exposé complet de cette méthode, considérée dans son historique, son but, ses principes et son emploi hygiénique et thérapeutique. A. D.

TRAITEMENT DES MALADIES PAR LE MOUVEMENT SELON LE SYSTÈME DE LING, aperçu scientifique communiqué par le Dr MÉDING, docteur en médecine.

« La gymnastique est cette partie de la médecine qui enseigne la manière de conserver ou de rétablir la santé par l'usage de l'exercice.

« Il n'appartient qu'aux médecins de diriger l'usage de tous ces exercices et d'en faire la juste application. »

(TISSOT, 1780, p. 1 et 14.)

« Bodily exercise is one of the most important means in the cure of nearly all chronic diseases. »

(Sir JOHN FORBES, *British and Foreign Medical Review*, vol. XX.)

« L'exercice illégal de la médecine ne peut être sérieusement atteint que par l'éclatante supériorité du savoir et de l'expérience, et de plus par l'accaparement de toutes les branches collatérales au profit du corps médical.

« Nous faisons ici allusion à un certain nombre d'agents dits auxiliaires et qui souvent sont essentiels à la thérapeutique, la gymnastique, par exemple, puis l'électricité, l'hydrothérapie, etc. On abandonne trop volontiers aux personnes étrangères aux études médicales ces importants et fructueux moyens de guérir ; il semble à beaucoup que l'on déroge si l'on s'écarte de la prescription pharmaceutique ; il serait plus juste de juger la noblesse des actes à leur degré d'utilité, et, à ce compte, nul ne serait plus noble que le gymnaste ; non l'acrobate ou le funambule, mais le vrai gymnaste des anciens, qui était honoré dans l'ordre social et dans sa profession. »

(A. DECHAMBRE, *Gazette hebdom.*, t. VIII, n° 22, 31 mai 1861.)

Si nous exceptons quelques parties de la gymnastique des Chinois, des Hindous, des Hellènes et des Persans, sur lesquelles MM. Krauss et Dally nous ont fourni de savantes recherches,

Digitized by Google

rait très bien l'opinion que nous émettions récemment au sujet du rapport de M. Tardieu. Nous nous faisons pourtant un devoir de dire qu'une question de thérapeutique ne peut être jugée ainsi sur de simples affirmations générales. La relation même des cas traités à la Roche-Guyon n'y suffirait pas, et c'est à Forges seulement qu'on peut apprécier l'action des eaux de Forges.

— Un nouveau cas d'ataxie locomotrice progressive, suivi d'autopsie, a été communiqué à la Société de biologie, dans la séance de samedi dernier, par deux de nos collaborateurs, qui ont jeté déjà une vive lumière sur ce sujet, MM. Charcot et Vulpian. L'intérêt qui s'attache actuellement aux faits de ce genre, nous engage à faire connaître les points les plus saillants de cette communication. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-sept ans, admise depuis plusieurs années à l'hospice de la Salpêtrière comme incurable. La maladie datait de six ou sept ans; depuis deux ans, la station et la marche étaient devenues tout à fait impossibles; les symptômes étaient d'ailleurs des plus prononcés et des plus caractéristiques. Il est inutile de les rappeler ici, d'autant mieux que l'observation doit être relatée ailleurs *in extenso* : nous croyons toutefois devoir appeler l'attention sur les résultats fournis par l'examen de l'état de la sensibilité; on verra que ces résultats se trouvent en harmonie, quant à la concordance réciproque des symptômes et des lésions anatomiques, avec les enseignements de la physiologie expérimentale, contrairement à l'opinion émise, sans raisons suffisamment plausibles, suivant nous, par plusieurs observateurs. *La sensibilité tactile était très obtuse, tant aux membres inférieurs qu'au tronc*, en ce sens que les attouchements sans pression ou accompagnés seulement d'une pression légère n'étaient point perçus. Le chatouillement ne paraissait produire aucune sensation pénible. *Seules les excitations un peu fortes, telles que le pincement, par exemple, déterminaient de la douleur; et alors celle-ci se montrait exagérée, hors de proportion avec le degré de l'excitation*. Ces troubles de la sensibilité sont d'ailleurs, comme on le voit, fort analogues à ceux qu'a présentés le malade dont l'histoire a été publiée récemment par MM. Charcot et Vulpian, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1862, n^{os} 16 et 18).

Une phthisie pulmonaire, dont le début remontait à un an environ, a précipité l'issue fatale. Ainsi qu'on l'avait prévu, les racines spinales postérieures et les faisceaux postérieurs de la moelle ont été trouvés à l'autopsie profondément altérés, principalement dans la région lombaire. Les faisceaux présentaient, à peu près dans toute leur longueur et dans toute leur épaisseur, la teinte gris jaunâtre et l'aspect gélatineux caractéristiques, aujourd'hui bien connus; les racines étaient extrêmement grêles, d'une couleur grise très accusée : les vaisseaux qui les accompagnaient étaient très fortement injectés. Les tubes nerveux, dans les parties les plus altérées des cordons médullaires postérieurs, avaient très notablement diminué de nombre; mais ils présentaient pour la majorité les caractères de l'état normal, soit relativement au diamètre, soit en ce qui concerne la transparence de la substance médullaire; quelques tubes seulement, en nombre très restreint, étaient remarquables par leur ténuité. Les éléments nerveux étaient disséminés au milieu d'une gangue d'apparence homogène, finement grenue, transparente, s'écrasant sous la moindre pression et laissant apercevoir çà et là un aspect fibrillaire plus ou moins prononcé. De nombreux noyaux, les uns arrondis, les autres elliptiques, quelques corps granuleux de forme elliptique pour la plupart, de fines granulations graisseuses et des gouttelettes d'huile, des corps amyloïdes enfin, en assez grand nombre, étaient comme semés au milieu de cette gangue qui constituait, en somme, la plus grande partie du tissu altéré. Quant aux filaments radiculaires, examinés principalement dans la région lombaire, ils paraissaient, à première vue, ne plus être constitués que par des tubes nerveux vides de leur contenu. Mais un examen plus attentif faisait déjà reconnaître un certain nombre de tubes nerveux complets, et qui, à part une ténuité souvent extrême, présentaient à peu de chose près les caractères de l'état sain; d'ailleurs, l'emploi des réactifs convenables, de l'acide acétique, de la solution de potasse caustique, rendait visibles un plus grand nombre de ces tubes. Ceux-ci, toutefois, étaient là en proportion bien minime; car certains filaments radiculaires, ayant un diamètre d'environ 1/6 de millimètre, en contenaient au plus quatre ou cinq. Les racines spinales antérieures, les cordons antéro-latéraux et la substance grise de la moelle, ne présentaient aucune altération appréciable.

Ces résultats nécroscopiques ne font, à quelques nuances près, que confirmer ceux qu'on trouve consignés déjà dans plusieurs observations, Mais voici quelques faits nouveaux et particulièrement dignes d'intérêt : plusieurs des ganglions spinaux correspondant aux racines les plus altérées ont été examinés avec soin; or, toutes les cellules nerveuses qui y ont été rencontrées avaient leur volume normal (5, 6, 7, 10

---

la véritable systématisation logique des exercices corporels, et surtout l'application raisonnée de la gymnastique à la médecine, ne paraissent qu'au commencement de notre siècle. Elle fut mise en lumière par l'académicien suédois P.-H. Ling, né le 15 novembre 1766. Cet éminent savant, nourri de fortes études d'histoire et de philosophie, imbu des principes d'éducation des Montaigne, Rousseau et Pestalozzi, a pu avoir connaissance des efforts tentés depuis 1786 par Salzmann et Guthsmuth en Saxe, Jahn et Tiselin en Prusse, Fellemberg et Ceïas en Suisse et en France; et cependant il a trouvé non-seulement à compléter, mais à refondre entièrement l'idée et la méthode de la gymnastique, pour la mettre au service de l'hygiène aussi bien qu'à celui de la thérapeutique.

LING.

Après avoir terminé ses études sexennales à l'Université d'Upsala, Ling prit part à la bataille navale de Copenhague du 2 avril 1801. Il contracta un rhumatisme ou une paralysie du bras droit, qu'il entreprit de guérir par l'escrime. Ayant réussi complétement, il garda une telle prédilection pour cet exercice, qu'il y devint maître, et on le vit, à côté de sa chaire *de mythologie et de poésie scandinaves* à l'Université, remplir, de 1806 à 1814, la place de *maître d'escrime de l'Université de Lund*. Nommé gymnasiarque de l'Académie royale militaire de Carlberg, il partagea son temps entre cette Académie et l'Institut national de gymnastique à Stokholm.

Ling était patriote et poëte. Il voulut coopérer à la régénération physique et morale du peuple tout à la fois par la représentation poétique des hauts faits d'armes de ses héroïques ancêtres, et en même temps par une culture harmonique des forces physiques de la jeunesse suédoise. Et voilà comment l'auteur d'une épopée en *trente chants* (*Asar*) obtint de son gouvernement une allocation pour l'établissement d'un Institut national de gymnastique, qui fut ouvert en janvier 1814 et qui est aujourd'hui considéré comme une des gloires du pays.

centièmes de millimètre) ; elles étaient pourvues d'un noyau muni d'un seul nucléole ; elles étaient chargées de granulations pigmentaires ; plusieurs enfin laissaient apercevoir un prolongement. Elles étaient en un mot dans l'état sain.

L'examen des nerfs périphériques des membres inférieurs a donné des résultats analogues et plus inattendus encore ; des branches nerveuses, exclusivement destinées à la peau, se détachant soit du petit nerf sciatique, soit du nerf saphène tibial, avaient conservé leur volume, leur consistance, leur coloration normales ; elles étaient exclusivement constituées par des tubes nerveux larges, remplis de matière médullaire, ne présentant pas de traces de granulations, et par conséquent tout à fait exempts d'altération.

Comment concilier cette intégrité parfaite des nerfs périphériques et des ganglions spinaux avec les altérations si profondes, dont les cordons postérieurs de la moelle ainsi que les racines spinales correspondantes étaient le siége? Ne semble-t-il pas qu'il y ait, entre ces deux ordres de faits, une incompatibilité absolue ? Le problème présente, sans contredit, des difficultés très sérieuses. Voici cependant quelques documents qui permettent, jusqu'à un certain point, d'en entrevoir la solution. Et d'abord l'intégrité des ganglions spinaux, en présence des altérations des faisceaux conducteurs, n'est pas un fait sans analogue. On sait, par exemple, que la rétine peut rester saine, alors que les nerfs optiques présentent tous les caractères de l'atrophie la plus complète ; et ces faits ne font que confirmer l'opinion des physiologistes, qui considèrent les parties centrales (ganglionnaires) du système nerveux comme douées d'autonomie, principalement en ce qui concerne les fonctions de nutrition. Quant aux nerfs cutanés, on pourra comprendre, à la rigueur, qu'ils aient échappé aux causes d'altération, pour peu qu'on se reporte aux expériences de M. Waller. Ces expériences, en effet, ont démontré que les tubes nerveux sensitifs ont leur foyer nutritif dans les ganglions spinaux. Ceux-ci, d'après M. Waller, restant sains, ceux-là doivent conserver la structure et les propriétés de l'état normal ; c'est là très vraisemblablement ce qui a lieu dans les cas d'ataxie locomotrice. Le travail morbide qui produit l'atrophie des cordons postérieurs s'étend de proche en proche aux racines spinales qui, elles-mêmes, s'altèrent bientôt profondément ; mais les ganglions spinaux opposent une barrière à cette propagation, tant que les cellules qui entrent dans leur composition restent intactes ; or, l'influence nutritive de ces cellules persistant à se faire sentir aux tubes nerveux périphériques, ceux-ci pourront se maintenir à l'état sain.

Nous ne présentons, du reste, ces remarques qu'à titre provisoire, et en attendant de l'anatomie et de la physiologie, normales et pathologiques, qui ne sauraient avoir tort dans une telle question, des éclaircissements plus décisifs.

A. Dechambre.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Suite. — Voir les nos 11, 15, 17 et 19.

Tout le bien et tout le mal qu'on a dit sur l'eau de rivière et sur l'eau de source en général, ont été répétés à propos de l'eau de la Seine et de l'eau des sources champenoises en particulier.

C'est ici, comme on le comprend bien, que le débat s'est le plus animé, et que la lutte a été le plus ardente. L'attaque et la défense se sont montrées également opiniâtres, également acharnées ; de part et d'autre on combattait *pro aris et focis*, — mieux vaudrait dire *pro aquis* ; — c'était donc à la vie ou à la mort. Déjà le XVIIIe siècle avait assisté à une semblable querelle scientifique. A cette époque, l'eau de la Seine fut rudement traitée par Mercier dans son *Tableau de Paris*, et par le marquis de *Mirabeau*, dans un réquisitoire resté célèbre. Le fleuve trouva un avocat plus spirituel que savant dans Beaumarchais, et un défenseur plus savant que spirituel dans Parmentier. De nos jours, la Seine a eu aussi ses Mercier et ses Mirabeau, ses Beaumarchais et ses Parmentier.

Résumons en quelques mots l'attaque et la défense.

L'eau de Seine, ont dit les ennemis de ce fleuve (que nous nommerons, s'ils le veulent bien, les *antiséquanistes*), est le réceptacle de toutes les impuretés de Paris, si bien que les Parisiens boivent le soir ce qu'ils ont vidé le matin. Elle relâche l'estomac et elle donne la diarrhée aux étrangers qui n'y sont pas accoutumés. Elle est chaude en été, froide en hiver ; elle est bourbeuse pendant une grande partie de l'année.

L'eau de Seine, répliquent les séquanistes, coulant toujours également sur son lit sablonneux et quartzeux, toujours exposée à l'air libre et au soleil, par conséquent toujours bien aérée et parfaitement oxygénée, contenant toujours des principes en dissolution et en suspension, dans des proportions

---

INSTITUT NATIONAL DE STOCKHOLM.

La direction actuelle de l'Institut national de gymnastique à Stockholm est, depuis la mort de Ling, dans les mains de son élève-professeur Gabriel Branting, qui poursuit dignement l'œuvre de son maître. A quinze ans, M. Branting était entré un des premiers dans l'Institut comme malade d'abord et ensuite comme élève.

Situé dans un des plus beaux quartiers de la capitale Norrmalm, cet établissement consiste en cinq bâtiments comprenant les divisions suivantes : 1° salle d'instruction théorique, 2° amphithéâtre anatomique, 3° bibliothèque et musée anatomique, 4° salle de gymnastique pédagogique et médicale, 5° salle d'armes, 6° manége (pour la voltige), 7° logements du directeur et des deux sous-directeurs. Deux cours spacieuses, un petit jardin et une galerie pour le tir au pistolet complètent l'établissement (1).

Le but de l'Institut central et national est : 1° de servir comme académie pour l'étude scientifique de la gymnastique ; 2° de former des professeurs de gymnastique pour les universités, colléges et écoles publiques du pays ; 3° de fournir à l'armée et à la marine des officiers instructeurs dans la gymnastique pédagogique et militaire ; 4° d'offrir à ceux qui veulent se vouer à l'enseignement de la gymnastique les moyens d'étudier cette science et de la pratiquer rationnellement. Le cours complet est de deux ans. Les élèves, pour être admis, doivent avoir reçu une bonne éducation ; savoir une ou deux langues étrangères, posséder les éléments des mathématiques et se trouver dans une disposition convenable d'esprit et de corps.

L'instruction est gratuite pour le civil, avec bourses de deux francs par jour ; les officiers envoyés à l'Institut reçoivent le double, mais à condition de remboursement si l'on ne passe pas l'examen de fin d'année.

(1) Nous devons ces renseignements à l'obligeance de M. le docteur Ulrich, élève de l'Institut national de Stockholm et directeur d'un établissement de gymnastique suédoise à Brême.

presque invariables, avec des combinaisons que la nature elle-même semble avoir merveilleusement appropriées à tous les besoins de l'hygiène, l'eau de Seine est et sera toujours l'eau potable par excellence, incomparable pour les usages domestiques, justement appréciée par toute l'industrie, excellente pour l'arrosage et parfaitement propre à éteindre les incendies. — Voilà ce que disent les séquanistes modérés. — Les fanatiques ajoutent que l'eau de Seine possède des vertus médicinales remarquables, que beaucoup de malades doivent à son usage le rétablissement de leur santé ; ils citent avec complaisance le témoignage de Bernier, celui de Macquart et les assertions du comte de Forbin, qui regarde l'eau de Seine comme un spécifique contre les coliques venteuses ; enfin, l'eau de Seine, à leurs yeux, n'est pas seulement un remède, une panacée, c'est encore une eau de Jouvence; elle augmente la fraîcheur du teint, l'éclat de la peau, la souplesse des muscles, et, ce qui vaut mieux encore, la longueur des jours de ceux et de celles qui se vouent à son usage. On a soutenu sérieusement que la bonne qualité de l'eau de la Seine entrait pour un tiers dans les conditions de longévité des riverains.

Evidemment, la vérité ne saurait être ni du côté des détracteurs qui ont poussé l'accusation jusqu'à la calomnie, ni du côté des enthousiastes qui ont attribué à l'eau de Seine les propriétés réunies des eaux du Léthé, de Jouvence, du Styx et de la Salette.

Laissons donc les hyperboles mythologiques aux amis du merveilleux, et interrogeons sincèrement le témoignage sévère et impartial de la science.

D'après les travaux les plus récents, exécutés par MM. Poggiale, Bussy et Boudet, l'eau de Seine prise en aval de Paris ou dans tout son parcours à travers la ville, est d'une impureté notoire. En dépit des grands égouts collecteurs qui transportent au loin les immondices et les déjections des maisons et des rues, cette eau est encore souillée par des matières organiques et surtout par des matières azotées en voie de fermentation ou de décomposition plus ou moins avancée, et en quantité assez notable pour inspirer une juste répugnance aux consommateurs et exercer une influence fâcheuse sur la santé publique. Il résulte des analyses faites par les habiles chimistes nommés plus haut, que la proportion d'ammoniaque, qui peut être considérée comme la mesure du degré d'insalubrité d'une eau, augmente sensiblement depuis le pont d'Ivry jusqu'au pont de l'Alma, et qu'au niveau des pompes de Chaillot notamment, elle s'élève à 34 centièmes de milligrammes, ce qui est incompatible avec les qualités de l'eau potable requises par l'hygiène.

La présence des matières organiques, azotées et fermentescibles, démontrée déjà par l'expérience chimique dans l'eau du fleuve, a été constatée aussi, d'une manière non moins positive, dans l'eau des réservoirs de la rue Racine, du Panthéon, de la rue Saint-Victor, de la rue de Vaugirard, de Passy, de la barrière Monceau et du quartier Popincourt, alimentés par l'eau de la Seine ou par celle de l'Ourcq.

M. Bouchut, à qui appartiennent ces recherches, en a fait l'objet d'une intéressante communication à l'Académie des sciences, le 17 juin 1861. Dans cette note, que nous avons eu soin d'analyser (*Gaz. hebd.*, t. VIII, p. 415), M. Bouchut affirme que l'eau des réservoirs qu'il a examinés, tient en suspension tantôt des myriades de particules jaunâtres, qui lui donnent l'apparence d'une émulsion épaisse, semblable à de la boue, tantôt une innombrable quantité d'êtres vivants qu'on prend à la cuiller, comme dans un potage, d'autres fois enfin, de nombreuses moisissures renfermant des masses incalculables de navicules, de paramécées, de matières calcaires amorphes et d'innombrables détritus organiques de crustacés. Dans la même séance, M. Coste est venu confirmer les assertions de M. Bouchut. « Dans les réservoirs du laboratoire du Collége de France, qu'alimente l'eau de la Seine, il se développe une grande abondance de dépôts malsains, de végétaux et d'animaux microscopiques. Je mesure, en quelque sorte, l'intensité de cette altération, dit l'éminent professeur, par l'influence nuisible qu'elle exerce sur l'incubation des œufs de poisson, qui, ici, font office d'instruments d'expérimentation d'une sensibilité extrême. La mortalité y est toujours en proportion de la fermentation, dont l'œil nu, l'odorat ou le microscope permettent aisément de constater l'existence. »

Ce qui donne plus de valeur à ces recherches, et leur sert, pour ainsi dire, de contre-épreuve, c'est que, suivant l'observation de M. Bouchut, l'eau des réservoirs de l'Observatoire, alimentés par les sources d'Arcueil, présente la limpidité du cristal ; rien n'en trouble la pureté, et elle ne renferme jamais aucun infusoire végétal ou animal.

Tout le monde n'a pas pris au sérieux ce qu'on a nommé malignement « l'effroyable récit de M. Bouchut ». Peu s'en faut que M. le docteur Jolly ne présente ce travail comme une sorte de conte de Barbe-Bleu, imaginé à plaisir pour « inspirer à la population de Paris toute répugnance et tout dégoût pour l'eau de Seine ». En tout cas, notre spirituel et

---

L'enseignement embrasse les matières suivantes : A. *Partie théorique :* 1° principes de la gymnastique rationnelle scientifique ; 2° anatomie descriptive ; 3° anatomie appliquée aux mouvements du corps ; 4° physiologie ; 5° théorie de la gymnastique d'appareil ; 6° théorie de la gymnastique libre ou sans appareil ; 7° théorie de l'escrime à la baïonnette ; 8° théorie des armes ; 9° théorie de la gymnastique médicale. — B. *Partie pratique :* I. Gymnastique médicale et pédagogique : 1° gymnastique d'appareil ; 2° art de la voltige ; 3° gymnastique sans appareil ; 4° art de nager ; 5° la dissection ; 6° la gymnastique médicale. — II. Gymnastique militaire : 1° escrime à l'épée ; 2° escrime au sabre ; 3° escrime à la baïonnette ; 4° escrime à la pique et à la hache ; 5° escrime à la lance. — III. Gymnastique esthétique.

On écarte quelquefois la physiologie, l'escrime à la pique, à la hache et à la lance, mais on ajoute ordinairement : 1° la préparation anatomique, 2° la chirurgie populaire, 3° l'exercice des éléments militaires, 4° l'escrime combinée, savoir : l'épée contre le sabre, la baïonnette, la dague ; le sabre contre l'épée, la baïonnette, etc. ; la baïonnette contre l'épée, etc. ; infanterie contre cavalerie ; un seul contre plusieurs.

Les élèves passent tour à tour d'une leçon théorique à un exercice pratique en variant surtout l'action des membres du corps. Les leçons commencent à sept heures du matin et finissent à six heures du soir, n'étant interrompues que par le déjeuner et le dîner.

A la fin de chaque cours, un seul examen a lieu pour servir à désigner les élèves qui auront droit d'être admis à l'examen général. Cet examen est mentionné dans les journaux ; il dure de neuf à deux heures.

La famille royale, les dignitaires de l'état, les officiers supérieurs, les notables de la science et l'élite des deux sexes de la capitale honorent cet examen de leur présence. La salle d'examen, splendidement décorée, a 72 pieds de large sur 36 de large et 26 de haut. L'examen fini, chaque élève reçoit un diplôme qui, selon le grade et le mérite, lui assure le droit, en

savant confrère soutient qu'il n'y a guère lieu de s'effrayer de pareils récits au point de vue de l'hygiène, et rappelant la fameuse expérience de Spallanzani, il déclare qu'on ne peut exciper de la présence des matières organiques dans les eaux de rivière contre leur usage domestique. Nous regrettons de nous mettre en opposition avec un esprit aussi distingué que M. Jolly, mais nous ne saurions adopter une opinion contre laquelle proteste tout ce que nous avons lu ou appris dans les livres et dans les cours d'hygiène. Tous les hygiénistes s'accordent, en effet, à déclarer qu'une des principales qualités de l'eau potable, une des plus essentielles, c'est d'être exempte de matières organiques. Tous les traités classiques s'étendent avec une insistance significative sur les dangers qui peuvent résulter de l'usage d'une eau adultérée par des matières organiques. Tous proclament unanimement qu'une eau chargée de principes azotés est malsaine et délétère au premier chef.

Quels que soient notre culte et notre vénération pour l'eau de Seine, mieux vaut donc convenir avec les hommes spéciaux et les plus compétents qui se sont occupés de la question, que cette eau, en aval de Paris et dans tout son trajet à travers la ville, est souillée par des immondices et des détritus organiques azotés qui la rendent impropre à la boisson.

Est-ce à dire que l'eau de Seine mérite partout cette proscription? A Dieu ne plaise que nous avancions une semblable hérésie et que nous nous associions à une accusation aussi injuste! L'eau de Seine, prise en amont de Paris, dans le vif du courant, est une des plus parfaites qui se puissent voir, quant à la composition chimique, c'est-à-dire quant à la proportion des principes minéraux qu'elle tient en dissolution. Elle est bien aérée et riche en oxygène; elle marque de 17 à 20 *degrés à l'hydrotimètre*, et renferme 24 centigrammes de matières fixes par litre, à savoir 16 centigrammes de carbonate de chaux, 2 centigrammes de carbonate de magnésie, de 1 centigramme 1/2 à 2 centigrammes de sulfate de chaux, quelques milligrammes de chlorures alcalins et de nitrates, et 3 à 5 centigrammes de matières organiques. Le sulfate de chaux ne s'y trouve donc qu'en proportion extrêmement faible, tout à fait insuffisante pour lui donner les propriétés laxatives qui lui ont été inconsidérément attribuées; et le carbonate de chaux, qui forme les trois quarts de son résidu minéral, peut être considéré, dans ces proportions, comme un élément utile plutôt que nuisible à la santé des consommateurs. *Sous le rapport de la constitution chimique*, il ne lui manque donc aucune des qualités essentielles d'une eau propre aux usages domestiques industriels. En conséquence, il n'en faudrait pas chercher d'autre pour l'alimentation de Paris, si l'excellence de la composition chimique était toute dans les conditions requises pour une bonne eau potable.

Mais nous avons vu que les hygiénistes exigent encore que l'eau destinée à la boisson soit limpide, d'une température à peu près constante, douce en hiver et fraîche en été. Les avocats de l'eau de Seine ont peut-être fait trop bon marché de ces qualités. Nous croyons, cependant, qu'elles ont en hygiène une importance considérable.

Nous ne dirons pas avec Dupasquier que les eaux troubles sont essentiellement mauvaises, lourdes et indigestes; mais nous admettrons volontiers avec M. Guérard, M. Grellois et beaucoup d'autres hygiénistes qu'elles doivent être rejetées à cause de l'odeur de vase qu'elles dégagent, du dégoût qu'elles inspirent et de la répugnance qu'elles provoquent en ceux qui sont forcés d'en faire usage.

Quant à la température, c'est avec raison que les hygiénistes les plus éminents en font une qualité de premier ordre pour l'eau potable. L'eau glacée en hiver, l'eau tiède en été se boivent difficilement, déterminent une sensation pénible et sont incapables d'apaiser la soif.

En outre, l'eau glacée peut donner lieu à des odontalgies, à la carie dentaire, à des gastralgies, à des coliques intenses et à des troubles gastro-intestinaux d'une certaine gravité. « L'eau tiède, pendant les ardeurs de l'été, est désagréable et malsaine tout à la fois. Elle frappe d'atonie les organes digestifs; elle amène une sorte d'alanguissement des fonctions gastriques et intestinales, d'où des vomissements, des flux dysentériques et souvent même des phénomènes cholériformes. » (Guérard.)

On le voit, la température est donc une condition d'une importance majeure en hygiène; et l'une des charges les plus graves qu'on puisse articuler contre l'eau de la Seine, c'est qu'elle est chaude en été et glacée en hiver.

Les séquanistes, il est vrai, n'éprouvent aucun embarras devant cette objection et y répondent, aussi bien qu'à celle tirée des troubles fréquentes de ce fleuve, en disant qu'il ne manque pas de procédés pour modifier la température de l'eau suivant le gré du consommateur, ni de moyens de filtrage pour la clarifier.

Assurément les appareils de filtrage, en grand ou en petit, naturels ou artificiels, ne font pas défaut. Mais il n'en est pas un, quel que soit son degré de perfection, qui au bout d'un temps plus ou moins long ne soit exposé à s'obstruer, à dé-

---

cas de vacance, de remplacer les professeurs ou maîtres en gymnastique dans le civil comme dans l'armée. Les élèves de l'Institut en 1855 étaient de 970 personnes dont 106 dames. La gymnastique médicale seule comptait 248 personnes. L'âge des malades variait de quatre ans à soixante-huit ans.

GYMNASTIQUE MÉDICALE SUÉDOISE OU KINÉSIATRIE.

La gymnastique suédoise générale diffère beaucoup de notre gymnastique ordinaire et moderne.

Ling l'a divisée, dans ses traités, en gymnastique pédagogique, militaire, médicale et esthétique. Elle se distingue, dans la partie médicale, qui est la seule que nous ayons l'intention de traiter ici : 1° par une abstention relativement grande des mouvements ordinaires, dits actifs (mouvements que l'on exécute seul et par soi-même sans l'aide d'une autre personne); 2° par le développement et un usage rationnel et très étendu des mouvements dits passifs (c'est-à-dire exécutés sur le malade par le gymnaste ; 3° mais, principalement et dans la pluralité des cas, par l'emploi de mouvements que j'appellerai *synergiques* ou doublés (*duplicirt* en allemand). Il y a deux genres de mouvements synergiques; tous s'exécutent, soit avec résistance du malade, nous les appelons *semi-passifs*, soit avec résistance d'un gymnaste, *semi-actifs*. Nous avons choisi pour la langue française, afin d'être plus court, un mot grec, *synergique*, parce qu'il exprime très bien l'action commune de deux individus pour doubler et même, le plus souvent, pour quintupler et décupler l'action d'un mouvement, ainsi que pour en préciser la direction et le temps ou rhythme. Ce n'est donc point une lutte entre le malade et le gymnaste, mais une union de deux individus dont l'un peut céder à l'autre ou bien diriger avec précision ses mouvements. Le mot de *résistance du malade* (M. R. , *résistance du gymnaste* (G. R.), n'est donc pas heureux, mais il est accepté en anglais, allemand et suédois. A la rigueur, on le pourrait remplacer par le mot *aide*. En d'autres termes, le mouvement synergique semi-

Digitized by Google

biter ce liquide en proportion toujours décroissante, et enfin ne réclame fréquemment un nettoyage ou une réparation. On a beaucoup vanté, et avec raison, le système des galeries filtrantes établi par d'Aubuisson à Toulouse, et par Watt et Robert Thom à Greenock, en Écosse; mais, outre que ce mode de filtration naturelle ne peut être employé que moyennant des conditions locales exceptionnelles, qui précisément ne se rencontrent pas sur les bords de la Seine, il est certain que depuis quelques années le volume d'eau fourni par ces galeries filtrantes a commencé à diminuer d'une manière sensible; et le calcul a pu déterminer approximativement l'époque où l'obstruction deviendrait assez forte pour condamner les filtres au chômage.

Un filtre, quelle que soit sa forme, quelles que soient ses dimensions, est donc un appareil essentiellement défectueux, ne produisant le plus souvent qu'une clarification incomplète, toujours et fatalement sujet aux engorgements et nécessitant un nettoyage continuel et des réparations fréquentes. En ce qui concerne spécialement la Seine, M. Guérard évalue à 6000 kilogrammes, 3 mètres cubes, la masse du dépôt de matières solides dont il faudrait débarrasser par jour, dans les fortes troubles les 12 millions de litres d'eau que ce fleuve fournit à la consommation quotidienne, si on voulait la clarifier en totalité par la filtration naturelle.

Les imperfections inhérentes à tous les procédés de filtrage, les inconvénients qu'ils présentent, les frais d'entretien et les dépenses de réparation qu'ils exigent, font que les meilleurs esprits regardent le filtrage des eaux potables comme un assez mauvais expédient, comme une sorte de pis-aller, auquel on devrait préférer un système qui fournirait l'eau directement avec toute la limpidité, toute la transparence désirables. Telle est l'opinion des hygiénistes, des physiciens et des hydrologues les plus distingués, d'Arago, de Dupasquier, de MM. Guérard, Darcy, Dumas, Tardieu, Michel Lévy, Fleury, Ward (de Londres), Michal, Mary, Belgrand, etc.

Nous croyons donc, quoi qu'on ait pu alléguer dans ces derniers temps, que le filtrage en grand des eaux de la Seine offre des difficultés insurmontables, et qu'avant de recourir, pour alimenter Paris, à des eaux qu'on est dans la nécessité de filtrer, on doit avoir la conviction qu'il est impossible de s'en procurer d'autres.

Les moyens proposés pour remédier à l'inconstance de la température des eaux fluviales, pour échauffer en hiver et rafraîchir en été de grandes masses de liquide, sont plus défectueux encore, et plus dispendieux que les procédés de clarification. Depuis le moyen proposé par M. Terme et rajeuni par M. Delamarre, jusqu'au système préconisé par M. Grimaud (de Caux), jusqu'à l'ingénieux appareil imaginé par M. Burcq, tout dénote de généreuses intentions, de louables efforts pour arriver à la solution du problème; mais aussi tout trahit l'embarras des inventeurs, l'imperfection des moyens et les difficultés, pour ne pas dire les impossibilités du but à atteindre.

Mais, dit M. Jolly, s'il est si difficile de clarifier, de rafraîchir et d'échauffer l'eau en grand, rien de plus simple, rien de plus commode, rien de plus aisé que de lui communiquer en petit, et à l'aide des procédés usuels et domestiques, le degré de transparence et de température convenables. Il n'est pas de si petit ménage qui ne possède une fontaine à filtre, et il n'est pas de gens si gueux qui n'aient du feu en hiver pour tiédir leur eau, un alcarazas, une cave ou de la glace en été pour lui donner la fraîcheur qui lui manque. Hélas! nous craignons bien que ce ne soit là une utopie; et nous avons peine à nous figurer que le pauvre et l'ouvrier aient le loisir et les moyens nécessaires pour se procurer la jouissance, si légitime pourtant, d'une eau potable à l'abri de tout reproche.

En somme, il résulte de ce qui vient d'être exposé: 1° que l'eau de Seine prise en aval de Paris et dans son parcours à travers la ville est souillée par des impuretés qui la rendent impropre à la boisson; 2° que la même eau, prise en amont de Paris, au delà du confluent de la Marne, renferme peu de matières organiques et possède une composition chimique telle que la réclame une saine hygiène; 3° mais que cette eau présente tous les inconvénients des eaux de rivière, à savoir une transparence équivoque, des troubles fréquents et une température variable; 4° que les moyens indiqués pour remédier à ces graves inconvénients sont insuffisants, imparfaits et coûteux, soit qu'on les envisage en grand, soit qu'on les considère en petit; 5° que tous les systèmes d'approvisionnement de Paris, en eau potable, ayant pour but de puiser l'eau de la Seine, même en amont de la capitale, laissent beaucoup à désirer sous le rapport de l'hygiène et sont loin de satisfaire à toutes les conditions d'un bon service hydrologique; 6° qu'on doit leur préférer un système qui ait l'avantage de distribuer abondamment à tous les habitants de Paris une eau toujours limpide, toujours tempérée, possédant naturellement et au suprême degré les qualités requises par l'hygiène, sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun

---

actif est celui que le malade exécute contre une légère opposition de la main du gymnaste, tandis que le mouvement synergique semi-passif est celui que le gymnaste exécute sur le malade contre la légère opposition de celui-ci. Les deux individus ou organismes agissent donc ensemble et d'accord au profit de l'un d'eux, qui est le malade.

Il est facile de prévoir qu'on pourra de cette manière produire deux genres d'excitation musculaire qu'on est convenu d'appeler *contraction concentrique* et *contraction excentrique*, selon que l'insertion et le point de départ du muscle se rapprochent ou s'éloignent. Une pratique de près de cinquante ans en Suède, Russie, Angleterre et Allemagne, a conduit à cette observation que les mouvements semi-actifs (résistance du gymnaste, G. R.) favorisent la contraction des muscles, et que les mouvements semi-passifs (M. R.) favorisent plutôt l'allongement de ces organes. Nous parlerons plus tard des conditions physiologiques de ces deux sortes de mouvements, en tant qu'elles sont connues à présent. On a même attribué une action prédominante, soit veineuse, soit artérielle, à ces deux genres de mouvements. La physiologie décidera, en présence des recherches importantes de M. J. Béclard sur l'augmentation différentielle de la chaleur pendant les mouvements divers (statiques et dynamiques), si l'hypothèse actuelle sur l'action différente des mouvements concentriques et excentriques est vraie ou fausse. Nous laissons pour le moment cette question, et nous nous bornons à signaler dans l'application de la main du gymnaste un excellent moyen de relâcher complétement les muscles antagonistes de ceux sur lesquels agit la force active du gymnaste ou du malade, et dont le mouvement est dirigé avec précision, soit par l'un, soit par l'autre.

Ces mouvements provoquent la localisation, d'abord au moins unilatérale, de groupes musculaires, qu'on est libre de choisir selon le but à atteindre. Un exemple aidera à nous faire comprendre.

Nous faisons coucher un homme tout de son long sur un banc horizontal de 1,60 de long et 0,50 de large, et nous l'in-

Digitized by Google

artifice ni d'imposer au consommateur aucune dépense pour la corriger de ses défauts ou pour lui donner des propriétés qu'elle n'a pas.

A. LINAS.

(*La fin à un prochain numéro.*)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine opératoire.

DES SUTURES MÉTALLIQUES; DE LEUR UTILITÉ ET DE LEUR SUPÉRIORITÉ SUR LES SUTURES ORDINAIRES; EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR CE SUJET, par M. OLLIER, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Suite et fin. — Voir les nos 9, 12 et 17.

§ V. — *De quelques autres applications des fils métalliques. — Sétons dans les adénites cervicales et inguinales suppurées; dans les abcès froids. — Ligature des veines; artères. — Opération du varicocèle.*

Indépendamment des sutures, les fils métalliques peuvent remplacer avec avantage les fils ordinaires dans divers cas. Nous nous en servons souvent pour *sétons conducteurs* ou **drains** dans le traitement des collections purulentes. C'est surtout dans les petits abcès ganglionnaires du cou qu'ils nous ont rendu des services dignes d'être signalés. Il importe, dans ce cas, d'évacuer le pus ou la sérosité purulente sans laisser des cicatrices apparentes; l'incision et les ponctions multiples n'en mettent pas à l'abri; la cautérisation laisse des traces indélébiles; le séton filiforme est préférable, et parmi les sétons aucun ne vaut un petit fil de fer capillaire qu'on passe d'une extrémité à l'autre du ganglion suppuré, et qu'on laisse à demeure en recourbant ses bouts pour les tordre ou les nouer. Nous avons ainsi guéri des abcès scrofuleux qui n'ont pas laissé la moindre trace. Le fil de fer est parfaitement toléré; il maintient seulement une petite ouverture qui suffit à l'écoulement du liquide. Au cou il faut employer des fils très fins, qui se prêtent aux mouvements de la région et qui ne risquent pas de sectionner la peau par leur rigidité. On les laisse en place tout le temps que dure la suppuration, dix, quinze et vingt jours. Leurs ouvertures d'entrée et de sortie s'agrandissent à peine; la peau se recolle autour des fils; puis, lorsque la suppuration est tarie, on les enlève; les ouvertures se ferment, et au bout de quelques semaines on en distingue à peine les traces. Si le décollement est opéré sur une large surface, nous passons deux fils capillaires dans des sens différents, et, à moins que la peau n'ait subi un amincissement tel que tout recollement soit impossible, nous voyons au bout de peu de jours la cavité se réduire, et finir enfin par s'oblitérer. La mobilité des parties sous-jacentes et les sinuosités de la région indiquent la direction du séton; il faut le placer de manière qu'il s'accommode à la conformation des parties, et ne puisse être déplacé par les mouvements du malade; dans ce dernier cas, il pourrait agir comme tige rigide et ulcérer par pression ou par une action mécanique quelconque. S'il s'agit du cou, il faut recommander au malade d'éviter tout mouvement vif et exagéré de la région. Il n'est pas nécessaire que le pus soit réuni en un foyer unique et bien limité pour employer le séton. Quand un ganglion est déjà ramolli, qu'il donne la sensation de fongosités mollasses plutôt qu'une vrai fluctuation, il ne faut pas attendre plus longtemps pour passer le fil. Il sort d'abord une sérosité sanguinolente, puis, dans les jours suivants, du pus; le ganglion ne tarde pas à diminuer et à se fondre complétement, pourvu que la lésion ne soit pas trop ancienne et le malade trop cachectique.

Comme ces sétons amènent peu d'irritation, les ouvertures n'ont pas beaucoup de tendance à s'agrandir; quelquefois même elles se recollent contre le fil de fer, et l'on est obligé de chasser par des pressions souvent renouvelées la gouttelette de sérosité ou de pus qui se forme dans le fond du foyer. Cette circonstance du reste ne constitue pas un inconvénient, puisque plusieurs de nos malades ont pu porter leur séton sans pansement aucun pendant plusieurs jours. Ils n'avaient qu'à presser de temps en temps, et la sécrétion séro-purulente diminuait graduellement.

Nous avons aussi employé un certain nombre de fois les sétons métalliques pour les adénites inguinales. Mais ici il faut établir quelques distinctions. Ce n'est que pour les bubons simples, inflammatoires ou strumeux que nous les conseillons. Pour les bubons virulents, ils ne remplissent pas du tout l'indication que fait naître le caractère chancreux du foyer. On passe le séton dans le sens du pli de l'aine. On en met plusieurs si le décollement est étendu et si plusieurs ganglions sont affectés. S'il n'y a qu'un foyer bien limité, la guérison est assez rapide; mais s'il est irrégulier et vaste, le temps exigé pour le traitement est assez long pour qu'il puisse être préférable d'employer un moyen plus expéditif, si le malade ne redoute pas une cicatrice apparente. Une compression permanente sur le foyer est généralement un auxiliaire utile, et souvent une condition indispensable de succès ou du moins d'un succès rapide. Au cou malheureusement, la disposition des parties ne permet pas toujours de l'employer quand elle serait nécessaire. Les indications du séton métallique sont celles du séton filiforme. Certains cas auxquels celui-ci est rationnellement applicable sont plus avantageusement traités par celui-là; ce sont ceux dans lesquels, recherchant seulement une action évacuatrice, on veut éviter une cicatrice apparente. Lorsqu'il

---

vitons à élever la jambe droite tout entière, roide, et sans la fléchir dans aucune de ses articulations, excepté celle de la hanche. Le gymnaste, au moment où le sujet commence à élever la jambe en flexion sur le tronc, pose quelques doigts de sa main droite sur la pointe du pied et oppose de cette façon une résistance légère, mesurée et uniforme (*Stetig*), à l'élévation de la jambe. Tantôt il ne laisse pas élever la jambe du tout; tantôt, et c'est ce qui est plus souvent pratiqué, il cède au mouvement ascensionnel de la jambe. Nous reviendrons sur la différence de ces deux pressions. Dans le cas où il cède graduellement à la volonté du malade, tous les muscles antérieurs du membre sont contractés, et en contraction augmentée selon le degré ou la dose de la résistance donnée par le gymnaste, tandis que les antagonistes, le groupe des muscles postérieurs, sont en relâchement; ce dont on s'assure par le toucher.

Cette division de l'action n'a pas lieu dans les mouvements actifs de la gymnastique ordinaire, où les antagonistes gardent, comme on sait, la contraction, mesure de l'excursion du mouvement. Il y a donc dans ces mouvements dits synergiques évidemment localisation et dosage.

D'après Borelli, un poids de 25 livres, fixé à l'extrémité des doigts d'un bras étendu horizontalement et de côté, représente dans les muscles de l'épaule, une traction de 660 livres. La main du gymnaste peut, sans devenir incommode, varier et doubler ce poids, et par conséquent l'action musculaire locale.

Si l'on veut exciter le groupe opposé à celui dont nous avons parlé plus haut, il n'y a qu'à agir en sens contraire. Le gymnaste, en mettant sa main sous le talon de la jambe restée en l'air, s'opposera quelque peu à l'abaissement de la jambe. On aura alors la contraction des muscles postérieurs du membre et le relâchement des muscles antérieurs.

Voilà donc une méthode pour agir sur un genre de paralysies ou anomalies de nutrition qui n'occupent qu'un groupe de muscles situés, soit en avant, soit en arrière. Il est facile de concevoir que cette action unilatérale pourra être étendue sur toutes les parties du corps pourvues d'articulations.

(*La suite prochainement.*)

s'agit de modifier par l'inflammation les masses fongueuses et indolentes de certaines adénites inguinales, il faut s'en tenir aux fils organiques, ou bien multiplier les fils métalliques.

D'une manière générale, le séton qu'on passe à travers une collection de liquide est employé dans un des deux buts suivants : pour évacuer le liquide ou bien pour irriter la paroi. Le séton métallique remplit exclusivement la première indication ; le fil organique est préférable pour la seconde. Quelques chirurgiens anglais, M. Spencer Wels entre autres, ont employé le séton métallique pour l'hydrocèle. Comme ici c'est une irritation de la tunique vaginale qu'on veut produire, il vaudrait mieux se servir d'un fil de soie ou d'une petite mèche de coton. On s'en est aussi servi pour faire oblitérer les hernies. Nous ne l'avons jamais employé en pareil cas pour des raisons qu'il n'est pas de notre sujet d'exposer ; mais comme ici la limitation de l'irritation est ce qu'il y a de plus important à obtenir, le fil métallique serait préférable.

Pour passer ces sétons, il faut se servir d'aiguilles longues et minces analogues (plus minces cependant) à celles qu'avait fait fabriquer M. Bouvier pour les sétons filiformes à la nuque (1). Dans certains cas, on a besoin d'aiguilles plus longues encore, 12 à 15 centimètres. Pour les petits abcès, une fine aiguille à suture courbe ou mi-courbe suffit parfaitement.

Une idée qui se présente naturellement à l'esprit, c'est de se servir des fils métalliques pour la ligature des artères et des tumeurs. Percy avait songé à écraser les artères avec une espèce de coulant de plomb, et Lævert, dont nous avons rapporté les expériences, avait cherché à apprécier par l'expérimentation, la valeur de la même idée émise plus tard par Physick.

Nous nous sommes aussi demandé si l'application des fils métalliques à la ligature des artères ne pourrait pas être tentée sur l'homme dans le but de favoriser la réunion immédiate des plaies. Puisque les fils métalliques sont moins irritants, nous disions-nous, ils entraveront moins l'adhésion des surfaces saignantes avec lesquelles ils sont en contact le long de leur trajet ; ils risqueront moins en outre d'enflammer l'artère et favoriseront ainsi la réunion immédiate des tuniques du vaisseau. Nous essayâmes alors sur le cadavre si nous obtiendrions la section des tuniques interne et moyenne de l'artère ; car il était important de constater ce qu'il en était à ce sujet avant de pratiquer ces ligatures sur l'homme. Nous essayâmes des fils de différents métaux et de différentes grosseurs ; nous les essayâmes en les nouant sur l'artère et en les tordant, et nous n'obtînmes que des sections incomplètes avec les fils de 0mm,10 ou 0mm,14. Le fil se cassait très souvent, quel que fût le procédé employé ; car, comme nous l'avons fait remarquer à propos des sutures, si les métaux ont beaucoup de ténacité quand on exerce des tractions parallèles, ils ne résistent pas autant, ils se cassent même très facilement quelquefois quand ils ont été noués ou tordus.

Avec les fils de fer de 0mm,15 à 0mm,20, et au-dessus ou les fils de platine de 0mm,25, nous avons obtenu des sections aussi nettes et aussi complètes qu'avec les fils à ligature de soie ou de chanvre. Il n'est pas même nécessaire d'atteindre tout à fait cette dimension pour les fils de fer quand on agit sur des artères de moyen calibre (radiale, cubitale, humérale même) ; mais alors l'effet est moins sûr, et si le fil est mal cuit ou de mauvaise qualité, on le casse en le nouant ou le tordant.

Ces expériences démontraient donc qu'au point de vue de l'action physique sur les tuniques artérielles, les fils métalliques pouvaient être employés sans trop de désavantage. Considérant d'autre part la moindre irritation occasionnée par leur présence, il semble que nous aurions dû immédiatement les employer pour lier les artères dans les amputations. Nous ne l'avons pas fait cependant d'une manière suivie, et nous nous sommes borné à lier quelques petites artères qui, dans leur cicatrisation, ne nous ont présenté rien de particulier.

Ce sont les deux considérations suivantes qui nous ont empêché de généraliser ce moyen : d'abord nous pensons que la réunion immédiate n'est pas seulement contrariée par le passage des fils dans la plaie, mais encore par la mortification du petit moignon formé par le bout de l'artère séparé du reste du vaisseau par la ligature. Ce petit moignon se mortifie et doit être éliminé. Peut-il dans quelques cas disparaître par absorption ou même être toléré par les tissus à la faveur d'une soudure organique, véritable greffe qui s'établirait entre lui et les parties environnantes ? Ce mécanisme nous paraît parfaitement possible chez certains animaux dont les tissus sont doués d'une grande plasticité ; mais chez l'homme on ne doit pas y songer. Il ne faut pas non plus compter sur l'absorption et l'élimination de la partie étranglée par le fil est un fait que nous devons considérer comme constant et même nécessaire.

Les ligatures métalliques agissent comme les organiques sur le bout de l'artère ; elles ont en outre l'inconvénient d'être plus friables quand elles sont fines, et lorsqu'elles sont plus grosses, elles ne peuvent se prêter comme les fils organiques à tous les changements de rapport que subissent les parties profondes d'une plaie d'amputation, par suite de l'inflammation ou de la rétraction musculaire.

Pour ces divers motifs, nous n'avons pas donné suite à nos premières tentatives, et nous avons continué de nous servir des fils organiques pour la ligature des grosses artères, malgré les raisons qui nous engageaient à leur substituer les fils métalliques. En agissant ainsi, nous ne sommes pas en désaccord avec les idées que nous avons émises plus haut à propos des sutures ; le cas n'est pas le même et le rôle du fil est différent. Nous nous proposons, du reste, de reprendre cette question avec de nouveaux faits et de nouvelles expériences (1).

C'est la crainte des accidents dus à la présence et au mode d'action des ligatures qui a donné à M. Simpson l'idée de la méthode hémostatique qu'il a désignée sous le nom d'*acupressure* (2). L'éminent professeur d'Edimbourg a voulu comprimer

(1) M. Bouvier a préconisé, il y a quelques années, les petits sétons formés d'un fil recouvert d'une substance imperméable, comme l'enduit dont on se sert pour fabriquer les sondes uréthrales. Il a aussi employé les petites chaînes faites avec des métaux inoxydables : or, argent, platine. C'est dans le but de guérir certaines maladies des yeux qu'il applique ce séton à la nuque. « Après la guérison, il fait porter souvent aux malades une très petite chaîne métallique, sorte de *séton d'attente* qui ne fait que conserver un trajet fistuleux sous-cutané, prêt à recevoir, au besoin, un cordonnet ou mèche plus active. Il se passe alors ce que l'on observe dans l'usage des boucles d'oreille. » (*Mémoire sur un procédé simple, commode et peu douloureux, pour entretenir le séton à la nuque*, lu à l'Académie impériale de médecine le 9 octobre 1855, in *Gazette hebdomadaire*.)

Bien qu'agissant dans un but tout différent du nôtre, M. Bouvier avait voulu mettre à profit la plus grande tolérance des tissus pour les corps métalliques.

(1) M. Letenneur (de Nantes), qui a publié récemment une belle observation de staphylorrhaphie, pour laquelle il s'est servi avec le plus grand succès des sutures d'argent, a eu aussi l'idée de pratiquer les ligatures d'artère avec les fils métalliques (*Gazette hebdomadaire*, 21 février 1862). Il a fait cet essai sur deux malades : dans le premier cas, il s'agissait d'une amputation de bras ; dans l'autre, d'une amputation de cuisse. Il a appliqué les fils en les tordant et en serrant assez fortement sur l'artère. Les fils se sont détachés à la même époque que les ligatures végétales : la ligature de l'humérale est tombée le neuvième jour, celle de la crurale le onzième, celles des artères de moindre volume à partir du cinquième. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. M. Letenneur se demande à ce sujet s'il ne serait pas utile de faire sortir les fils par des ouvertures pratiquées dans ce but à travers les tissus. « Peut-être, dit-il, en détournant ainsi les fils métalliques et en ne leur faisant parcourir qu'un trajet très court, arriverait-on à un résultat plus satisfaisant encore. »

Cette manière de détourner les fils et de les éloigner des surfaces saignantes pour que la réunion immédiate ne soit pas contrariée par leur présence a été déjà proposée et mise plusieurs fois en pratique par M. Bouisson (de Montpellier), qui a publié dans le tome Ier de son *Tribut à la chirurgie* un mémoire où sont relatés plusieurs faits en faveur de ce procédé. C'est dans ce même mémoire qu'il propose de faire, pour certaines plaies, plusieurs plans de suture superposés dans le but de favoriser la réunion des parties profondes. M. Bouisson, comme les chirurgiens de Montpellier, est grand partisan de la réunion immédiate, et il a cherché à en perfectionner les moyens. La réunion immédiate des plaies a été considérée par tous les chirurgiens de cette école, depuis Delpech, comme un des points fondamentaux de la pratique chirurgicale. Contrairement à ce qu'on a pu voir ailleurs, elle y a été toujours enseignée et pratiquée, et M. Courty publiait récemment sur ce sujet une série d'articles remarquables (*Montpellier médical*, 1861).

(2) Les idées et la pratique de M. Simpson ont été parfaitement exposées par M. Foucher dans la *Gazette hebdomadaire*, janvier 1860.

Digitized by Google

l'artère, aplatir l'une contre l'autre ses deux faces opposées, sans laisser à demeure un corps étranger dans la plaie. Pour cela, il s'est servi d'un procédé analogue à celui que M. Velpeau a mis depuis longtemps en usage pour le varicocèle et les varices, et qui consiste à comprimer le vaisseau au moyen d'une épingle plus ou moins longue passée au-dessous de lui. Seulement, dans le procédé de M. Simpson, l'épingle comprime par son élasticité. On la passe de dehors en dedans à travers le lambeau, puis on perfore de nouveau le lambeau de dedans en dehors, et l'artère correspondant au milieu de l'aiguille, à la partie qui est libre dans la plaie, est comprimée pendant trente-six ou quarante-huit heures. On retire ensuite l'aiguille, et la réunion par première intention n'est contrariée par la présence d'aucun corps étranger.

Nous avons employé les fils métalliques pour la ligature des veines dans le varicocèle et les varices des jambes. Nous agissions ici dans le but de diminuer l'inflammation, qui se développe nécessairement dans une opération semblable, et d'éviter par là la phlébite, qui n'en a été que trop souvent la suite. La crainte de cet accident nous fait même proscrire d'une manière à peu près générale la ligature des veines dans les cas de varice (1); une seule fois nous y avons eu recours dans des circonstances que nous relaterons tout à l'heure.

La ligature par les fils métalliques a un autre avantage : c'est au point de vue du manuel opératoire. Pour opérer le varicocèle par les procédés de MM. Ricord, Gagnebé, on a besoin d'un serre-nœud, ce qui complique toujours l'opération ou du moins exige un appareil spécial. Avec les fils métalliques, on peut graduer la compression, l'augmenter à volonté sans aucune espèce d'appareil, le fil métallique se sert de serre-nœud à lui-même. On n'a qu'à augmenter la torsion, et la striction augmente et reste fixe dès qu'on cesse la torsion. Avec une aiguille et un morceau de fil de fer on opère un varicocèle.

Voici comment nous procédons :

Après avoir isolé le canal déférent, on passe en arrière du paquet veineux une aiguille droite longue de 10 centimètres et armée d'un fil de fer de 0mm,50 de grosseur (1). Cela fait, on la passe en avant du même paquet veineux sous la peau du scrotum, en la faisant entrer et sortir par les mêmes ouvertures qui ont servi à lui faire suivre son premier trajet. On a alors une anse de fil à forme de fuseau ou d'ellipse très allongée dans l'intérieur de laquelle est compris le paquet veineux qu'on veut sectionner par la ligature. L'ellipse est fermée en nouant ou tordant les deux chefs du fil l'un sur l'autre. On lui laisse une longueur de 20 centimètres environ. On engage ensuite dans chaque extrémité de l'ellipse une cheville de bois, un porte-nitrate de trousse par exemple, ou bien un simple crayon de bois, et on tourne de chaque main en sens contraire, de manière à enrouler les deux chefs l'un sur l'autre. A mesure que l'on tourne, l'espace central occupé par les veines diminue, et bientôt celles-ci sont suffisamment serrées pour que la circulation s'arrête. Quand on juge la striction portée à ce point, on retire les chevilles, et on attend jusqu'au lendemain. On les introduit de nouveau, et on fait quelques tours de plus. On procède ainsi chaque jour jusqu'à section complète de la veine ou du paquet veineux. Des compresses froides constituent tout le pansement. La peau n'est nullement intéressée. Quand les veines sont coupées, le fil de fer, dont les deux chefs ont été enroulés l'un sur l'autre, forme une tige serrée et se retire facilement par l'une ou l'autre ouverture.

L'avantage de ce procédé consiste surtout dans sa simplicité ; avec une aiguille et un morceau de fil de fer, on opère le varicocèle. Mais c'est, nous dira-t-on, le procédé de Vidal. Oui, mais il y a l'enroulement en moins. Il n'y a pas ce que Vidal considérait, mais à tort, selon nous, comme le point le plus important. Nous ne cherchons pas à couper les veines en plusieurs points de leur trajet, et loin de vouloir les enrouler, nous tirons sur les extrémités du fil de manière qu'il soit tendu et qu'il agisse sur le cordon dans une direction constante et linéaire. Les suites de cette opération, que nous n'avons eu l'occasion de pratiquer que deux fois, ont été très simples. Il y a bien moins de traumatisme que dans celle de Vidal, et elle nous paraît aussi efficace, car les veines, une fois coupées, ne se rétablissent pas. C'est à la dilatation des veinules non comprises dans l'anse qu'est dû le retour des varices. Il se passe pour le varicocèle ce qu'on observe presque toujours pour les varices des jambes ; des veinules à peine perceptibles, collatérales de la veine oblitérée, se dilatent peu à peu et finissent par acquérir un fort calibre. Dans les deux cas où nous avons mis ce procédé en usage, la section des veines a eu lieu au bout de treize et de vingt-neuf jours.

Nous nous en sommes servi une fois pour couper une grosse varice commençant au bas de la cuisse et se rendant directement vers le pli de l'aine au niveau du canal crural. Des veines dilatées de la jambe s'y rendaient en formant plusieurs groupes distincts. Elles s'y abouchaient au niveau du genou. De sorte que cette veine de la cuisse, ayant la direction de la saphène (1) interne, était le confluent unique de toutes les varices de la jambe. En attaquant isolément tous les groupes de varices, il eût fallu pratiquer cinq ou six injections ou appliquer autant de pastilles de potasse, et on n'eût pas été sûr d'interrompre la circulation dans les veines dilatées. En agissant au contraire sur le confluent commun, on agissait avec plus de certitude et d'efficacité, et on influençait la circulation de toutes les veines afférentes. L'isolement du vaisseau, sa situation superficielle, nous firent choisir la ligature. Nous appliquâmes un fil métallique que nous tordîmes par le procédé indiqué. Il tomba au bout de dix jours, sans accident aucun. Il n'y eut pas la moindre menace de phlébite.

Les fils métalliques peuvent aussi être employés pour la constriction des diverses tumeurs qu'on veut éliminer par gangrène ; mais ici ils n'ont pas le même avantage que lorsqu'il s'agit de diviser un vaisseau ou un paquet variqueux dans la profondeur des tissus, et comme ils ne sont pas aussi résistants ni aussi maniables que les fils organiques lorsqu'il faut employer une grande force, nous ne voyons pas pourquoi on les substituerait à ces derniers, qui ont ici par leur souplesse et leur flexibilité une véritable supériorité. Que le fil irrite un peu plus ou un peu moins, c'est secondaire en pareil cas.

CONCLUSIONS (2).

I. — Les fils métalliques, mis en usage pour la réunion des plaies, sont moins irritants que les fils d'origine végétale ou animale. Ils coupent moins rapidement les tissus ; sont plus vite et restent plus longtemps tolérés ; occasionnent moins de suppuration le long de leur trajet, et laissent des cicatrices moins apparentes.

(1) Nous pensons cependant qu'on a exagéré le danger de ces opérations pratiquées sur les varices. Il est survenu, il est vrai, un certain nombre de cas de phlébite suivis de mort sur des malades placés dans les hôpitaux : ces faits doivent nous rendre très réservé sans doute ; mais n'en est-il pas arrivé aussi à la suite de la cautérisation, bien que ce dernier moyen y expose moins que la ligature ou l'excision? La ligature serait-elle plus dangereuse pour les veines du membre inférieur que pour celles du cordon? Les chirurgiens qui l'emploient chaque jour sans crainte pour celles-ci sont-ils bien logiques en la proclamant très dangereuse pour celles-là? Nous pensons que, dans de bonnes conditions hygiéniques, hors des foyers de pyohémie, ces opérations ne sont guère dangereuses ; cependant, comme les varices peuvent être tout aussi bien traitées par des moyens plus simples et que le plus souvent même elles ne doivent pas être opérées, nous n'accepterons jamais la ligature comme méthode usuelle.

(1) Des fils un peu plus fins peuvent également servir.

(1) Elle en avait la direction et l'apparence. Mais je n'ose pas affirmer que ce fut la veine saphène elle-même, ayant plusieurs fois vérifié le fait qu'a annoncé M. Verneuil, à savoir que la saphène est intacte sous des veines variqueuses qui en suivent la direction.

(2) Erreurs importantes à corriger dans les précédents articles :

1er article, p. 137, 6e colonne, avant-dernier alinéa, au lieu de : *Mettauer employa les fils de fer*, lisez *fils de plomb*.

2e article, p. 182, 3e colonne, dernier alinéa (12 mars), au lieu de : *Nous avons composé nos fils capillaires avec*, lisez : *Nous avons comparé nos fils avec.*

Digitized by Google

II. — Ce n'est pas seulement sur les résultats d'un grand nombre d'opérations où nous avons employé ces fils que nous nous basons pour affirmer leur supériorité, c'est sur des expériences comparatives rendues aussi rigoureuses que possible. L'expérimentation seule nous a paru pouvoir décider la question.

En comparant des fils de soie, de lin ou de chanvre à des fils métalliques de même grosseur ou de grosseur moindre, nous avons vu qu'à grosseur égale, les fils métalliques avaient des avantages réels, et que leur supériorité devenait plus sensible lorsqu'ils étaient plus fins que les fils organiques. Cette supériorité devenait plus évidente encore quand nous mettions en parallèle les fils métalliques très fins que nous appelons *fils capillaires*, avec les fils organiques dont on se sert généralement.

III. — Plus un fil est fin, moins il irrite et moins il coupe les tissus par conséquent, la section étant produite par l'ulcération et non par une action mécanique. Mais, pour que cet avantage se réalise, il faut que les lambeaux ne soient pas trop violemment tiraillés. Dans ces derniers cas, la pression s'exerçant sur une ligne excessivement étroite, le fil joue en quelque sorte le rôle de tranchant. Pour remédier à cet inconvénient, il faut multiplier les fils, et répartir ainsi la résistance sur un grand nombre de points.

IV. — La raison de la supériorité des fils métalliques nous paraît se trouver dans les propriétés ou circonstances suivantes:

1° Leur finesse : on peut leur donner la finesse d'un cheveu et leur conserver une résistance suffisante ;

2° La constance de leur volume : les fils organiques se laissent imbiber et augmentent notablement de volume durant leur séjour dans les tissus;

3° Le poli de leur surface et leur impénétrabilité par les liquides putréfiables ;

4° La propriété qu'ils ont de maintenir la plaie dans de meilleures conditions de fixité et de rapprochement : l'anse métallique ayant une forme permanente, tandis que l'anse de fil organique se relâche et devient flottante dans le trajet parcouru dès que l'ulcération a commencé.

V. — Plusieurs métaux, le fer, l'or, l'argent, le platine, le cuivre, peuvent être employés pour la fabrication des fils à suture. Nous donnons la préférence au fer, à cause de sa ténacité plus grande et de la facilité qu'on a de se le procurer. En le recouvrant d'un métal inoxydable, on lui donne tous les avantages des autres métaux qu'on serait tenté de lui substituer, à cause de leur résistance à l'action des liquides organiques.

VI. — Les fils capillaires en fer recuit, que nous recommandons pour les autoplasties, ont de $0^{mm},08$ à $0^{mm},10$. Ils sont plus fins que ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour. Ils possèdent une résistance suffisante pour pouvoir être maniés avec sûreté et commodité. Ils ont la finesse d'un cheveu, et sont tellement peu irritants qu'ils sont souvent tolérés sans amener de suppuration. Ils sont, pour ainsi dire, oubliés par les tissus. On peut les multiplier sans inconvénient. Nous les employons généralement sans préparation aucune, c'est-à-dire sans qu'ils soient recouverts d'or ou d'étain. Quand ils doivent séjourner longtemps dans les tissus, il vaut mieux les choisir parmi les fils galvanisés. Dans aucun cas cependant leur oxydation ne nous a paru avoir d'inconvénient sérieux.

VII. — Les fils métalliques doivent, si l'on accepte notre manière de voir, remplacer les fils organiques dans toutes les espèces de suture. Lorsqu'ils sont fins, ils sont passés très aisément à travers les tissus; ils se fixent par un plus grand nombre de procédés que les fils organiques. Leur extraction du milieu des tissus dans les régions profondes (vagin, voile du palais) constitue seule une difficulté réelle; mais cet inconvénient ne peut pas être mis en balance avec leurs avantages. Les fils capillaires sont seuls assez souples pour pouvoir être retirés aisément.

VIII. — Il nous a paru très utile de nous servir de fils de différentes grosseurs pour les diverses parties d'une même plaie. Les fils capillaires sont précieux comme *fils de perfectionnement* dans les autoplasties, lorsqu'on veut obtenir une réunion parfaitement exacte. Dans certaines opérations, il faut employer des fils plus gros, comme *fils de soutien*, pour soutenir et rapprocher la base des lambeaux, dont les bords seront affrontés par les fils capillaires.

IX. — On peut les laisser séjourner plus longtemps dans les tissus que les fils organiques. Ils sont ainsi on ne peut plus précieux pour les plaies dont la réunion s'opère lentement, et dont les bords ont besoin d'être longtemps maintenus en contact.

X. — On les emploie avec avantage comme sétons dans les petits abcès de la face et du cou, là où l'on veut éviter des cicatrices apparentes. On peut aussi s'en servir pour la ligature des artères et des veines. Dans l'opération du varicocèle en particulier, ils permettent la section graduelle du paquet veineux par un procédé très simple.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *Sur la fonction électrique de la torpille*, note de M. *Ch. Matteucci*. — L'auteur croit pouvoir déduire des expériences qu'il a tentées que le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille *est indépendant de la nature des milieux gazeux dans lesquels il est placé*, et que l'organe, soit en repos, soit en activité, n'a sur l'atmosphère aucune action propre et différente de celle d'une matière organique quelconque. Les milieux liquides, au contraire, et même l'eau pure altèrent ce pouvoir électromoteur.

Il rappelle aussi que, depuis bien des années, il a établi que les poisons narcotiques et le curare n'altèrent pas les fonctions électriques de la torpille, et qu'on peut exciter la décharge en irritant les nerfs de l'organe de la torpille empoisonnée, résultat bien différent de celui qu'on obtient en agissant sur les nerfs moteurs et sur les muscles.

En résumant, quant à la théorie de la fonction électrique de la torpille, les expériences dont il s'occupe presque incessamment depuis vingt-quatre ans, M. Matteucci arrive à cette conséquence : L'organe de la torpille est un appareil électromoteur qui fonctionne constamment, à la condition, bien entendu, que la composition chimique et la structure physique de l'organe soient inaltérées : l'action des nerfs est nécessaire pour obtenir la décharge, acte qui consiste très probablement dans une exaltation des états électriques de l'appareil et peut-être aussi dans une adaptation des conditions physiques qui interviennent pour déterminer la décharge.

Après avoir démontré que l'excitation des nerfs de l'organe augmente d'une manière permanente son pouvoir électromoteur, il en résulte que, pour poursuivre avec succès l'étude de cette fonction si extraordinaire, il faut diriger maintenant tous nos efforts sur la composition chimique du tissu de l'organe.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des deux candidats qu'elle est appelée à pré-

Digitized by Google

senter à M. le ministre de l'instruction publique pour la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux), vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite du décès de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

D'après les résultats des deux scrutins, les candidats présentés par l'Académie au choix de M. le ministre de l'instruction publique sont :

En première ligne. . . . . . MM. *Milne Edwards*,
En deuxième ligne . . . . . *Pucheran*.

Hygiène publique. — *De l'influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique*, par M. le docteur *T. Gallard*. — Nous extrayons de ce travail les principaux passages suivants :

C'est parmi les *mécaniciens* et les *chauffeurs* que l'on a cru théoriquement et par induction pouvoir trouver des maladies spéciales. Ces descriptions de maladies bizarres que personne n'a vues, que certainement personne ne verra jamais, ont soulevé les protestations unanimes de tous les médecins des compagnies.

Il résulte d'une statistique dressée par M. le docteur Bisson que les chauffeurs ne sont soumis à aucune maladie spéciale, nerveuse ou autre, résultat soit de l'inspiration du gaz oxyde de carbone, soit de la trépidation de la machine.

Pas plus que les mécaniciens et les chauffeurs, les conducteurs et les gardes-frein, ajoute M. Gallard, ne nous ont présenté de maladies spéciales inhérentes à la nature de leurs fonctions. Il doit cependant faire remarquer que les conducteurs et les gardes-frein ont donné proportionnellement plus de phlegmasies des voies respiratoires que les mécaniciens et les chauffeurs.

Les agents attachés au service de la voie, *gardes-ligne*, *gardes-barrière*, *aiguilleurs*, *poseurs*, etc., sont, au dire de tous les hygiénistes qui ont écrit sur la matière, ceux qui fournissent proportionnellement le moins grand nombre de malades. Cela est parfaitement exact.

La question de la sécurité plus grande des voyageurs que par tout autre mode de transport est de celles qui ne se discutent plus. Quant aux inconvénients qui pourraient résulter pour la santé du voyage en chemin de fer, ce qui a été dit à ce sujet est si peu sérieux, qu'il n'y a vraiment pas à s'en préoccuper : il suffit de bien établir, ce qui est incontestable, que la fatigue est infiniment moindre que par tout autre système de locomotion.

Outre les avantages commerciaux, les chemins de fer impriment d'importantes modifications à l'hygiène alimentaire des habitants des contrées qu'ils traversent, en établissant un échange continuel de denrées entre les pays les plus éloignés. De plus, par le seul fait de leur installation, ils exercent une influence favorable sur la santé des populations riveraines.

En somme donc, les chemins de fer nous offrent le rare et remarquable exemple d'une industrie importante qui, tout en rendant d'immenses services à la civilisation et portant partout l'abondance et la richesse, répand en même temps autour d'elle le bien-être, la santé et la vie.

Mémoires présentés. — M. *le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics*, transmet la première partie d'un travail de M. *Lavocat*, ayant pour titre : Revue générale des os de la tête des vertébrés.

Le mémoire de M. Lavocat est renvoyé à la commission nommée pour un précédent travail de l'auteur sur la composition de la tête osseuse des vertébrés, commission composée de M. Serres et de M. Blanchard, en remplacement de feu M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Thérapeutique. — *Emploi de l'extrait de campêche comme désinfectant des plaies gangreneuses, putrides*, etc., par M. *T.-P. Desmartis*. — Le hasard, ce grand inventeur, nous a conduit à cette petite découverte. Nous avions à soigner des cancéreux qui avaient de vastes plaies ulcéreuses exhalant une odeur des plus nauséabondes ; il nous vint la pensée d'employer, comme astringent, sur ces chairs baveuses, d'un aspect repoussant et d'une fétidité plus repoussante encore, une pommade composée de parties égales d'extrait de campêche et d'axonge. Dès lors toute puanteur disparut, et la purulence fut considérablement atténuée. Nous voulûmes cesser pendant quelques heures seulement l'emploi de notre pommade, et presque aussitôt reparurent les émanations méphitiques et une abondante sécrétion purulente. Ces phénomènes se sont reproduits chez divers malades et d'une manière constante toutes les fois que nous avons renouvelé l'expérience.

L'hématoxylum employé dans des cas de gangrène, de pourriture d'hôpital, fait disparaître le mal comme par enchantement. Nous nous en sommes servi également pour prévenir et arrêter ces érysipèles qui arrivent à la suite des amputations, des blessures, et dont la gravité fait le désespoir des chirurgiens. Sur les cancers ulcérés à exhalaisons fétides caractéristiques, sur les plaies les plus infectes, l'état de putridité disparaît : la propriété du campêche est donc antiputride, antiseptique.

Cette substance a l'immense avantage de pouvoir être mélangée à des médicaments hémostatiques comme l'eau de pin gemmé, l'ergotine, le perchlorure de fer, le persulfate de fer, etc. On peut encore l'employer en poudre et en lotion.

Notons que l'extrait d'hématoxylum n'est réellement soluble que dans l'eau chaude ; cet extrait est fort utilisé pour la teinture et son prix de revient est très minime. (*Comm.* : MM. Payen, Velpeau.)

Médecine. — M. *Vanner* adresse une note Sur l'inflammation considérée comme une embolie d'une portion des capillaires sanguins. L'auteur rappelle à cette occasion des expériences qu'il avait consignées dans une précédente note et qui étaient relatives aux effets d'un changement dans la température pour produire la coagulation du sang. Des expériences ultérieures ont été entreprises dans le but de savoir si le sang une fois coagulé ne pouvait pas, dans certaines circonstances, repasser à l'état liquide. (*Comm.* : MM. Velpeau et Bernard.)

— M. *Jourdanet*, en adressant un opuscule ayant pour titre : L'air raréfié dans ses rapports avec l'homme sain et avec l'homme malade, y joint une indication manuscrite des points sur lesquels il souhaite appeler l'attention de l'Académie. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

Optique. — *Mécanisme de la polyopie monoculaire*, extrait d'une lettre de M. *Giraud-Teulon* à l'occasion d'une réclamation de priorité à laquelle a donné lieu sa note du 28 avril 1862. — L'auteur s'empresse de donner acte à M. Trouessart de ses droits d'antériorité sur l'explication du mécanisme physique de la polyopie monoculaire. Il ne prétend désormais qu'au mérite d'avoir fixé le siége anatomique de l'optomètre naturel auquel sont dus ces phénomènes, ainsi que leurs conséquences physiologiques, à savoir : « l'absence de l'aberration de sphéri- » cité dans le cristallin lors de l'exercice physiologique de la » vision, et leur application à la détermination exacte des » limites de l'accommodation. »

Physiologie. — *Fonctions des branches œsophagiennes du nerf pneumogastrique*, remarques de M. *A. Chauveau* à l'occasion d'une réclamation de priorité de M. *Van Kempen*. — M. Chauveau reconnaît la justesse de la réclamation de M. Van Kempen ; mais la propriété motrice des racines propres du nerf vague est très vivement discutée encore aujourd'hui, et ses expériences ont eu pour but de rechercher de quel côté se trouve la vérité, et d'essayer de fixer définitivement la science sur ce point intéressant de l'étude du nerf vague.

Chimie appliquée. — M. *Martens*, à l'occasion d'une communication récente concernant un effet de la congélation sur les eaux potables, présente un résumé des remarques qu'il a pu faire sur la pureté de l'eau des glaciers. Ses excursions photographiques dans les Alpes lui ont permis de constater que

Digitized by Google

cette eau pouvait être employée dans les opérations où l'on a coutume de faire usage d'eau distillée : l'eau provenant de la neige ne lui a pas paru remplir aussi bien le but.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Ivonneau* (de Blois), *Lassus* (de Moutiers) et *Jacques* (de Lurel. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie et Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Bruguière*, et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Lemonnier*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note tendant à prouver que le vaccin ne provient pas des eaux aux jambes du cheval, par M. le docteur *Girault*. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un pli cacheté déposé par MM. *Calvo, Boutmy* et *Blondeau*. (*Accepté.*)

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. *R. Marjolin*, une notice sur l'hôpital de Rotterdam ;

2° De la part de M. le docteur *la Rivière*, médecin du corps expéditionnaire de Chine, la relation d'une épidémie de variole qui a régné à Tien-Tsing pendant le cours de la dernière campagne.

Lectures.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Trebuchet* lit un rapport sur un travail de M. *Reveil* relatif aux cosmétiques, envisagés au point de vue de l'hygiène et de la police médicale. (Nous avons donné une analyse du mémoire de M. Reveil.)

La commission propose : 1° de remercier M. Reveil de son importante communication ; 2° d'adresser son mémoire au comité de publication ; 3° d'en envoyer une copie à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, en appelant toute l'attention de Son Excellence sur les différentes propositions et observations consignées dans ce mémoire ; 4° de prier M. le ministre d'examiner, indépendamment des autres mesures qui peuvent ressortir du mémoire de M. Reveil et des considérations développées au présent rapport, s'il ne conviendrait pas de faire visiter de temps à autre les laboratoires et magasins des parfumeurs par les écoles de pharmacie ou par les conseils d'hygiène, à l'effet d'y prélever des échantillons de cosmétiques et de les soumettre à l'analyse ; d'imposer aux parfumeurs l'obligation d'indiquer sur étiquettes des cosmétiques qu'ils ne contiennent ni poison ni autre substance nuisible à la santé.

Sur la proposition de M. *Bouley*, la discussion de ces conclusions est ajournée jusqu'à la clôture de la discussion pendante.

Élections.

L'Académie procède par la voie de scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La liste de présentation porte :

En première ligne.	MM. *Sappey*,
En deuxième ligne.	*Giraldès*,
En troisième ligne.	*Verneuil*,
En quatrième ligne.	*Béraud*,
En cinquième ligne.	*Deschamps*.

Le nombre des votants étant 66 et la majorité 34, M. *Sappey* obtient 53 suffrages, M. *Giraldès* 9, M. *Verneuil* 3, M. *Béraud* 1.

En conséquence, M. *Sappey* est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* : J'ai insisté sur ce point, à savoir que, dans l'affaire de Toulouse, il y a eu deux phases : d'abord c'étaient les eaux aux jambes qu'avait la jument vaccinogène ; puis ce n'étaient plus les eaux aux jambes, c'était une éruption pustuleuse, de nature encore indéterminée. Il faut sortir de cette confusion ; il y a une erreur d'un côté ou de l'autre, et cette erreur il faut la chercher.

On a rappelé dans cette discussion la fameuse observation de Brissot ; on me l'a rappelée comme une objection. Je n'insisterai pas sur ce fait ; je ferai seulement remarquer que tous les détails sont en contradiction avec l'hypothèse d'une inoculation de la matière des eaux aux jambes donnant lieu à une éruption vaccinale. Il n'est pas possible qu'une inoculation pareille puisse présenter quinze jours d'incubation. Pour moi, il n'y a eu là qu'une coïncidence. Brissot n'a pas eu de vaccine provenant des eaux aux jambes du cheval qu'il avait ferré ; il a eu sur la main et sur l'avant-bras une éruption de varioloïde.

On a mis encore en avant l'article de Sacco relatif à l'inoculation de la matière du javart produisant la vaccine. Sacco est embarrassé pour expliquer sa doctrine ; il est obligé de décrire quatre espèces de javart, et il attribue au javart *épidémique* la propriété vaccinogène.

Maintenant me voici en face de M. Bousquet. Je suis dans un embarras extrême vis-à-vis d'un collègue qui change si souvent d'avis, niant d'abord que les eaux aux jambes pussent produire la vaccine, puis adoptant l'opinion contraire, et revenant ensuite à sa doctrine primitive, à la négation de la théorie de Jenner.

Quant à moi, je ne puis admettre que le cowpox provienne des eaux aux jambes ; je crois que le cowpox vient de la variole, de la variole des animaux, non encore décrite par les vétérinaires. La clavelée des moutons est, à mes yeux, une variole ; une autre forme éruptive, qu'on observe chez le mouton et qu'on nomme vulgairement *le feu de Saint-Antoine*, est encore une variété de variole, si bien que ces deux éruptions seraient chez le mouton l'analogue du cowpox chez la vache.

Sacco a émis depuis longtemps une opinion identique ; et pour donner toute confirmation à ses idées, il fit un grand nombre d'inoculations du liquide de la clavelée sur des enfants. Les expériences réussirent et provoquèrent chez les enfants une éruption en tout semblable à l'éruption pustuleuse de la variole. Mais M. Bousquet ne veut pas que le virus de la variole et celui de la vaccine soient de même nature et aient la même origine. Il cherche dans ses écrits à établir les différences fondamentales qui existent entre ces deux virus et l'éruption qu'ils produisent. Cependant, en lisant attentivement ses descriptions, il est aisé de voir que les différences invoquées par M. Bousquet sont illusoires et factices, et qu'en réalité les deux affections sont identiques et procèdent de la même origine.

Mais j'ai dit que Sacco avait inoculé le claveau à l'homme ; cette inoculation a produit une éruption purement locale, et le produit de cette inoculation a provoqué lui-même une éruption pustuleuse locale chez l'homme, analogue à celle de la vaccine.

En résumé, le vaccin n'est que la variole des animaux inoculée à l'homme ; avec la variole de l'homme inoculée aux animaux, on peut produire la vaccine ; la variole s'observe chez le cheval, la vache et le mouton. La variole de ces animaux est inoculable d'une espèce à l'autre, et des animaux à l'homme, chez lequel elle produit l'éruption vaccinale. Les eaux aux jambes du cheval sont essentiellement différentes de l'éruption pustuleuse, qui, inoculée à la vache ou à l'homme, produit la vaccine. Les eaux aux jambes sont incapables de produire le cowpox. C'est par erreur qu'on a jusqu'à présent soutenu l'opinion opposée.

M. *Renault* : M. Depaul pense que les vétérinaires sont d'avis que les eaux aux jambes inoculées à l'homme produisent la vaccine. Il y a deux ans, j'ai déjà protesté contre cette opinion. J'ai déclaré que, pour moi, le cheval de M. Corail (de Toulouse) n'avait point les eaux aux jambes, mais une éruption de nature

Digitized by Google

pustuleuse, que les vétérinaires devraient étudier dans l'avenir.

M. *Huzard* : Je ne crois pas non plus que les eaux aux jambes et le javart soient analogues et comparables au cowpox. Je ne crois pas non plus que celui-ci puisse procéder des deux premières affections. Quand la vache contracte le cowpox au contact d'un cheval malade, on peut affirmer, je crois, que ce cheval est atteint d'une affection différente des eaux aux jambes, affection vésiculeuse, de nature spéciale, analogue à la variole, comme vient de l'avancer M. Depaul.

Quant à la clavelée, je ne la crois analogue ni à la variole ni à la vaccine. Sur ce point, je me sépare de l'opinion développée par M. Depaul. J'ai pratiqué à cet égard des inoculations qui ne laissent dans mon esprit aucune place au doute.

M. *Depaul* : Comment M. Huzard a-t-il recueilli le claveau, et de quelle manière l'a-t-il inoculé?

M. *Huzard* : J'ai pratiqué l'inoculation d'une manière directe.

M. *Bouley* : Un fait ressort de l'affaire de Toulouse, c'est une filiation certaine entre la vaccine et les eaux aux jambes du cheval. A ce sujet, on ne saurait trop relire et trop méditer l'excellent écrit de Jenner. Jenner donne le nom de *grease* à la maladie du cheval qui peut, inoculée à l'homme, donner naissance à une éruption semblable à la petite vérole. Cette maladie siége au talon du cheval, et les hommes occupés au pansement des chevaux qui en sont atteints communiquent le cowpox au pis des vaches qu'ils vont traire ensuite. Jenner rapporte ainsi plusieurs observations de cowpox développé sur des vaches par le contact des mains de valets de ferme chargés de soigner des chevaux affectés du *mal des talons*. J'engage M. Depaul à relire le mémoire de Jenner.

M. *Depaul* : Qui a recueilli les faits rapportés par Jenner?

M. *Bouley* : Il n'est plus là pour nous répondre; je ne puis pas le lui demander.

Après avoir émis cette opinion que le cowpox procède d'une maladie des talons chez le cheval, Jenner rapporte une dernière observation encore plus concluante que les autres. Il ajoute dans une note que le cowpox n'existe pas en Irlande, où les vaches sont soignées et traitées exclusivement par des femmes; il dit encore que le cowpox n'existera bientôt plus, parce que les hommes préposés au pansement des chevaux malades prendront des précautions pour ne pas infecter les vaches par un contact impur.

Les observations de Jenner sont authentiques à mes yeux; mais puisqu'elles n'ont pas le privilége de convaincre tous les esprits, il serait à désirer que des expériences nouvelles fussent entreprises dans le but d'éclairer la question difficile de l'origine du cowpox. J'émets donc le vœu que l'École d'Alfort, au lieu d'être purement et simplement une école d'hippiatrique, soit rendue à sa destination première, et qu'elle devienne une sorte de laboratoire où se débattront les problèmes de physiologie et de pathologie comparées.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 6 JUIN 1862.

M. *Guibout*, observation d'un chancre phagédénique de la verge, ayant nécessité son amputation.

M. *Voisin*, vomissements de matières stercorales chez une femme hystérique.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 14 AU 28 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

PÉRINÉORRHAPHIE. — GÉNÉRALISATION D'UN LIPOME. — FRACTURES DU SOURCIL COTYLOÏDIEN. — CAS DE MORT PAR ÉPUISEMENT NERVEUX APRÈS UNE RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

La déchirure du périnée pour laquelle M. Verneuil a fait l'opération dont il a rendu compte, était complète et datait de huit ans. La vulve et l'anus ne formaient qu'une fente commune. Un spéculum américain fut placé dans le vagin, la convexité de la vulve répondant à l'arcade pubienne. La région était ainsi parfaitement accessible et bien éclairée. Les bords latéraux de la déchirure, tendus et d'un abord facile, furent abrasés superficiellement des deux côtés; mais, tandis que M. Verneuil avait soin d'arrêter en arrière l'avivement à un millimètre environ de la muqueuse rectale, il dépassait hardiment les limites de la cicatrice du côté du vagin et de la peau. Les deux surfaces saignantes ainsi obtenues avaient la forme d'un triangle à base cutanée de 3 centimètres. Dans l'avivement du fond de la déchirure, M. Verneuil respecta aussi complétement la muqueuse rectale qu'il l'avait respectée pour les bords latéraux. C'est aux dépens de la muqueuse vaginale seule qu'il obtint une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus d'un centimètre. Il dénuda de la même manière l'éminence médiane, assez semblable à une luette, qui occupait l'angle de la déchirure, et était formée par la saillie de la colonne postérieure du vagin, qui avait échappé à la division de la cloison.

Lorsque l'écoulement sanguin fut arrêté, M. Verneuil fit d'abord la suture du côté du vagin. Il plaça sur la muqueuse vaginale cinq points de suture entrecoupée comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale, c'est-à-dire en traversant la muqueuse à un centimètre du bord avivé et en ayant soin que les fils rampant obliquement sous cette tunique ne réunissent qu'elle seule sans atteindre en aucun point la muqueuse rectale. Les fils de soie, préalablement introduits, servirent à passer des fils d'argent très fins, et lorsque ceux-ci furent serrés et tordus, cette première série de sutures avait reconstitué l'orifice vulvaire. Il restait à reconstituer l'orifice anal et le périnée proprement dit; pour cela une seule suture suffit. Cette suture périnéo-rectale fut faite à l'aide de trois fils métalliques traversant obliquement les bords latéraux de la déchirure, de bas en haut et d'avant en arrière, décrivant une anse contiguë à la muqueuse du rectum, mais n'intéressant pas cette membrane. Ces trois fils échelonnés furent serrés sur la peau de chaque côté de la ligne médiane, à l'aide de bouts de sonde, de façon, en un mot, à constituer une suture enchevillée. — Huit jours après l'opération, les fils furent retirés, la réunion était parfaite et elle s'est parfaitement maintenue.

M. *Verneuil* a fait observer, à propos de ce fait, que la périnéorrhaphie peut être simplifiée et perfectionnée, comme l'a été celle-ci, par l'application de quelques moyens employés surtout à la réunion des fistules vaginales. L'emploi des fils métalliques et du spéculum univalve lui semble des plus avantageux. La suture rectale ne lui paraît pas nécessaire, et en n'intéressant en aucun point la muqueuse du rectum dans l'avivement comme dans le passage des fils, on évitera l'atrésie ou le ténesme de l'anus. Quant aux débridements conseillés par Dieffembach, pour assurer la réunion, M. Verneuil ne les juge point nécessaires. Il rejette aussi les sections du sphincter anal, conseillées par Baker-Brown, et n'adopte pas davantage l'opération complémentaire proposée par Langenbeck, et qui consiste à disséquer la muqueuse vaginale et à la descendre en tiroir pour la coudre au périnée. Toutes ces opérations, qui sont dangereuses, sont heureusement rendues inutiles, au moins dans la grande majorité des cas, par le perfectionnement apporté aux avivements et aux sutures, c'est-à-dire à l'opération fondamentale.

Digitized by Google

— M. *Broca* a communiqué l'observation d'un homme mort à Bicêtre d'une laryngite ulcéreuse, et sur lequel on avait compté 2080 lipomes, les uns cutanés, les autres sous-cutanés. Cet homme avait, en 1823, un lipome *unique* pesant environ 5 livres et siégeant à la hanche. Cette tumeur fut enlevée par Beauchêne, et cinq mois après le malade vit se développer sur toute la surface de son corps un grand nombre de tumeurs lipomateuses. On trouva à l'autopsie des tumeurs graisseuses dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, dans la gaine de la carotide et jusque dans l'épaisseur des valvules du cœur. Il y en avait aussi autour du larynx. Les parois musculaires de l'œsophage avaient subi la dégénérescence graisseuse, et il existait une infiltration de graisse d'un centimètre d'épaisseur dans le pylore. La présence des tumeurs adipeuses dans les organes internes, et le nombre inouï de lipomes qui se sont formés successivement dans la peau après l'ablation d'un premier lipome d'abord parfaitement isolé sont autant de circonstances qui ont engagé M. Broca à considérer ce fait comme un cas de généralisation d'une production accidentelle qu'on ne croyait pas jusqu'ici susceptible de suivre cette marche. Ainsi, on pourrait placer le lipome dans l'ordre des tumeurs déjà nombreuses qui sont capables de se généraliser sans qu'elles aient aucun rapport anatomique avec le cancer. Aux tumeurs fibro-plastiques, aux enchondromes, aux tumeurs fibreuses, il faudrait maintenant ajouter les lipomes, puisqu'ils peuvent aussi récidiver dans toute l'économie. Toutefois, M. Richet s'est refusé à admettre le fait de M. Broca comme un exemple de *généralisation;* pour lui, il s'agit ici d'une *diathèse lipomateuse*, car rien ne prouve qu'au moment de la première opération le malade n'ait eu réellement qu'un seul lipome, rien ne le prouve, excepté l'affirmation du malade, qui a pu ne pas se douter de la présence sous sa peau d'un certain nombre de petites tumeurs de la même nature que celle qu'il faisait enlever.

— Dans l'une des précédentes séances, M. *Richet* avait présenté une pièce anatomique recueillie sur un homme qui, plusieurs mois auparavant, avait eu une luxation sus-pubienne du fémur réduite par M. Béraud. Il ne fut pas peu surpris de trouver le ligament rond intact, quoique un peu allongé. De déchirure de la capsule il n'y en avait plus de traces; mais on voyait réuni au reste de l'os iliaque, par un cal assez récent, un grand fragment qui comprenait les deux épines iliaques et tout le sourcil cotyloïdien. Il y avait donc eu une fracture compliquant une luxation incomplète, et cette fracture ne s'était traduite par aucune crépitation et n'avait pas empêché la réduction de se maintenir. Le plus souvent les choses ne se passent pas aussi heureusement, et M. Richet a observé trois cas de fracture du sourcil cotyloïdien qui ont été caractérisés tous par la récidive de la luxation. Sur ces trois cas, il s'est rencontré deux luxations ischiatiques et une luxation dans la fosse iliaque externe. La crépitation que M. Malgaigne a indiquée théoriquement comme un symptôme des luxations de la hanche compliquées de fractures n'a été perçue dans aucun cas. La réduction a été facile, sauf dans l'une des luxations ischiatiques : elle s'est opérée sans soubresaut et sans claquement articulaire. Enfin la luxation s'est toujours reproduite malgré toutes les précautions prises pour prévenir cet accident, malgré l'application de l'appareil à extension continue de Boyer, que M. Richet considère comme le meilleur. Tous les malades ont gardé une difformité et de la claudication. Ajoutons encore que la pression bilatérale sur les grands trochanters n'a pas mieux réussi que l'extension continue à maintenir la réduction et que la ceinture de Schmit a échoué comme l'appareil de Boyer.

— Dans la séance même où M. Dolbeau a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie, M. Trélat a rendu compte au nom de son collègue d'une opération dont l'issue funeste ne peut être attribuée qu'à une sorte d'épuisement nerveux. L'opérée était une fille de sept ans atteinte d'une tumeur ostéo-cartilagineuse du maxillaire supérieur. Cette enfant n'était nullement affaiblie avant l'opération ; sa santé était bonne ; mais comme la tumeur faisait des progrès rapides, qu'elle se compliquait déjà d'exorbitis, et que du reste elle n'était pas de nature maligne, l'intervention chirurgicale était complétement justifiée. La résection du maxillaire fut faite par M. Dolbeau sans qu'aucun accident vînt entraver la marche de l'opération; il n'y eut que peu de sang perdu ; mais comme on faisait respirer très peu de chloroforme, la malade souffrait. L'opération avec les sutures qui la terminèrent fut forcément un peu longue. A peine reportée dans son lit, la petite malade eut une syncope qu'on ne put combattre, et elle succomba. On ne trouva à l'autopsie aucun caillot sanguin ni dans l'estomac ni dans le larynx. Comme on ne peut accuser de la mort ni l'hémorrhagie ni le chloroforme, il est naturel de l'attribuer à l'épuisement nerveux déterminé par une douleur trop longtemps prolongée. Aussi ne doit-on pas hésiter à chloroformiser les enfants quand ils ont à subir une opération de quelque durée, et si cette opération est faite au fond de la bouche et qu'elle expose à avaler du sang, comme il faut alors que l'anesthésie soit très légère, il serait bon de laisser au petit malade un temps de repos après les différentes phases de l'opération. Non-seulement le chloroforme est utile dans les opérations ordinaires, parce qu'il fait disparaître la douleur, mais encore, ainsi que l'a dit M. Giraldès, parce qu'il délivre l'opéré de la frayeur, qui peut être si funeste chez de jeunes enfants.

M. *Blot*, pourtant, ne serait pas éloigné de croire que l'épuisement nerveux puisse arriver malgré le chloroforme, et il se fonde sur ce qu'un certain nombre de malades soumis aux inhalations anesthésiques donnent des signes non équivoques de douleur. Quoiqu'à leur réveil ceux-là affirment qu'ils n'ont rien senti, ils ont souffert, mais ils ont perdu le souvenir de leur souffrance.

D^r P. CHATILLON.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie, par F.-A. LONGET, 2 volumes grand in-8. Paris, 1861, Victor Masson et fils.

Le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de M. Longet s'est complété par la publication d'un dernier fascicule, et l'impatience des nombreux souscripteurs de cet important ouvrage, se trouve aujourd'hui pleinement et heureusement satisfaite.

Le livre de M. Longet a débuté exceptionnellement par le second volume; le dernier fascicule paru termine le premier volume, et il renferme en même temps l'introduction, qui devra se placer en tête de l'ouvrage. Mais cette interversion dans la publication est restée sans inconvénients, car on n'en saurait trouver de traces autrement que par la date de l'apparition des diverses parties; le livre forme un tout complet et homogène, et forme un des plus précieux monuments élevés dans ces dernières années à l'étude de la physiologie.

Cette science, il est vrai, s'enrichit chaque jour de nouvelles découvertes, et l'on pourrait craindre, à l'inverse de ce qui est d'habitude, que le premier volume, le dernier paru, fût plus que le second au niveau de l'état des connaissances physiologiques; mais il ne faut pas oublier que l'on a déjà fait paraître une seconde édition du second volume, en y plaçant les travaux entrepris depuis l'origine de la publication de son livre.

Le nouveau fascicule, outre l'introduction, renferme l'histoire de la circulation, des sécrétions, de la nutrition et de la chaleur animale.

Digitized by Google

Avant d'étudier la circulation, il fallait commencer par l'étude du sang et par déterminer la valeur physiologique des divers éléments qui constituent ce liquide. Le plus important est sans contredit le globule rouge. Ce petit disque, aplati au centre et circulaire chez l'homme, elliptique chez les oiseaux et les poissons, ovalaire chez les caméliens, renferme un noyau suivant quelques micrographes, n'en renferme pas suivant les autres. Il semble, au premier abord, que rien ne devrait être plus facile que cette détermination, et cependant que de doutes existent encore, même pour l'histologie normale des éléments les plus simples!

M. Longet parait se ranger à l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, celle qui admet la présence d'un noyau dans les globules de l'embryon, son absence dans le globule de l'adulte.

Mais on est heureusement un peu plus d'accord sur l'importance physiologique des éléments du sang (et il était important de connaître auquel de ces éléments ce liquide doit ses propriétés vivifiantes), quand on voit que chez l'homme ou l'animal épuisé par une abondante hémorrhagie l'injection d'une quantité de sang nouveau, bien inférieure d'ailleurs à celle qui a été perdue, ramène la vie presque éteinte. A cet égard, les expériences de Prévost et Dumas ont appris que c'est aux globules qu'il faut la rapporter, qu'une injection de sérum pur ne fait pas plus d'effet qu'une injection d'eau tiède; mais que si, au contraire, on injecte du sang privé de sa fibrine par le battage, et conservant ses globules, l'animal est rappelé à la vie.

Cette transfusion du sang, dont on abusa tant jadis, qu'il fallut pour en empêcher l'abus un arrêt du parlement, est encore aujourd'hui, entre les mains de chirurgiens sages et expérimentés, un de ces moyens héroïques qui peuvent ranimer une existence près de s'éteindre par suite d'une hémorrhagie brusque et abondante. La précaution la plus importante, et ce qui préoccupe le plus les opérateurs dans ces circonstances, est d'empêcher la coagulation du sang retiré de la veine du sujet bien portant; dans la croyance généralement adoptée que l'abaissement de température est une des raisons qui facilitent ce changement, on cherchait par tous les moyens possibles à empêcher le refroidissement du liquide vivifiant; M. Malgaigne, au contraire, recommandait de chercher, non à élever, mais à abaisser la température dans une certaine mesure. M. Longet montre que la coagulation est accélérée, mais d'une manière irrégulière, par une température un peu haute. A 0 degré, la coagulation, d'après John Davy, est retardée d'une heure; elle a lieu plus vite à 30 qu'à 20 ou 25 degrés, mais moins vite à 38 qu'à 25 degrés; il semble qu'il y ait une limite au delà et en deçà de laquelle la coagulation est moins rapide.

Après avoir étudié le liquide en circulation, les modifications physiologiques et pathologiques, M. Longet arrive à l'histoire de la circulation proprement dite, qu'il examine d'abord dans les différents degrés de la série animale. Depuis quelques années, cette partie de la physiologie a fait des progrès rapides, grâce surtout aux expériences si remarquables et si concluantes d'un de nos jeunes physiologistes, M. Marey, qui a su conquérir une place distinguée parmi les expérimentateurs les plus ingénieux et les plus habiles. Ses travaux se trouvent rapportés, dans leurs parties essentielles, dans cette portion du livre du professeur de physiologie, et ajoutent encore, par leur actualité, à l'intérêt que commande à toutes ses pages le traité du professeur si éminent de la Faculté.

La cause des mouvements du cœur a été diversement interprétée par les physiologistes. Pour Haller, le sang serait le stimulus normal et toujours renouvelé des contractions du cœur, et le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule était la cause de la succession régulière des mouvements de ces deux cavités; pour d'autres, la périodicité rhythmique des mouvements cardiaques dépendrait d'intermittences dans la circulation des vaisseaux propres à cet organe. Le sang n'entre, disent-ils, dans les artères coronaires qu'après l'abaissement des valvules sigmoïdes; lorsqu'il a rempli le tissu du cœur du stimulus indispensable, la systole arrive, et la compression exercée par les fibres musculaires contractées chasse de nouveau le stimulus et amène la diastole. Mais, sans nier l'influence du sang comme stimulant normal, ces théories tombent devant les faits qui montrent les battements du cœur de certains reptiles, arraché de la poitrine, se continuant pendant plusieurs heures.

On ne saurait plus nier aujourd'hui que les mouvements du cœur ne soient sous l'influence du système nerveux; mais est-ce l'encéphale qui doive être regardé, avec Blanc et Prochaska, comme la source unique de la puissance nerveuse? ou vient-elle, comme le voulait Piccolomini, par l'intermédiaire des pneumo-gastriques? Réside-t-elle dans une partie limitée de la masse encéphalique, le cervelet d'après Willis? Doit-on, au contraire, donner raison à Legallois, qui fait résider dans la moelle épinière le principe des mouvements du cœur? Ou bien chacune de ces théories, sans être complète et exclusive, est-elle l'expression d'une partie de la vérité? C'est ce qui semble ressortir de l'exposé des faits et des expériences. M. Longet arrive à cette conclusion que, s'il n'existe aucun argument irrécusable en faveur de la non-influence de la moelle sur les mouvements du cœur chez l'adulte; si, au contraire, des faits multipliés établissent l'intervention plus ou moins prochainement nécessaire de ce centre nerveux pour l'entretien de la circulation, on peut dire que les relations physiologiques toutes spéciales qui existent entre la moelle allongée et le cœur sont établies par l'entremise des pneumogastriques.

M. Longet formule ainsi cette proposition : « La moelle » allongée, aidée du grand sympathique, est la source principale, mais non exclusive, de l'*action excito-motrice* ou positive qui fait contracter le cœur; la moelle allongée, aidée » des troncs mixtes des pneumogastriques, est la source principale, mais non exclusive, de l'*action antagoniste* ou négative » qui a pour effet de contribuer au rhythme du cœur en mettant cet organe dans le relâchement après chaque révolution » complète. »

Mais de toutes les parties de la physiologie de la circulation, celle qui a le plus vivement préoccupé, et cela depuis longtemps, non-seulement les physiologistes, mais encore et surtout les médecins, c'est le rapport entre les mouvements du cœur et les bruits qui coïncident avec quelques-uns des temps d'une révolution cardiaque complète. Cette question est, en effet, une des plus importantes de celles que soulève l'histoire de l'itinéraire du sang au travers des canaux qui le reçoivent et le font progresser, car elle intéresse au plus haut point l'art médical dans la détermination diagnostique de la valeur des bruits cardiaques anormaux.

Nous n'avons pas à rappeler, même sommairement, toutes les théories qui ont été proposées; l'une de celles qui, par le mérite de son auteur et par son apparente justification, par des expériences et par l'étude anatomo-pathologique de quelques lésions, a eu le plus de retentissement est la théorie de M. Beau. Pour ce médecin, aussi habile que consciencieux, la diastole coïncide avec le premier bruit et avec le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique. M. P. Bérard, le prédécesseur de M. Longet dans la chaire de physiologie à la Faculté, inclinait visiblement vers les idées de M. Beau, et peut-être se serait-il prononcé ouvertement en leur faveur si une acceptation formelle ou un rejet motivé avait été davantage dans les habitudes du critique si savant et si lucide dans ses expositions.

M. Longet, avec la plupart des physiologistes actuels, professe que la systole coïncide avec le choc du cœur, et il a pu, il y a quelques jours seulement, donner aux nombreux élèves qui se pressent autour de lui une démonstration irréfutable de la vérité de la théorie qu'il adopte. M. Chauveau, l'habile expérimentateur de l'École vétérinaire de Lyon; M. Marey, avec

Digitized by Google

ses ingénieux appareils, avaient prêté leur concours au professeur de la Faculté. On nous pardonnera de rapporter ici cette expérience, qui a vivement impressionné et convaincu, nous le pensons, tous ceux qui en ont été les témoins.

M. Chauveau introduit dans la jugulaire d'un cheval un tube qu'il enfonce jusque dans le ventricule droit. Ce tube, rigide dans toute la partie qui répond aux vaisseaux, est partagé en deux canaux indépendants l'un de l'autre et d'inégale longueur. A son extrémité cardiaque, il porte deux renflements séparés par un léger rétrécissement. Le renflement inférieur, formé par une boule de caoutchouc creuse et élastique, répond à la cavité ventriculaire. Le rétrécissement correspond aux valvules tricuspides, et il est assez mince pour ne gêner en rien le jeu de ces valvules, qui se referment sur lui et l'embrassent étroitement pendant la systole ventriculaire. Or, ce renflement n'est que l'extrémité d'un long canal qui, sorti de la jugulaire, se continue par un long tube de caoutchouc, et l'on conçoit facilement que la pression du ventricule sur le renflement élastique se traduira par une dilatation synchronique à la systole, sensible dans toute l'étendue de ce tube. Le second renflement plonge dans l'oreillette droite seulement, et par la même raison traduit en dilatation la contraction auriculaire.

Un troisième tube portant aussi un renflement terminal est enfoncé, par une plaie faite au côté gauche du thorax, jusque dans la poitrine, et son extrémité renflée est placée entre la pointe du cœur et la paroi thoracique. Chacun de ces tubes vient se rendre à l'appareil enregistreur de M. Marey, de telle façon que le soulèvement des leviers indique d'une manière précise, mathématique, la quantité de pression, sa durée, son moment absolu et relatif, et vient l'inscrire sur le papier que porte l'appareil.

Or, l'expérience faite devant plusieurs centaines de spectateurs, continuée pendant plusieurs heures (car le cheval ne semble pas bien troublé de ces opérations, faites par M. Chauveau avec une remarquable habileté), a montré à tous : 1° que le levier que nous appelons auriculaire se soulevait avant le levier ventriculaire et beaucoup moins que lui; 2° que le levier précardiaque se soulevait en même temps que le ventriculaire ; en un mot, que la pression plus grande, le choc si l'on veut, du cœur coïncide manifestement avec la systole des ventricules.

Les recherches sur l'élasticité des artères, la tension artérielle, le pouls et ses modifications, les bruits artériels, sont rapportés dans les pages suivantes, et l'on peut dire que la mécanique a rendu ici un immense service à la physiologie. Piezomètre de Bernouilli et de Hales, hémomètre de Magendie, manomètres de Poiseuille, de Wolkmann, manomètre différentiel de Cl. Bernard, le kymographion de Ludwig, sont aujourd'hui dépassés de beaucoup par le sphygmographe de M. Marey. Non-seulement M. Longet rapporte toutes ces expériences qu'il a contrôlées, mais il en tire des conclusions nouvelles et les explique à tous par les dessins des appareils et les tracés graphiques que renferme son livre.

Léon Le Fort.

(*La fin prochainement.*)

V

VARIÉTÉS.

Un service funèbre a été célébré mercredi dernier, au Val-de-Grâce, en l'honneur de Ludger-Lallemand, médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique, mort victime de la fièvre jaune à la Vera-Cruz. La médecine militaire, le corps enseignant du Val-de-Grâce, la presse médicale, l'association générale des médecins de France, dont Ludger-Lallemand était secrétaire, le corps des officiers généraux, l'intendance et l'administration militaires, avaient répondu à l'invitation de M. Michel Lévy, directeur de l'École du Val-de-Grâce, à laquelle notre regretté collègue appartenait comme professeur agrégé.

— M. le docteur Pamard père s'est désisté de l'action qu'il avait intentée contre M. Bérardi, directeur de l'Indépendance belge. Les conclusions déposées à cet effet par l'avoué de M. Pamard portent que celui-ci « ne veut pas, en insistant sur la plainte, substituer à une question d'intérêt personnel une question de droit intéressant toute la presse européenne. » M. Bérardi avait fait plaider, en effet, l'incompétence des tribunaux français.

— M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, reprendra ses conférences cliniques jeudi prochain à neuf heures, et les continuera les jeudi suivants.

— Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est ouvert le 2 juin.

Les membres du jury sont MM. Desgranges, Berne, Rollet, Barrier, Pétrequin, Bouchacourt, Valette, Diday, Rodet, Girin, Teissier et Arthaud.

Les candidats sont MM. Boucaud, Dron, Gayet, Laroyenne et Letiévant.

— Le grand prix quinquennal fondé en Belgique pour les sciences médicales vient d'être accordé, pour la période du temps comprise entre 1856 et 1861, à M. van Kempen, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Louvain, pour son ouvrage d'anatomie générale.

— Par décret du 24 mai 1862 ont été nommés dans le corps médical de la marine impériale :

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. Golfier, Coignet, Hernault et Lallour, pour Brest; Merlin et Ricard, pour Toulon; Riché, Lucas et Delasalle, pour Brest; Cunéo et Romain, pour Toulon; Cauvin, pour les établissements de la côte occidentale d'Afrique.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Crouzet, pour le Sénégal; Veillon, pour la Guyane; Dumas, pour la Guadeloupe; Charbounié, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, pour le Sénégal; Texier, pour Brest; Batby-Berquin, pour la Guadeloupe; Lignières, Gandaubert, Lepord et Jobard, pour Brest; Léonard, pour le Sénégal; Denoix, pour Brest; Blanchard, pour Rochefort; Berger, aide-major aux tirailleurs sénégalais, pour le Sénégal; Moinet, pour Brest; Granger, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon; Franc et Jubolin, pour le Sénégal.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Méry, Despetis, Armand, Mesny, Danguy et Desdeserts, pour Brest; Jossic et Combeaud, pour Rochefort; Oré, pour la Guyane; Rit, Doué, Bestion, Chambeiron et Latière, pour Toulon; Roux, pour la Martinique; Pérès, Borius, Vincent, Jardon et Bouvier, pour Brest; Ferrard, pour Rochefort; Talmy, pour le Sénégal.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Thèses.

Thèses subies du 14 au 21 mars 1862.

41. Frémineau, H., né à Paris. [*Des déviations utérines et de leur traitement.*]

42. Martinet, Alfred-Emmanuel, né à Piney (Aube). [*De l'empoisonnement aigu par le phosphore.*]

43. Sergent, Lucien-François, né à Saint-Bonnet-en-Bresse (Saône-et-Loire). [*De l'hépatite aiguë spontanée. Observations et commentaires.*]

44. Charpentier, Louis, né à Tannay (Nièvre). [*Du traitement des rétrécissements de l'urèthre.*]

45. Colombel, Henri, né à Paris. [*Recherches sur l'arthrite sèche.*]

46. Bennies, R.-E.-V., né à Lectoure (Gers). [*De l'encéphalopathie saturnine.*]

47. Duran, Adolphe, né à Lunax (Haute-Garonne). [*Anévrysmes spontanés.*]

48. Desjardin, Léon-C., né à Mauvages (Meuse). [*De la délivrance artificielle.*]

49. Bané, Émile, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*De l'asthme.*]

50. Roves (de), Crescencio, né à Vera-Cruz (Mexique). [*De l'apoplexie de la rétine.*]

51. Souza (de), João-Alvares-Soares, né à Rio de Janeiro (Brésil). [*Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 13 JUIN 1862. — N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Sur les eaux de Paris, étudiées principalement au point de vue de l'hygiène publique. — II. **Travaux originaux**. Médecine pratique : Recherches sur une forme particulière de pneumonie chronique. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux**. Formule d'un sirop fébrifuge laxatif. — Cas de pleuro-pneumonie terminée par un abcès à la région lombaire. — V. **Bibliographie**. Traité de physiologie. — VI. **Variétés**. — VII. **Feuilleton**. Archéologie chirurgicale : Histoire de la périnéorrhaphie. — Jacques Guillemeau. — Observatio princeps.

I

Paris, 12 juin 1862.

SUR LES EAUX DE PARIS, ÉTUDIÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Suite et fin. — Voir les nos 11, 15, 17, 19 et 23.

Quelque zélé séquaniste que l'on soit, on est bien forcé de convenir que, si l'eau de Seine est à peu près irréprochable dans sa composition chimique, elle laisse fort à désirer quant à ses propriétés physiques; qu'elle est très variable dans sa limpidité, plus variable encore dans sa température; qu'elle a besoin d'être échauffée en hiver, rafraîchie en été et clarifiée en toute saison. Il est donc permis de dire sans exagération, comme sans injustice, que cette eau, qu'on ne peut boire sans une préparation préalable qui l'amende, qui la purifie, qui la dépouille de sa tache originelle, n'est pas encore le type de l'eau potable telle que la réclame rigoureusement l'hygiène, telle qu'elle convient à la consommation d'une grande cité, telle enfin qu'il la faut pour satisfaire aux conditions du programme posé par l'édilité parisienne.

L'eau des sources champenoises est-elle mieux douée sous tous ces rapports que l'eau de la Seine? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Si l'on en croit les adversaires du projet municipal, les séquanistes à outrance, il n'est point de pire eau que celle de la Vanne, de la Somme-Soude et de la Dhuis. Celle de la Dhuis surtout est ce qu'il y a de plus malfaisant et de plus détestable au monde. On en jugera par les reproches suivants :

Les eaux des nappes souterraines de la Champagne sont dures, crues, et tellement saturées de sels calcaires, que le résultat de l'épreuve hydrotimétrique en est à peine croyable, 40 degrés! Séléniteuses et mal aérées, elles sont en tout point semblables aux eaux de puits; elles offrent leurs inconvénients et leurs dangers; elles sont impropres à l'usage alimentaire, au savonnage, aux diverses industries; elles infectent de goîtres les populations qui en font usage; elles sèment sur leur passage la carie dentaire, la dyspepsie, les lésions

FEUILLETON.

Archéologie chirurgicale.

HISTOIRE DE LA PÉRINÉORRHAPHIE. — JACQUES GUILLEMEAU. OBSERVATIO PRINCEPS.

Lorsque je vois des mémoires volumineux, des traités splendidement illustrés écrits sur une vieille médaille déterrée dans une fouille et représentant l'auguste profil d'un César oublié — sur quelques tronçons d'une pierre contemporaine de Périclès et dont les arêtes sont rongées par le temps, — sur le fémur d'un ichthyosaure quelconque, — ou bien sur une inscription dont les traits confus courent les uns après les autres, je suis pris de vénération et de respect pour la patience ou la sagacité des archéologues; mais en même temps je ne puis me défendre d'un sentiment de honte et d'humilité en constatant la déplorable infériorité dans laquelle restent, sous ce rapport, les médecins, qui pourtant veulent aussi prendre rang parmi les savants. Nous possédons cependant nos monuments aussi; ils sont conservés et intacts. Pour les connaître et les interpréter, pas n'est besoin d'être élève de l'École des Chartes, ni paléontologue, ni de s'être longuement initié par des labeurs spéciaux et pénibles; il suffit simplement de savoir lire. Et néanmoins notre ignorance ou notre indifférence ferait croire que la méditation sur les origines de notre art est très malaisée ou très inutile. J'accorde qu'il est bien pénible, sinon impossible, de lire tout ce qui a été écrit sur un sujet, et j'admets qu'on peut ignorer un travail ou une observation perdus dans quelque obscur recueil; mais, lorsqu'une question commence à une époque précise, qu'un fait se trouve dans un livre connu, facile à consulter, je ne comprends guère qu'on n'ait pas la curiosité de remonter jusqu'à la source. Je ne trouve point d'excuse, surtout pour ceux qui, écrivant des livres classiques ou des monographies spéciales, ne se donnent

organiques de l'estomac, les affections strumeuses et cancéreuses; et même, suivant le témoignage de M. le docteur Mignot (de Viels-Maisons), elles ne seraient pas étrangères à la production des cataractes nombreuses qu'il rencontre dans les populations riveraines. On ne peut donc que déplorer l'aveuglement de ceux qui s'obstinent à aimer et à vanter ces eaux maudites.

Si encore elles pouvaient s'améliorer dans leur trajet! Mais non! On leur ôte tout moyen d'acquérir de bonnes qualités et de se dépouiller des principes malfaisants qu'elles renferment. Emprisonnées avec des précautions minutieuses dans des aqueducs hermétiquement fermés, les eaux dérivées ne seront pas soumises à la triple influence de l'air, du soleil et de la lumière; elles arriveront à Paris sans avoir *respiré*. S'imagine-t-on, d'ailleurs, que ces eaux, qu'on ira prendre à 40 et 50 lieues d'ici, puissent se soustraire à l'influence des milieux ambiants et parvenir jusque sur nos tables à la température de 12 degrés, qu'elles avaient à leur point de départ?

Tel est, en résumé, l'acte d'accusation dressé par les séquanistes contre les eaux des sources champenoises. En somme, ce sont les plus vilaines eaux de la terre; elles ont tous les défauts; elles n'ont aucune qualité, ou plutôt on leur en laisse une par grâce, c'est la *limpidité*. Sous ce rapport, leur réputation est intacte et sans tache. Mais qu'est-ce, dit-on, qu'une semblable pureté, qui couvre tant d'imperfections et qui dissimule tant de vices! *Perfide comme l'onde de la Dhuis*, dira-t-on désormais.

Et les antiséquanistes et les partisans de la dérivation de crier à la calomnie, et de produire maintes analyses chimiques, maints documents scientifiques pour démontrer l'inanité des plaintes de leurs adversaires et l'iniquité de leurs accusations.

L'eau des sources champenoises, disent-ils, est d'une limpidité constante et inaltérable, que ses ennemis même ne peuvent contester. Sa température se maintient, en toute saison, entre 10 et 12 degrés centigrades; si bien qu'elle peut être livrée aux consommateurs telle qu'elle sort du sein de la terre, sans nul apprêt, sans aucune préparation préalable, qui doive la clarifier ou en modifier la température, suivant l'état de l'atmosphère ou l'époque de l'année.

Cette eau, disent encore les promoteurs et les partisans du projet municipal, tient en dissolution des quantités d'air, d'oxygène et d'acide carbonique, qui ne diffèrent pas sensiblement de celles que renferme l'eau de la Seine.

Enfin, indépendamment des qualités physiques qui la distinguent entre toutes, elle n'est en rien inférieure, quant à sa composition chimique, aux eaux potables les plus justement renommées.

Et ce ne sont point là, comme on a cherché à l'insinuer, de pures assertions, des fictions inventées à plaisir, des qualités imaginaires gratuitement prêtées aux eaux de la Champagne par des hydrauliciens fantaisistes, par des chimistes improvisés ou par quelques esprits atteints de je ne sais quel chauvinisme municipal. Les eaux de la Champagne ont été étudiées et analysées par les hommes les plus compétents, par des chimistes éminents, par M. Boussingault, par M. Pelouze, par M. Poggiale, par M. Mangon et par M. Belgrand.

« L'eau de la Dhuis, que j'ai puisée moi-même à la source, dit M. Poggiale, est légèrement opaline, mais par le repos elle devient limpide et incolore. Elle a une saveur agréable, fraîche et pénétrante. Sa température est de 13 degrés.

» Cette eau dissout bien le savon, bleuit légèrement le papier rouge de tournesol, se trouble par l'ébullition et laisse dégager de l'air et beaucoup d'acide carbonique; elle donne avec l'eau de chaux un précipité blanc de carbonate de chaux et de magnésie.

» A l'hydrotimètre, l'eau de la Dhuis marque 23°,50.

» Le bicarbonate de chaux, continue M. Poggiale, forme les trois quarts environ des principes fixes contenus dans l'eau de la Dhuis. C'est une condition heureuse, puisque ce sel est considéré comme indispensable à la formation des os. Du reste, cette eau en perdra probablement une partie dans son parcours de la Dhuis à Paris.

» L'eau de la Dhuis contient moins d'air et moins d'oxygène que l'eau de Seine; mais si l'aqueduc est aéré, elle dissoudra dans son parcours un volume plus considérable d'air.

» L'eau de la Dhuis ne contient que des traces presque insensibles de matières organiques.

» On n'y a pas pas trouvé d'ammoniaque.

» Elle ne renferme qu'une faible proportion de chlorures, et la quantité de sulfate de chaux est si faible qu'on a éprouvé quelques difficultés pour le doser.

» On y a constaté, comme dans l'eau de Seine, la présence de l'iode. »

Ainsi parle M. Poggiale.

En lisant les résultats de cette analyse, faite par un savant consciencieux, par un chimiste habile, résultats qui concordent très bien avec ceux qu'ont obtenus MM. Boussingault, Pelouze et Mangon, peu s'en faut qu'on ne soit disposé à re-

---

pas la peine de regarder au moins la première pierre sur laquelle s'appuie l'édifice qu'ils élèvent.

Il existe, pour un certain nombre de sujets, un premier fait qu'on pourrait appeler *observatio princeps* et que tout chirurgien qui écrit devrait connaître, comme tout historien sait que Henri IV fut le chef de la dynastie des Bourbons. Cette exigence n'est pas exorbitante et semble même toute naturelle, et cependant il est facile de prouver, à en juger par la manière dont on les cite, que ces faits majeurs ne sont presque jamais connus des faiseurs de livres gros ou petits.

La preuve va s'en trouver dans ce qui va suivre.

La périnéorrhaphie est une opération usuelle, assez facile à pratiquer, réussissant assez souvent, exposant peu la vie et guérissant radicalement une infirmité désolante. C'est un des fleurons de la médecine opératoire, et c'est une vraie gloire pour la chirurgie du pays qui l'a vue naître. On s'accorde à décerner à notre Guillemeau l'honneur de l'avoir, le premier, décrite et mise en pratique avec bonheur. Les œuvres de Guillemeau sont partout dans les grandes bibliothèques et presque partout dans les petites. L'*observatio princeps* se trouve à la page 334 des *Œuvres de chirurgie*, in-folio, Rouen, 1649, et il y a bien dix ans pour le moins que je l'y ai lue pour la première fois à une époque où je n'étais guère écrivain: comment donc expliquer la négligence, pour employer un substantif poli, avec laquelle nos auteurs en ont parlé?

Encore si ce passage était obscur, écourté, insignifiant, s'il fallait torturer le texte pour en pénétrer le sens, je m'expliquerais qu'il ait été dédaigné; mais il n'en est rien, c'est un de ces récits explicites, quoique concis, comme on a plaisir à en retrouver quelques-uns dans les vieux maîtres. C'est à peine si j'ose le reproduire, et cependant il faut bien m'y résoudre pour que les futurs auteurs de médecine opératoire aient le soin d'en tenir plus de compte et de le traiter moins cavalièrement à l'avenir.

« Il arriue quelques fois, dit Jacques Guillemeau, que tout le » perineum ou entre-fesson est fendu iusques au siége, et que

Digitized by Google

garder l'eau de la Dhuis comme le type, comme la perfection des eaux potables. Et pourtant c'est la Dhuis qui a été en butte aux accusations les plus ardentes de la part des adversaires du projet municipal ; c'est elle surtout qu'on a dénoncée comme une sorte de rivière empoisonnée qui, au lieu de répandre dans Paris la santé, la force et la vie, viendra semer dans ses murs tous les fléaux sortis de la boîte de Pandore, frapper les hommes dans leur intelligence et les femmes dans leur beauté, transformer enfin le peuple le plus vif, le plus aimable et le plus spirituel de la terre en une population abâtardie et dégénérée, en un misérable troupeau de goitreux et de crétins !

Assurément les eaux de la Dhuis ne méritaient point de reproches aussi durs. Il suffira de jeter les yeux sur le tableau suivant, renfermant l'analyse comparative des eaux champenoises et des eaux de Seine, pour se convaincre de de l'exagération des anathèmes lancés par les séquanistes.

Analyse comparative des différentes eaux exprimées en milligrammes par litre.

	SEINE.	SOMME.	SOUDE.	SOURDON.	VERTUS.	DHUIS.
Carbonate de chaux	158	100	86	160	234	209
— de magnésie . .	51	»	»	»	»	24
Sulfate de chaux	40	»	»	»	»	1
— de magnésie. . . .	30	»	»	»	»	10
Chlorures.	32	40	28	46	30	9
Sels de soude et de potasse.	traces	»	»	»	»	13
Silice, alumine, oxyde de fer.	23	traces	»	traces	traces	traces
Matières organiques. . . .	q. notable.	»	»	»	»	tr. pr. insens.
Ammoniaque	0gr,00037	»	»	»	»	»
Oxygène	9cc,00					5cc,10
Acide carbonique	23cc,30					20cc,47

On voit que les eaux de la Somme-Soude et celles du Sourdon sont supérieures à l'eau de la Seine sous le rapport de la composition chimique; elles renferment moins de sels calcaires; elles ne marquent que 14 degrés à l'hydrotimètre. Celles de la Vanne, dont l'analyse ne figure pas sur ce tableau, marquent, à la source, 17 degrés hydrotimétriques, comme celles de la Seine. Quant à l'eau de la Dhuis, elle contient un peu plus de carbonate de chaux que l'eau de Seine; mais l'eau de Seine, en revanche, contient un peu plus de magnésie et de sulfates.

En résumé, l'eau des sources champenoises diffère peu, pour sa constitution chimique, de l'eau de la Seine prise en amont de Paris; et s'il existe quelque différence, elle est le plus souvent à l'avantage des eaux de dérivation.

On voit, en outre, par ce tableau que les eaux de la Dhuis, loin d'être privées d'oxygène, comme on l'a un peu trop téméralrement avancé, en renferment des proportions égales à celles qu'on trouve dans la plupart des eaux potables, notamment dans l'eau de Seine, pendant une partie de l'année.

D'ailleurs, quoi qu'en aient dit encore les séquanistes, l'eau des sources champenoises aura toute facilité de s'amender et de s'améliorer pendant le cours de son long trajet. En donnant, dans notre deuxième article, la description du plan complet de dérivation, nous avons montré que les précautions les plus minutieuses devaient être prises en vue de conserver à l'eau les bonnes qualités qu'elle possède et de lui communiquer celles qui lui manquent.

Ainsi, le captage sera souterrain, les aqueducs seront couverts et les réservoirs voûtés, de manière que l'eau chemine et séjourne sans cesse sous le sol, à une profondeur telle que les influences atmosphériques ne sauraient aucunement l'atteindre. On a donc exprimé une crainte chimérique, une opinion contredite par l'expérience de tous les jours, quand on a prétendu que l'eau perdrait en chemin sa température primitive, subirait l'action des vicissitudes météoriques, et serait servie sur nos tables froide en hiver, chaude en été, ni plus ni moins que l'eau des rivières. Non! tous les moyens conseillés par la science et contrôlés par l'expérience seront mis en œuvre pour prévenir de si graves inconvénients, pour écarter tout ce qui serait de nature à compromettre la pureté et la fraîcheur initiales des eaux dérivées, et pour faire qu'elles arrivent intactes jusqu'au consommateur. Peu importe la longueur du parcours, pourvu qu'une voûte suffisamment épaisse les préserve des injures du dehors et les garantisse contre les perturbations de l'atmosphère !

Ce long itinéraire, dont on a fait un si grand crime au plan de dérivation, loin d'être une condition défavorable, est au contraire une des circonstances les plus avantageuses du projet, une de celles qui doivent tourner le plus au profit des eaux dérivées. En effet, pendant les cinq jours qu'elles mettront à parcourir les 139 000 mètres de l'aqueduc, les eaux de la Dhuis et des autres sources champenoises pourront respirer à loisir, se saturer convenablement d'air et d'oxygène et se dépouiller aisément de leur excès de carbonate de chaux. Les doutes qu'on a émis sur cette double éventualité ne résistent pas à une réfutation sérieuse.

Et d'abord nous avons vu que l'eau cheminerait, non point dans un espace étroit et *hermétiquement* fermé, comme on s'est plu à le dire, mais dans un véritable canal, au contact d'une couche d'air de 30 centimètres. Or, l'avidité de l'eau pure et de l'eau potable pour l'air atmosphérique est telle,

---

» l'entree de la nature de la femme, et le conduict, ou trou du » siége se mettent en vn : ce que i'ay veu aduenir : et faute » d'y remédier, les deux costez de la fente s'estans cicatrisez, » les deux troux, ou conduits sont demeurez en vn. Pour à » quoy remédier, et estant appellé (la femme estant grosse), ie » luy conseillay d'attendre son accouchement, ce qu'elle fit : et » comme elle fut déliurée, six sepmaines après, m'ayant » mandé pour la traicter, i'y procéday de ceste façon :

» Premièrement, auec vne petite bistorie courbee et bien » tranchante, ie coupay tant de l'vn que de l'autre costé, la » cicatrice et la peau qui s'y estoit faite, comme il se pratique » et ay montré en mes opérations de Chirurgie pour le Bec » de Lieure : commençant depuis le haut de la nature, finis» sant iusques au trou du siége, sans prendre beaucoup de la » chair, ains seulement la seule peau, laquelle ostee et comme » escorchee, ie laissay saigner la partie, tant afin de n'estre si » subiecte à l'inflammation que pour faire plus commodement » mes poincts d'aiguille. Au milieu de la fente, ie passay vne » esguille au trauers des deux lèvres les ayant premierement, » tant en haut qu'en bas, et milieu, vnies ensemble, prenant » d'vn costé et d'autre assez bonne quantité de chair, y lais» sant l'aiguille, autour de laquelle ie passay et entortillay vn » fil de costé et d'autre, comme l'on fait au Bec de Lieure : puis » tant au haut de la fente, qui est vers le conduict de la nature, » que vers le bas, qui est proche du siége : ie fis vn poinct d'ai» guille, assez serré, comme l'on fait ordinairement aux playes » simples : et par-dessus i'appliquay vn petit linge trempé en » vn peu de baume tel que celuy-cy, et par-dessus vne em» plastre de diacatholicon.

(Suit la formule du baume « singulier pour réunir les playes ». J'en fais grâce aux lecteurs.)

» Telle fente, continue Guillemeau, fut guarie en quinze » jours heureusement, durant lequel temps ie luy fis donner » deux clysteres, sans le premier qu'elle print deuant que faire » l'opération, afin de luy faire rendre plus librement ses excre» mens : Mais deuenant grosse, proche de ce ce durée, [illegible]

selon M. Boussingault, que, sortant du sol peu ou point aérée, elle absorbe en un très court espace de temps tout l'air qu'elle peut dissoudre. C'est ainsi que l'eau d'Arcueil se sature d'air, chemin faisant, et contient à son arrivée à Paris près du double de la proportion d'oxygène qu'elle avait à l'origine de l'aqueduc. Pourquoi donc n'en serait-il pas de même pour les eaux dérivées de la Champagne?

Mais il ne suffit pas qu'une eau absorbe facilement et promptement de l'oxygène, il faut encore, pour être potable, qu'elle conserve ce gaz à l'état de liberté, ainsi que le fait judicieusement observer M. Robinet. Pour cela, il est nécessaire « que cette eau ne contienne point de *matières organiques* susceptibles de brûler en quelque sorte l'oxygène qu'elle a dissous. Or, ajoute le savant rapporteur, c'est précisément en ceci que l'eau de la Dhuis, comme l'eau de toutes les sources de bonne qualité, se distingue de l'eau de Seine et des eaux de rivière en général. »

Cette eau, circulant dans des canaux voûtés et munis d'une couche d'air, à l'abri des souillures du dehors, sera évidemment dans les meilleures conditions sous le rapport de l'aération.

On en pourrait dire autant à propos des sels calcaires. Nous avons vu que les eaux champenoises renferment peu ou point de sulfate de chaux et de sulfate de magnésie, mais qu'elles contiennent des carbonates dans des proportions assez élevées. Il est certain que ce dernier inconvénient disparaîtra par la précipitation spontanée du sel en excès pendant l'écoulement de l'eau dans l'aqueduc ou pendant son séjour dans les réservoirs.

Justifier les eaux de la Champagne des reproches dont elles ont été l'objet au point de vue chimique, et démontrer qu'elles possèdent au suprême degré toutes les qualités de l'eau potable, comme nous venons de le faire, c'est les absoudre implicitement d'accusations plus graves encore, c'est les exonérer de tous les fléaux qu'on imputait à leur usage et qui n'étaient que la conséquence de leur prétendue mauvaise composition. A la rigueur, il serait donc superflu d'examiner et de discuter la question de savoir si les eaux des sources champenoises sont capables de produire le goître, la carie dentaire, la dyspepsie, le squirrhe de l'estomac, les écrouelles et les autres maladies dont on a menacé les Parisiens et surtout les Parisiennes, qui auraient la témérité d'en boire. Mais cette accusation s'est reproduite avec une telle insistance, que nous croyons devoir nous y arrêter un moment.

Tout d'abord, notre embarras est extrême et notre perplexité grande, car nous nous trouvons en présence de deux assertions diamétralement opposées, sorties de la plume de deux hommes dont nous estimons également le savoir et la bonne foi, et appuyées sur des témoignages que nous avons tout lieu de croire de part et d'autre consciencieux, authentiques, respectables et dignes de toute créance. D'un côté, ce sont les affirmations de M. Jolly, basées non-seulement sur une expérience personnelle, mais encore sur le témoignage écrit de trois praticiens du pays, MM. Titon, Sallangre et Chevillion; d'un autre côté, ce sont les dénégations de M. Robinet, étayées aussi sur les recherches individuelles et sur une sorte d'enquête médicale faite dans la contrée qu'arrose la Dhuis.

Toutefois, en y regardant de près, on voit qu'il n'est pas impossible de concilier ces opinions, en apparence contradictoires. En effet, MM. Titon, Sallangre et Chevillion parlent de la fréquence relative du goître, de la carie dentaire, des affections organiques de l'estomac, etc., dans le pays où ils exercent. Ce sont là des faits dont ils sont journellement témoins; nous devons y croire sans contestation. Mais ce que M. Jolly n'a peut-être pas suffisamment remarqué, et ce qui méritait pourtant de l'être, c'est que les médecins dont il invoque le témoignage contre les eaux de la Dhuis, n'incriminent aucunement ces eaux, mais bien les *eaux de puits*, que boivent la plupart des habitants.

« L'*eau des puits* qui sont creusés dans le banc de craie, dit M. Titon, donne un nombre plus considérable de goîtreux que dans les villages bâtis sur un cours d'eau. Dans les localités où les habitants puisent dans le ruisseau même l'eau qui leur sert de boisson, le *goître est à peu près inconnu.* »

« En général, écrit à son tour M. Chevillion, les *eaux de puits* sont les seules que l'on boive dans une grande partie de nos villages de Champagne. » Et c'est à « l'usage à peu près exclusif de ces eaux », dont le degré hydrotimétrique est représenté par le chiffre énorme de 47, que M. Chevillion attribue la fréquence du goître, de la carie des dents et des affections organiques de l'estomac.

Les témoignages invoqués par M. Jolly se rapportent donc à des *eaux de puits* mal aérés, saturées de sels calcaires, et marquant 47 degrés à l'hydrotimètre. En conséquence, ces témoignages ne sauraient en rien servir de chef d'accusation contre les eaux de la Dhuis, qui sont convenablement aérées, qui ne renferment pas de sulfate de chaux, qui contiennent des carbonates spontanément précipitables, et qui marquent seulement 23 degrés hydrotimétriques.

» qu'elle estoit en son trauail pour accoucher, il se fit vne » nouuelle fente, laquelle toutesfois ne donna iusques au trou » du siége et fondement, ayant esté fort dextrement soulagee » et doucement traictee par la sage-femme : le luy auois con» seillé premièrement de l'oindre et frotter tout l'entre-fesson » et perineum d'vn tel liniment. »

(Suit l'interminable formule d'un liniment composé de toutes sortes de graisses de poule, de lapin, de porc, etc.)

Sans contredit, ce passage est très important et soulève en peu de mots une foule de questions qui ont été ultérieurement discutées et souvent résolues en sens inverse. Plusieurs d'entre elles ne sont pas même définitivement tranchées. Si le texte de Guillemeau avait été lu et médité par les successeurs de cet habile praticien, peut-être n'aurait-il pas fallu près de deux siècles pour amener l'art où il en est aujourd'hui; mais décidément il paraît que la lecture et la réflexion ont été, sont et seront toujours bien fatigantes pour les chirurgiens. Cherchons à extraire la substance de l'observation qu'on vient de lire.

Question d'anatomie pathologique et d'étiologie. — Quand tout le périnée est déchiré et qu'on n'y remédie pas, les deux côtés de la fente se cicatrisent isolément, et les deux conduits n'en font qu'un. Voici une assertion fort explicite qui est restée dans toute sa vérité.

Question d'opportunité de l'opération. — Lorsque Guillemeau vit cette femme, elle était enceinte. Il comprit bien la contre-indication présente et remit toute tentative après l'accouchement; puis il attendit encore six semaines. C'était prudemment agir, car il ne s'agissait point ici d'une déchirure récente qui dispense de l'avivement; pour faire une périnéorrhaphie complète, il fallait laisser aux parties génitales le temps de revenir à peu près à l'état naturel.

Digitized by Google

Ceci explique comment M. Robinet a pu affirmer, contrairement à l'opinion de M. Jolly, et sur la foi de preuves manuscrites et de témoignages authentiques, que les riverains de la Dhuis, qui boivent exclusivement de l'eau de cette rivière, jouissent de la plus belle santé et ne connaissent aucune des maladies ou des infirmités qui désolent les contrées voisines vouées à l'usage de l'eau de puits.

Nous pourrions encore opposer aux objections pathologiques de M. Jolly des arguments tirés de l'étiologie et de la pathogénie du goitre, de la scrofule, du cancer et de la carie dentaire. Nous trouverions alors des raisons puissantes contre les théories alarmantes des séquanistes dans l'obscurité qui enveloppe l'origine de ces graves lésions et dans l'incertitude qui règne parmi les médecins relativement à leurs véritables causes. Nous dirions que jusqu'à présent on ne trouve nulle part la preuve scientifique de l'influence de certaines eaux sur le développement de la carie dentaire, des écrouelles, de la cataracte et des affections organiques de l'estomac; et que, si cette influence paraît à peu près démontrée pour le goître, les avis sont très partagés quand il s'agit de déterminer le principe dont l'absence ou la présence dans l'eau occasionne la dégénérescence hypertrophique de la thyroïde.

En tout cas, quelle que soit l'opinion qu'on adopte, quelle que soit la cause intime à laquelle on rattache la production du goître ; que ce soit à l'insuffisance de l'air ou de l'oxygène dans l'eau, comme le veut M. Boussingault ; à l'excès du sulfate de chaux, comme le prétend M. Bouchardat ; à la prédominance des sels magnésiens, comme l'enseigne M. Grange ; ou à l'absence d'iode, comme l'affirme M. Chatin, les eaux des sources champenoises ne sont atteintes par aucune de ces théories ; leur composition chimique les met à l'abri de toute attaque et même de tout soupçon à cet égard.

Parvenu à la fin de notre tâche, nous éprouvons plus que jamais le besoin d'étayer sur les autorités les plus graves, sur les doctrines des hommes les plus compétents, l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir. Or, les hygiénistes les plus éminents de nos jours sont unanimes à proclamer la supériorité des eaux de source sur les eaux de rivière pour l'usage domestique.

« Les eaux de source, dit formellement M. Guérard, doivent être préférées pour l'approvisionnement d'une ville ; viennent ensuite les eaux de rivière... » Il base cette préférence : « 1° sur ce que les eaux de source se maintiennent à la température de l'eau potable dans des limites un peu restreintes pendant toutes les saisons de l'année, tandis que l'eau de rivière subit les variations les plus grandes suivant les saisons ; 2° sur ce que l'eau des sources est presque toujours limpide, tandis que celle des rivières est très souvent trouble, bourbeuse, chargée de matières organiques ; 3° sur ce que l'eau de source est généralement fournie en quantité invariable, tandis que l'eau de rivière s'épuise et se dessèche en été. »

La thèse de M. Guérard est citée si fréquemment et avec tant d'éloges par MM. Michel Lévy, Tardieu et Becquerel, dans leurs *Traités d'hygiène*, qu'on ne pourrait douter de l'adhésion de ces éminents médecins aux principes que nous venons de formuler.

M. Grellois, auteur d'un travail remarquable sur les eaux potables, se prononce également en faveur des eaux de source, « plus fixes dans leur température et dans leur composition chimique que les eaux de rivière. »

« Autant que possible, dit M. Boudin, il convient de recueillir les eaux à leur source et dans les lieux de chute pluviale, à l'aide de tuyaux de drainage, de digues et de réservoirs.... Toutes choses égales d'ailleurs, on doit préférer l'élévation naturelle de l'eau à son élévation par des moyens artificiels. »

On sait avec quel talent Dupasquier a démontré la supériorité des eaux de source sur les eaux de rivière pour l'alimentation publique.

Tout le monde connaît le savant mémoire de M. Darcy sur la distribution d'eaux de source dans la ville de Dijon.

On peut lire dans le rapport de M. Robinet l'opinion émise en faveur des eaux de source par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la ville de Lyon, et par la Commission chargée de l'examen d'un projet de distribution d'eau à Bordeaux.

Nous avons déjà dit avec quelle fermeté le Comité supérieur d'hygiène de Londres s'était déclaré pour le système du drainage et de la dérivation. « Au lieu de prendre l'eau dans les rivières, où elle arrive altérée et modifiée par les matières étrangères, dit M. Ward, un des membres les plus considérables de ce Comité, nous allons la chercher à la source la plus pure, au pied des collines, dans les terrains sablonneux, où nous plaçons des tuyaux collecteurs qui sont comme des sources artificielles. »

Enfin, ce système a reçu comme une consécration suprême dans le dernier Congrès hygiénique de Bruxelles. Dans cette assemblée, qu'on pourrait nommer à juste titre un *concile*

Questions de médecine opératoire. — 1° Avivement sur de larges surfaces, mais pratiqué très superficiellement ; 2° application des sutures différée quelques instants pour laisser à l'écoulement sanguin le temps de s'arrêter; précepte utile qui facilite le passage des aiguilles et qu'on a démontré plus tard favoriser la réunion immédiate ; j'ajoute que ce délai, vivement recommandé par des auteurs modernes, n'a nullement compromis la réunion ; 3° procédé de réunion par une suture mixte : solide au milieu, grâce à la bonne quantité de chair comprise, et pour cela, la suture entortillée, au contraire moins forte, mais plus précise aux deux extrémités pour assurer la réparation des commissures anale et vulvaire, et pour cela, deux points de suture entrecoupée. Pour tout pansement, un linge léger trempé dans un mélange balsamique, et par-dessus un petit emplâtre.

Question du traitement consécutif. — Comme préparation, évacuation préalable de l'intestin ; puis consécutivement, deux clystères pour procurer des selles pendant les jours suivants. Le chirurgien paraît craindre à bon droit l'influence fâcheuse que les efforts de la défécation auraient pu exercer. On sait que, de nos jours même, la constipation artificielle prolongée est rejetée par les uns et préconisée par les autres.

Question des suites éloignées. — La guérison eut lieu en quinze jours; mais la malade est suivie. Elle redevient enceinte. Guillemeau fait de sages recommandations à la sage-femme, qui, paraît-il, traita fort dextrement sa malade. Toutefois, il se fit une nouvelle fente, mais qui heureusement n'alla pas cette fois jusqu'au rectum inclusivement.

J'en conclus que l'observation de Guillemeau est fort intéressante et qu'il serait à souhaiter que toutes les observations modernes eussent la même valeur; dès lors n'ai-je pas le droit d'être étonné de la légèreté et de l'insouciance avec lesquelles on la cite quand même on prend cette peine? Il semble qu'on ait tout dit quand on énonce en une ou deux lignes que

Digitized by Google

œcuménique d'hygiène, il a été formulé une sorte de code ou de symbole relatif à la distribution des eaux dans les villes, duquel nous extrayons les passages suivants :

« L'eau des rivières et des cours d'eau ne peut être employée aux usages domestiques que lorsqu'elle est dégagée de toute impureté… Il y a lieu de donner la préférence aux eaux recueillies dans les sables siliceux, dans les terrains graniteux ou schisteux… Les eaux, pour être pures et douces, doivent, autant que possible, être captées à leur source. A cet effet, on peut choisir un terrain suffisamment vaste, à surface sablonneuse, où l'on recueille les eaux pluviales absorbées par le sol et ayant subi une sorte de filtration naturelle, à l'aide de tuyaux de drainage, de digues et de réservoirs. Les eaux doivent être conduites par des canaux couverts, suivant la ligne la plus courte, avec une pente suffisante. Les réservoirs doivent être couverts et citernés. »

En lisant ces paroles, ne croirait-on pas avoir sous les yeux le projet de dérivation des eaux de la Champagne, tel qu'il a été adopté par l'édilité parisienne ?

Que manque-t-il donc à ce projet pour mériter l'adhésion de tous les hygiénistes et pour gagner la confiance publique! Quant à nous, après avoir mis en balance ses avantages et ses défauts, nous ne trouvons, hygiéniquement parlant, aucune raison grave qui doive le faire rejeter et qui justifie les attaques dont il a été l'objet.

Les eaux destinées à l'alimentation de Paris sont pures, limpides, d'une température constante, fraîches en été, tempérées en hiver ; elles possèdent toutes les qualités chimiques que réclame l'hygiène, ainsi que l'attestent les analyses de MM. Boussingault, Mangon, Poggiale et Beaugrand. Le plan municipal, mûri par de longues études, soumis au contrôle de la discussion publique, approuvé par les savants les plus compétents, par les hommes les plus consciencieux et les plus éclairés, ne néglige aucune précaution pour conserver à l'eau ces précieuses qualités, et pour remplir rigoureusement les exigences du programme ; nous avons vu, de plus, qu'il était en conformité parfaite avec les prescriptions de la science; nous en concluons que la réalisation complète de ce plan sera pour Paris un véritable bienfait et l'un des plus beaux titres de l'administration actuelle à la reconnaissance publique.

A. LINAS.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

RECHERCHES SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE PNEUMONIE CHRONIQUE, par le docteur RENÉ BRIAU, médecin aux Eaux-Bonnes.

(Suite et fin. — Voir le numéro 22.)

OBS. I. — Le 6 juillet 1860, je fus consulté par une dame âgée de vingt-six ans, assez bien constituée, ayant toutefois les membres délicats, la peau fine et transparente, les pommettes un peu colorées et tranchant sur la pâleur du reste de la figure. Ses parents sont assez bien portants, sauf que l'un d'eux est depuis longtemps atteint de divers accidents que l'on doit évidemment rapporter à la diathèse strumeuse. Il n'y a eu dans sa famille aucun tuberculeux.

Il y a quatre ans, son médecin habituel, l'entendant tousser et la voyant un peu maigrir, eut l'idée de l'ausculter, et constata au sommet gauche de la matité et divers bruits humides. Jusqu'à cette époque elle ne se plaignait point et ne se sentait point malade. Elle fut soumise à un traitement balsamique, tonique et ferrugineux, et fut à l'entrée de l'hiver envoyée dans le Midi.

Depuis cette époque il y eut des alternatives de mieux et de moins bien, par suite, à ce que l'on crut, de circonstances qu'il est inutile de rapporter ici, et où les causes morales ont joué un rôle.

Lorsqu'elle se présenta à ma consultation, je constatai les symptômes suivants : habitude extérieure languissante; teint pâle; les forces ont diminué; l'amaigrissement n'est pas sensible au visage, mais il est très marqué sur le thorax; les clavicules sont très saillantes; il y a de la toux, mais sans quintes et sans fatigue; elle a lieu principalement le matin, et elle est suivie d'expectoration muqueuse.

Il n'y a jamais eu d'hémoptysies, ni de crachats sanguinolents; la menstruation est régulière, le sommeil excellent, l'appétit passable, la digestion se fait bien; il n'y a point, à proprement parler, de dyspnée ni d'étouffement, mais seulement de l'anhélation en montant et en marchant vite; elle a eu parfois des sueurs nocturnes, mais sans suite et sans continuité; les fonctions intestinales sont à l'état naturel.

La percussion donne un son normal sur tout le côté droit en avant et en arrière. A gauche, au contraire, la résonnance est diminuée partout sans qu'il y ait de matité complète en aucun point.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est pur et normal dans tout le poumon droit. A gauche, on entend dans toute l'étendue du poumon un gros râle sous-crépitant ; il est uniforme en haut comme en bas, en avant comme en arrière. On entend ce bruit même quand l'oreille n'est pas appliquée sur le thorax, et qu'on la tient à une petite distance, et la malade elle-même perçoit souvent ce bruit. Le murmure vésiculaire n'est saisissable en aucun point de ce côté, et l'on ne perçoit non plus aucun autre bruit que le gros râle sous-crépitant, peut-être parce que celui-ci empêche tout autre de se manifester à l'oreille.

Au reste, l'affection actuelle n'a été précédée d'aucune maladie aiguë ; elle s'est produite insensiblement sans que la malade en ait eu la conscience nette; elle a ressenti de temps en temps des malaises, parfois de petites fièvres éphémères le soir, un peu de toux le matin, sans que pour cela elle se soit crue réellement malade, et à plus forte raison sans soupçonner une lésion grave des poumons.

Guillemeau le premier a pratiqué la périnéorrhaphie avec succès. C'est manifestement trop peu, et je soupçonne fort qu'on n'est si bref que parce qu'on n'a pas lu. Je vais plus loin, et je suis en droit d'affirmer qu'on n'a pas lu quand on cite tout de travers, ce qui est la règle.

Que Dieffenbach oublie notre auteur dans l'*Index bibliographique* qui suit sa première publication (*Chirurgische Erfahrungen*, 1829, p. 89); que plus tard, réparant son omission, il dise brièvement que Guillemeau le premier a réussi avec la *suture entrecoupée* (*Die operative Chirurgie*, t. Ier, p. 633, 1845); que MM. Baker-Brown (*Diseases of Women*, 1854, p. 45) et Verhaeghe (*Chirurgie plastique*, 1856, p. 99) soient aussi concis que Dieffenbach et tombent dans la même erreur relativement au procédé de suture ; que Chélius mentionne le fait sans indiquer de procédé (*Handbuch der Chirurgie*, t. Ier, p. 677, 1851, 7e édition) ; que M. Kilian (de Bonn), ordinairement si habile à écrire l'histoire et à l'écrire fidèlement, n'ouvre pas la bouche de tout cela (*Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*, 1856), etc.; qu'en un mot les chirurgiens étrangers soient incomplets ou fautifs, n'ayant pu consulter l'original, cela peut s'expliquer et même s'excuser. Mais pour nos compatriotes, les circonstances atténuantes ne peuvent être demandées, et, pour ma part, je ne voudrais pas en invoquer le bénéfice. Que ceux d'entre eux qui sont coupables subissent leur sentence.

Ce qui m'a le plus péniblement surpris, c'est que le vénérable Roux, si équitable, si loyal, si probe en matière scientifique, soit tout le premier tombé dans le péché. Il lit à l'Institut, le 6 janvier 1834, un mémoire qui fut publié plus tard parmi ceux des savants étrangers (*Mémoires de l'Institut de France*, t. V, 1839, p. 391). Il y est dit : « C'est Guillemeau, disciple, émule et contemporain de notre Ambroise » Paré, qui rapporte le premier fait relatif à la suture du périnée; c'est par lui que l'opération avait été pratiquée ; il avait » mis en usage ce que nous appelons la suture à points entrecoupés : l'opération avait réussi. » — « Le fait, ajoutait Roux,

Cette malade est restée aux Eaux-Bonnes quarante-cinq jours, pendant lesquels elle a suivi régulièrement et sans incidents le traitement thermal. Ce traitement a été divisé en deux périodes : la première de vingt huit jours, et la seconde de dix-sept jours, séparées par un intervalle d'une semaine d'absence.

L'auscultation, que j'ai pratiquée tous les huit jours pendant ce temps, ne m'a révélé aucun changement sensible dans les phénomènes signalés plus haut ; mais j'appris plus tard que quelques jours après son départ il s'était manifesté une amélioration sensible, et que le gros râle sous-crépitant avait notablement diminué dans les semaines qui suivirent le départ des Eaux-Bonnes.

La malade passa l'hiver suivant dans le Midi, et je la revis aux Eaux-Bonnes à la fin de juin 1861. A cette époque, elle n'avait presque plus de toux ni d'expectoration, les forces étaient revenues, et toutes les fonctions continuaient à s'accomplir normalement.

A l'auscultation, on entendait encore des râles sous-crépitants à gauche, mais disséminés, non confluents, moins gros et plus rares. Le murmure vésiculaire était perceptible à peu près dans toute l'étendue du poumon. Toutefois la respiration avait de la rudesse, et était un peu plus obscure dans le lobe supérieur que dans les autres parties de ce poumon.

Sous l'influence du traitement thermal, qui fut parfaitement supporté pendant trente-six jours, il se développa un peu de toux grasse suivie d'expectoration. En somme, la malade quitta les Eaux-Bonnes le 28 juillet dans un état très satisfaisant ; mais il restait encore quelques râles disséminés. J'ai appris que l'hiver s'était bien passé, et que la malade continuait à bien aller. J'espère la revoir à la saison prochaine, et recueillir la suite de cette intéressante observation.

Quelle était la nature de cette affection que plusieurs médecins, j'ai à peine besoin de le dire, ont considérée comme tuberculeuse ? Tout d'abord on est frappé du contraste qui existe entre l'état général, si peu troublé après quatre ans au moins de maladie, et les symptômes si étendus et si alarmants de la lésion locale. Si cette lésion avait été produite par une invasion de matière tuberculeuse, il n'y a aucun doute que les principales fonctions de l'économie eussent subi une profonde atteinte. La digestion, la menstruation, la nutrition auraient été plus ou moins perturbées ; il y aurait eu du dépérissement, de la diarrhée, des sueurs nocturnes, de la fièvre hectique ; en un mot, l'attitude physique extérieure aurait indiqué au moins un commencement de cachexie ; au lieu de cela, tous les organes principaux continuent d'accomplir à peu près régulièrement leurs fonctions ; l'amaigrissement n'est très sensible que sur le thorax ; la dépression des forces n'est nullement en rapport avec la gravité de la lésion locale ; la fonction respiratoire est pour ainsi dire seule en souffrance, et non pas même en proportion des désordres que l'auscultation permet de reconnaître dans le poumon gauche. C'est à peine si la patiente a la conscience de l'étendue de son mal, et elle ne croirait pas à sa gravité si elle n'entendait pas elle-même les bruits qui se font dans sa poitrine. Ce contraste entre l'état général et l'état local ne peut, suivant moi, aucunement s'accorder avec l'existence d'une vaste lésion tuberculeuse.

En outre, il faut remarquer que la maladie a eu une marche continue uniforme, sans intermittence et sans exacerbations notables ; elle a été stationnaire pendant plusieurs années ; jamais il n'y a eu d'état aigu, jamais rien qui ressemblât à une poussée. Le poumon droit est constamment resté indemne de toute lésion ; au moins l'auscultation n'a jamais permis d'y rien découvrir d'anormal. Peut-on dire que ce soit là la marche de l'affection tuberculeuse vraie et légitime ? On sait que celle-ci s'étend habituellement par poussées successives en provoquant un état subaigu et des phénomènes de réaction générale ; puis il survient des temps de repos et d'amélioration plus ou moins longs, après quoi surviennent de nouveaux accidents. Ici, le bruit fourni par l'auscultation n'a jamais varié, il a toujours été un gros râle sous-crépitant plus ou moins humide, plus ou moins fort, mais sans changer de nature. Dans la tuberculose vraie, il y a une succession de bruits bien connus et à peu près toujours la même, quoiqu'à cet égard il n'y ait rien de parfaitement caractéristique en dehors d'une certaine concordance entre les divers râles ou bruits respiratoires. Ainsi, dans une première période, ce sont les craquements secs, la respiration prolongée ; dans une seconde période, les craquements humides et différents souffles. Ici rien de semblable n'a pu être observé.

Enfin, par les progrès du traitement thermal, le râle sous-crépitant diminue de plus en plus, et alors le murmure vésiculaire, qu'on n'entendait pas depuis longtemps, reparaît, sans autre signe propre à faire reconnaître une lésion profonde ; de la rudesse seulement, sans souffle, sans gargouillement et même sans résonnance notable de la voix. Comprend-on que les choses puissent se passer ainsi dans la vraie phthisie tuberculeuse ?

Mais si cette affection ne peut être rapportée à la tuberculose pulmonaire, quels peuvent être sa nature et son caractère ? A cet égard j'oserai me prononcer catégoriquement et je reconnaîtrai chez le sujet de l'observation que je viens de décrire, une pneumonie vésiculaire chronique développée sous l'influence de la constitution strumeuse, et à l'occasion de chagrins concentrés par suite d'une contrainte morale. Il me paraît que tous les phénomènes observés pendant le cours de la maladie peuvent être facilement expliqués par les lésions anatomiques, si minutieusement et si exactement décrites dans le mémoire de M. le docteur Villemin.

En effet, lorsque par une cause quelconque l'irritation inflammatoire envahit les vésicules pulmonaires et que le travail morbide se développe lentement, sous une impulsion peu énergique de la cause déterminante, les cellules épithéliales des alvéoles deviennent le siége d'un mouvement hyperplasique ; elles s'hypertrophient et se laissent distendre par de grosses granulations graisseuses qui remplissent complétement la vésicule ; quelques-unes atteignent des dimensions considé-

---

» est rapporté avec les circonstances les plus propres à en » garantir l'authenticité. » En 1839, M. Mercier publie une leçon clinique de Roux sur la suture du périnée. Il emploie les mêmes termes en ce qui touche Guillemeau (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839). Le même passage, enfin, est reproduit mot pour mot dans la *Chirurgie réparatrice; quarante années de pratique chirurgicale*, t. Ier, p. 385, 1854.

Ainsi donc, Roux nous dit en 1834, en 1839 et en 1854 que Guillemeau employa la suture entrecoupée, et par le fait c'est une suture mixte, comme nous l'avons vu plus haut. Malgré le respect que j'ai pour la mémoire du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, je suis donc forcé de dire qu'il a cité à la légère.

Les écrivains aiment beaucoup la besogne toute faite, alors même qu'elle ne vaut rien ; la citation de Roux a donc été copiée. La chose était facile à prévoir. Il existe pour les musiciens une coutume : c'est avec un thème de vingt mesures de faire vingt pages de variations. Ce procédé s'est malheureusement glissé dans la science, et non sans inconvénients. Le *Dictionnaire* en 30 volumes ne va pas perdre son temps à lire Guillemeau ; il enferme soigneusement entre guillemets l'historique de Roux, mais avec une variante assez fâcheuse, car il dit qu'on employa la *suture entortillée*. Chose curieuse, l'article est écrit en 1841 (t. XXIII, p. 519) ; on y cite la leçon clinique publiée en 1839 par M. Mercier, lequel dit que Guillemeau mit en usage la *suture à points entrecoupés*. A. Bérard ne voit pas la contradiction, ou au moins il ne cherche point à la faire disparaître, et à la page 527, lorsqu'il énumère dogmatiquement les divers procédés de suture qui ont jusqu'alors été mis en usage, il répète bravement que Guillemeau fit la suture entortillée.

M. Velpeau, qui écrit en 1839 (1), connaît le mémoire de

(1) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, t. IV, p. 458.

Digitized by Google

rables, mais après avoir subi cette hypertrophie, elles se détachent des surfaces qu'elles recouvrent, se compriment mutuellement et ne constituent plus que des débris organiques privés de vie, qui tombent en déliquium et forment un magma graisseux. Si l'on examine ces éléments isolés et sortis des alvéoles, on trouve des cellules épithéliales de toutes les grandeurs et à divers degrés d'altération, les unes, très volumineuses, fortement distendues par de grosses perles graisseuses, ne laissent plus apercevoir leurs noyaux ; d'autres, moins altérées, moins granulées, s'éloignent peu du type normal : on en trouve qui sont remplies de pigment soit à l'état de granulations, soit en parcelles plus étendues.

Mais ces masses hypertrophiques de l'épithélium pulmonaire n'ont aucunement les caractères du vrai tubercule ; elles ne sont qu'une des formes de la pneumonie, qu'un premier degré d'irritation inflammatoire par laquelle se manifestent les troubles de nutrition de l'épithélium (1).

Or, quels signes locaux et généraux, physiques et rationnels, peuvent donner ces productions de l'inflammation chronique des vésicules pulmonaires ? Une fois qu'elles sont tombées en déliquium et qu'elles ne forment plus qu'un magma graisseux ; l'air en les traversant fait naturellement entendre un bruit muqueux plus ou moins fort et plus ou moins crépitant suivant leur compression et leur épaisseur. La matité n'est point complète, puisque l'air pénètre, mais le son est diminué en raison de la quantité et de l'épaisseur du liquide qui remplit les alvéoles. L'état général reste satisfaisant, parce que l'affection est locale, ou que, naissant sous l'influence de l'état scrofuleux, celui-ci n'est pas assez puissant pour troubler les principales fonctions. Cette concordance entre les faits anatomiques et les phénomènes extérieurs, me semble tout à fait satisfaisante pour l'esprit et répondre à toutes les exigences d'une analyse rigoureuse.

Obs. II. — Vers la fin d'octobre 1861, s'est présentée à ma consultation une dame âgée de quarante ans, forte, nerveuse, très impressionnable. Ses parents sont morts d'affections aiguës du cerveau à un âge assez avancé. Il n'y a jamais eu, à sa connaissance, de tuberculeux dans sa famille. Elle a été réglée à douze ans et demi, et sa menstruation a toujours été régulière. A dix-huit ans, elle fut prise de gastralgie avec vomissements qui se prolongèrent chaque jour pendant vingt mois. Sa vie jusqu'à trente-quatre ans, époque de son mariage, a été une vie de sacrifices d'autant plus pénibles et douloureux qu'ils étaient silencieux, et que leur expression était comprimée.

Devenue enceinte à trente-six ans pour la première fois, elle accoucha très laborieusement d'un enfant mort-né.

Depuis plus de dix ans, elle est sujette à s'enrhumer, et tousse régulièrement tous les hivers, principalement le matin. La toux était grasse et suivie d'expectoration.

(1) Villemin, *loc. cit.*, p. 30 et 31.

Le 8 décembre 1859, la toux est devenue plus violente, et s'est accompagnée d'un point pleurétique à la pointe inférieure de l'omoplate gauche. Le médecin alors appelé ausculta la malade, et déclara qu'il y avait fluxion de poitrine. Il exigea, malgré les refus énergiques de la malade, l'application d'un vésicatoire très large sur la partie douloureuse. Celle-ci attribue à l'application de ce vésicatoire le dérangement de sa santé, qui a eu lieu depuis cette époque ; elle prétend aussi qu'elle n'avait pas alors la fièvre, et qu'elle ne l'a eue que par suite du vésicatoire.

Quoi qu'il en soit, depuis ce moment elle n'a pas cessé de tousser beaucoup, et l'expectoration a été abondante. Ses forces ont diminué, mais sans l'empêcher d'accomplir jusqu'à ce jour ses devoirs d'intérieur et de société. Elle a maigri un peu, mais point d'une manière apparente.

Elle porte sur la face une *acne rosacea* dont elle fait remonter la première éruption à deux ans de date. Auparavant elle avait la peau fine et transparente.

La plupart des fonctions se font normalement. Cependant elle est sujette à des dérangements de l'estomac et des intestins, restes probables de son ancienne gastralgie. La respiration est courte, sans oppression ni étouffements, mais elle est obligée de monter très lentement, sous peine d'être forcée de s'arrêter. Elle peut faire d'assez longues marches, mais si elle les pousse jusqu'à la fatigue, elle sent un grand délabrement dans sa poitrine et des douleurs dans le dos. Le thorax est plus amaigri que le reste du corps, et les clavicules sont saillantes.

La percussion révèle de la matité sous l'omoplate et une diminution de son dans le reste du côté gauche de la poitrine. A droite, le son est normal partout.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est pur dans toute l'étendue du poumon droit. On y entend des râles muqueux et sibilants disséminés, mais ils paraissent dus à une bronchite intercurrente dont la malade est atteinte depuis quelques jours, et qui la rend plus souffrante en ce moment. A gauche, dans toute l'étendue du poumon, on entend un gros râle sous-crépitant plus confluent sous l'omoplate que dans les autres parties. Il y a, en outre, un fort retentissement de la voix qui a son maximum d'intensité au niveau de la fosse sous-épineuse, et là aussi le bruit est plus humide, et atteint presque le timbre du gargouillement. Nulle part, en arrière, on n'entend le murmure respiratoire, mais on le perçoit nettement en avant malgré le bruit morbide.

Je conseille le goudron et le lait d'ânesse pendant un mois.

En janvier 1862, les phénomènes ci-dessus mentionnés ne se sont point amendés, à l'exception des râles muqueux et sibilants qui ont disparu du poumon droit, où l'on n'entend plus rien d'anormal.

Je prescris l'usage des Eaux-Bonnes, mais elles sont mal supportées, et l'on est obligé d'en suspendre l'emploi. Je leur substitue l'huile de foie de morue.

La toux suivie d'expectoration a toujours été assez fréquente, et souvent assez forte pour troubler le sommeil pendant les nuits. Il y a eu aussi quelquefois des sueurs nocturnes, mais sans continuité et sans persistance.

En mars, le râle sous-crépitant a beaucoup diminué dans la moitié inférieure du poumon gauche, en avant et en arrière ; mais sous l'omoplate les bruits humides ont augmenté d'intensité, et ont pris tout à fait le caractère du gargouillement. La résonnance de la voix a également augmenté en cet endroit, et se rapproche de la pectoriloquie ; de plus, on y perçoit distinctement la respiration soufflante.

Traitement : lait d'ânesse, suc de cresson, respiration de vapeurs d'iode.

Roux et la leçon publiée par M. Mercier ; mais il juge à propos d'arranger le texte à sa façon. « Guillemeau, dit-il, qui » eut à traiter aussi une fente prolongée jusqu'à l'anus, se » servit d'un point de suture entortillée, et guérit sa malade » en quinze jours. » Si M. Velpeau avait lu Guillemeau, il n'aurait pas dit que la fente était prolongée jusqu'à l'anus, ce qui peut faire croire que la déchirure était incomplète, il aurait tout simplement rappelé que l'entre-fesson était complétement déchiré ; il n'aurait pas parlé d'un *seul* point de suture ; enfin, il n'aurait pas omis de signaler les deux autres points de suture simple si importants et si convenablement situés. Je soupçonne fort M. Velpeau d'avoir édité le premier la variante que je reprochais à A. Bérard ; reste toujours à ce dernier le tort d'avoir fait une citation de seconde main.

Dans la même année 1839 paraît une volumineuse monographie intitulée : *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*, elle avait été couronnée par la Société médicale d'émulation de Paris. Le titre d'*histoire complète*, la récompense accordée, tout me faisait croire qu'ici du moins la vérité serait moins maltraitée. Hélas ! il n'en est rien. Deux passages font allusion au sujet qui m'occupe. Voici le premier, page 425 :

« *Suture :* conseillée par Paré et Mauriceau. Cette opération » a été pratiquée pour la première fois d'une manière authen- » tique par Guillebonneau (*sic*) ; mais c'est Lamotte (obs. 405) » et Saucerotte qui, les premiers, l'ont faite d'une manière ré- » gulière. Plus tard, Trainel et Noël l'appliquèrent avec avan- » tage. »

A la page 436, l'auteur y revient : « Rappellerai-je, dit-il, » que Guillemeau, à qui revient l'honneur d'avoir le premier » tenté cette opération, avait eu recours à la *suture à points* » *entrecoupés...* »

Je crois qu'il est difficile d'accumuler en un petit espace plus d'erreurs ou d'inexactitudes qu'il n'y en a dans le premier

Digitized by Google

En ce moment (mai 1862), la malade tousse moins, l'expectoration a beaucoup diminué. Le poumon droit respire normalement. Dans le poumon gauche, en avant, on entend distinctement le murmure vésiculaire sans rudesse; la toux y laisse percevoir un râle muqueux épais. En arrière, depuis le sommet jusqu'au tiers inférieur de l'omoplate, dans une étendue de 11 centimètres, on constate le souffle et la voix amphoriques les mieux caractérisés. Il semble évident qu'une excavation peu profonde, mais très étendue, s'est formée peu à peu en cet endroit; il y reste un peu de gargouillement.

Malgré cette grave lésion, la malade n'a pas été alitée un seul jour depuis sept mois; elle a continué à sortir et à se promener; son appétit et ses forces se sont maintenus; elle n'a pas maigri, et aujourd'hui encore ses amis prétendent qu'elle n'est pas malade et qu'elle s'écoute trop, tant l'état général chez elle fait contraste avec l'état local.

Cette malade, comme la précédente, me paraît indemne de tubercules; comme la précédente aussi, je la crois atteinte de pneumonie vésiculaire développée lentement sous l'influence de chagrins prolongés et concentrés. Je ne doute pas qu'il y ait une perte de substance à la partie postérieure des lobes supérieur et moyen. Mais cette perte de substance est due, comme le démontre très bien l'analyse d'anatomie micrographique faite par M. le docteur Villemin, à la transformation des cellules épithéliales en globules purulents. Ici l'irritation inflammatoire a été plus active que dans le cas précédent et a amené un résultat différent et plus radical, mais la nature de la lésion est la même. Je renvoie les lecteurs au mémoire déjà plusieurs fois cité de M. Villemin, pour avoir l'explication des phénomènes observés dans le cours de cette intéressante affection.

Je ne veux pas multiplier mes observations qui fatigueraient le lecteur sans l'éclairer davantage, car j'ai choisi parmi les faits que j'ai rencontrés les deux plus saillants, ceux que je considère comme des types de la pneumonie vésiculaire chronique. Je désire cependant rappeler ici une observation que j'ai publiée dans un autre travail. Elle porte le n° 2 de mon *Mémoire sur quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des organes pulmonaires*. J'ai revu souvent et tout récemment encore la personne qui en fait le sujet. Elle est aujourd'hui très bien portante et ne se ressent plus de la longue maladie pour laquelle elle est venue trois années de suite aux Eaux-Bonnes. Je dois dire pourtant que dans l'hiver de 1860, elle eut une rechute qui ramena chez elle de la toux suivie d'expectoration, des râles muqueux et sous-crépitants. Mais cet incident n'eut pas de suites prolongées. Elle passa l'hiver suivant dans le Midi et depuis plus d'un an elle jouit de la plénitude de la santé.

Dans mon opinion, cette malade n'a eu autre chose qu'une pneumonie vésiculaire chronique qui s'est terminée par résolution.

§ III.

Maintenant après ces observations cliniques qui me paraissent si bien concorder avec le résultat des recherches faites par les anatomistes micrographes, oserai-je essayer de décrire didactiquement cette forme particulière de pneumonie chronique, et de donner les moyens de la reconnaître et d'établir son diagnostic différentiel? Il me semble que mon travail manquerait son but si je ne faisais pas cette tentative. J'ai recueilli depuis cinq ans trente-deux faits qui me paraissent appartenir à cette catégorie d'affections, et c'est sur l'analyse de ces faits que je baserai ce que j'ai à dire à cet égard.

Relativement à la symptomatologie, la première chose qui frappe, c'est le contraste saisissant qui existe entre l'état général des malades et les désordres locaux que l'auscultation fait reconnaître. Chez un grand nombre de tuberculeux, c'est le contraire qu'on remarque. Rien n'est plus commun, en effet, que de voir de petites masses tuberculeuses produire un état de dépérissement général, hors de toute proportion avec la lésion locale. Ici, comme on l'a vu dans les observations rapportées plus haut, presque toutes les fonctions conservent leur intégrité. La respiration elle-même n'est point atteinte au même degré que chez les tuberculeux. L'amaigrissement n'est bien sensible que sur les parois du thorax, et encore ces phénomènes n'ont lieu que dans un degré avancé de la maladie; car il est très rare que les malades et ceux qui les entourent s'aperçoivent de ses premiers développements. C'est presque toujours l'auscultation qui révèle la lésion pulmonaire; elle est généralement motivée par la toux et l'expectoration. Les crachats sont le plus souvent muqueux; ils deviennent parfois mucoso-purulents et rarement sanguinolents; et dans ces cas le pus et le sang sont intimement mêlés aux mucosités. Je n'ai rencontré que trois fois de véritables hémoptysies.

Il n'y a en général que peu de dyspnée ou d'oppression, mais quand les malades montent ou qu'ils marchent vite, ils ressentent de l'essoufflement. J'en ai vu cependant faire de longues promenades dans les montagnes sans en être très essoufflés ou très fatigués. La percussion accuse presque toujours une diminution de la sonorité dans les points malades, mais très rarement une matité complète. A l'auscultation on entend toujours le râle sous-crépitant dans toutes ses nuances, depuis le plus fin jusqu'au plus gros, selon le degré de développement de la maladie. Ce bruit est souvent le seul qu'on puisse saisir quand il est gros; dans d'autres circonstances, il est accompagné de plusieurs autres signes, tels que expiration prolongée, respiration rude, résonnance de la voix et bulles humides. Mais ces bruits sont souvent très localisés et passagers; ils n'ont dans aucun cas la même constance et la même durée que le râle sous-crépitant. Quand celui-ci est gros, ce qui

---

paragraphe; il faudrait une page entière pour les relever. Je passe donc, mais non sans faire une remarque : que l'auteur ait ainsi adultéré l'histoire, c'est un malheur; mais la faute, à mon avis, retombe en partie sur la Société, la commission ou le rapporteur, qui ont laissé passer et qui même ont couronné une œuvre aussi défectueuse. Si j'avais eu l'honneur de voir le manuscrit, j'aurais exigé du lauréat des corrections nombreuses avant de lui donner la récompense. Et notez qu'à la fin du livre se trouve une liste d'*errata*, mais on n'y voit rien pour les inexactitudes que je viens de signaler.

Je m'arrête, car je ne veux pas remplir des pages entières de citations désespérantes. Toutefois, il m'est agréable de dire que Philippe Boyer, dans les annotations qu'il a ajoutées à l'ouvrage de son père, a reproduit fidèlement l'observation de Guillemeau. Quant à Boyer le père, il n'avait pas même cité le nom du disciple d'Ambroise Paré.

Cet article peut, à mon avis, se passer de conclusions particulières; elles ressortent naturellement de l'exposé précédent.

Au reste, là ne se bornent pas les rectifications nécessaires à l'histoire des premières phases de la périnéorrhaphie; aussi j'y reviendrai prochainement.

A. Verneuil.

A propos de la mort si regrettable de M. Ludger-Lallemand, médecin en chef de l'expédition du Mexique, certaines rumeurs répandues dans le public ont singulièrement exagéré le chiffre des victimes de la fièvre jaune. M. Coindet, chef de l'hôpital militaire de la Véra-Cruz, n'avait eu à traiter à l'hôpital, jusqu'au 28 avril, que dix-huit cas de cette affection, dont quatre mortels; les autres malades étaient ou sortis ou en voie de guérison. Le corps de santé déplore la perte d'un jeune aide-major d'une haute distinction, M. Michaux, et les services administratifs celle de M. Houchard, officier comptable. (*Gazette des hôpitaux*.)

— Le docteur Thomas Wakley, propriétaire et directeur du journal anglais *the Lancet*, dont l'influence sur les progrès de l'art médical et la défense des intérêts professionnels a été si considérable, vient de mourir à Madère.

Digitized by Google

arrive à une période avancée de la maladie, il ressemble au bruit que font les galets roulés par un liquide boueux. On l'entend souvent sans que l'oreille soit appliquée sur le thorax et les malades eux-mêmes peuvent le percevoir. Dans ce cas, on ne saisit ni le murmure vésiculaire, ni aucun autre bruit. Si, au contraire, le râle sous-crépitant est fin, ce qui arrive dans les premiers développements de l'affection, il ressemble à une sorte de grouillement, et alors on entend le murmure vésiculaire plus ou moins altéré et les autres bruits qui peuvent l'accompagner.

Le plus souvent un seul poumon est malade, l'autre restant à l'état normal, et il l'est dans une étendue plus ou moins grande. L'affection m'a paru presque toujours avoir son summum d'intensité sous l'omoplate. Mais je crois qu'elle débute indifféremment dans toutes les parties du poumon, aussi bien au lobe supérieur qu'aux autres. Lorsque la maladie marche un peu activement et qu'elle n'est point enrayée dans son évolution, il peut se former des excavations qui donnent alors les signes particuliers à ce genre de lésions.

La marche de cette affection diffère en plusieurs points de celle de la phthisie tuberculeuse vraie. L'évolution de la maladie se fait très lentement, d'une manière continue et sans intermittences. Il n'y a point, à proprement parler, de temps d'arrêt suivis de poussées. Elle débute d'une manière insensible et sans que les malades en aient la conscience. Leur attention n'est enfin attirée que par la toux et l'expectoration qui en sont les premiers symptômes et les phénomènes les plus permanents. Sa marche a la régularité et la persistance d'une inflammation chronique entretenue par une influence diathésique peu énergique. Chez tous les malades qu'il m'a été donné d'observer, l'affection durait depuis plusieurs années. Celle de la première observation citée plus haut a été constatée par l'auscultation, il y a maintenant six ans, et avait certainement commencé bien avant cette époque. Quant à celle de la seconde observation, je crois qu'on peut en reporter le début à plus de dix ans, avec cette circonstance que la marche a été plus active depuis quatre ans. C'est donc une maladie à très longues périodes et ayant une durée presque indéfinie.

La pneumonie vésiculaire chronique serait déjà une maladie grave en raison de sa longueur interminable, mais, en outre, je l'ai vue se terminer trois fois par la mort. Je n'ai malheureusement pas pu suivre ces trois malades jusqu'à la fin, de sorte que je ne puis donner aucun détail sur les circonstances qui l'ont amenée. Toutefois je sais qu'il s'était formé des excavations dans le poumon, et il est probable que la terminaison a eu lieu de la même manière que chez les tuberculeux. Je dois noter qu'un de ces trois malades avait été, huit ans avant que je fusse appelé à lui donner des soins, atteint d'une pneumonie aiguë dont il avait beaucoup négligé la convalescence; il y avait eu ensuite une rechute dont il ne s'était jamais bien rétabli. Ce malade portait en outre une carie du maxillaire inférieur avec plaie fistuleuse et avait tous les attributs de la diathèse scrofuleuse la plus prononcée. C'est le seul exemple où j'aie vu la maladie chronique clairement précédée de pneumonie aiguë. Si on la compare au point de vue de sa gravité avec la phthisie tuberculeuse, on voit d'après cela que cette dernière amène beaucoup plus souvent une terminaison funeste, puisque sur trente-deux cas, je n'ai vu encore la mort arriver que trois fois. Il est vrai que treize de ces malades n'ont plus été soumis à mon observation depuis la saison pendant laquelle j'ai dirigé leur traitement thermal, mais aucun d'entre eux ne m'avait paru devoir prochainement succomber. Quant à ceux que j'ai pu suivre jusqu'à ce jour, sept peuvent être considérés comme guéris, neuf en voie d'amélioration et trois dans un état stationnaire. Il est évident que les conclusions de cette statistique restreinte sont beaucoup plus favorables que celles de la phthisie tuberculeuse.

L'étiologie de la pneumonie vésiculaire chronique est impossible à établir dans l'état actuel de la science. Le seul fait qui, à cet égard, me paraisse tout à fait probable, c'est qu'elle se développe presque toujours sous l'influence de la diathèse scrofuleuse. M. le docteur Villemin, dans le travail que j'ai souvent cité, met vivement en relief ce point de vue en s'appuyant d'inductions et d'analogies très convaincantes. Il fait ressortir avec raison que le scrofulisme prédispose principalement aux affections épithéliales des muqueuses et de la peau, et que la muqueuse respiratoire ne jouit sous ce rapport d'aucun privilége. En fait, il est certain que la presque totalité des malades que j'ai observés était évidemment atteinte de scrofulisme ou de lymphatisme au plus haut degré; et si l'on n'a pas perdu de vue la marche de la pneumonie vésiculaire telle que je l'ai observée, on peut se convaincre que l'évolution de cette inflammation est tout à fait analogue à celle des adénites cervicales et mésentériques développées sous la même influence: même lenteur dans la marche, même inactivité dans l'élément phlegmasique, même état stationnaire pendant un temps indéfini, même sécrétion morbide; tout est semblable, eu égard à la différence de siége. Comme cause prochaine, je signalerai les chagrins concentrés qui m'ont paru avoir une influence réelle sur le développement de la pneumonie vésiculaire chez plusieurs malades. Je n'ai vu qu'une seule fois cette affection survenir évidemment à la suite de pneumonie aiguë. Dans tous les autres cas, elle s'est développée d'emblée, de sorte que les phlegmasies aiguës ne me semblent point avoir de rapport de causalité avec elle. Enfin, je ne l'ai jusqu'à présent observée que sur des adultes.

Je ne traiterai point ici la question thérapeutique, ayant l'intention de le faire dans un travail spécial qui sera publié ultérieurement.

Telles sont les recherches cliniques que j'ai faites sur la pneumonie vésiculaire chronique pendant cinq années, à la station thermale des Eaux-Bonnes. Si incomplètes qu'elles soient encore, j'ai cru devoir les publier, et j'y ai été surtout déterminé par les études d'anatomie micrographique que j'ai mises en regard de mes observations. J'ai cru que les unes étaient le complément nécessaire des autres et qu'elles se prêtaient un mutuel appui; on voit qu'il s'agit d'une maladie non encore décrite et évidemment confondue par les auteurs avec la phthisie tuberculeuse. Ce n'est point la pneumonie chronique simple dont M. le docteur Charcot, dans sa thèse d'agrégation (1), a si bien tracé les caractères; c'est une pneumonie spéciale que notre cher et vénéré maître, M. Andral, avait certainement observée, car ce n'est qu'à elle que peuvent se rapporter plusieurs passages de sa *Clinique médicale* et notamment le suivant: « La pneumonie chronique qui est telle dès son début, a été beaucoup plus souvent rencontrée par nous dans les lobes supérieurs que dans les autres parties du poumon (1). » Dans un autre endroit, il dit que la pneumonie chronique n'est pas rare, qu'elle peut succéder à l'aiguë, mais que le plus souvent elle débute d'emblée et qu'elle affecte trois formes: lobaire, lobulaire, vésiculaire. Il ne serait pas difficile de rencontrer dans les auteurs des faits qui me semblent également ne pouvoir appartenir qu'à la pneumonie vésiculaire chronique (2). Tels sont, par exemple, les deux cas observés par M. le docteur Bennett chez des enfants: la maladie avait simulé la phthisie; l'huile de foie de morue fut employée à haute dose, et les deux malades guérirent; il est facile de conjecturer que chez ces deux enfants l'affection pulmonaire s'était développée sous l'influence de la diathèse scrofuleuse.

Mais je m'arrête ici avec le ferme espoir que, si je n'ai pas réussi à faire partager à tout le monde la profonde conviction qui m'anime, ce travail provoquera de nouvelles recherches, de nouvelles observations, qui achèveront de faire éclater la lumière sur ce sujet difficile.

(1) *De la pneumonie chronique.*
(1) *Clinique médicale*, 3e édit., t. III, p. 498.
(2) Ou peut-être aussi à une certaine forme de pleurésie chronique.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur l'origine apparente et sur l'origine réelle des nerfs moteurs crâniens. — Détermination expérimentale de cette dernière*, par M. *A. Chauveau*. — L'auteur, en terminant son mémoire, résume, dans les conclusions suivantes, les résultats de ses recherches :

1° Le point d'émergence des racines des nerfs moteurs encéphaliques, ou l'origine apparente de leurs tubes nerveux, ne partage nullement les propriétés physiologiques de ces racines.

2° Sur les mêmes animaux récemment tués, la substance propre de la moelle allongée est également inexcitable dans ses parties profondes ; mais les fibres des racines qui traversent cette substance sont excitables dans toute l'étendue de leur trajet intra-médullaire, au même titre que leur partie libre.

3° Cette excitabilité de la partie profonde ou engagée des racines existe non-seulement dans l'élément fibreux ou tubulaire de ces racines, mais encore dans l'élément cellulaire.

4° Sur les animaux vivants, la mise en jeu du pouvoir excito-moteur propre de la moelle allongée peut provoquer des phénomènes spéciaux ; mais les faits relatifs à l'excitabilité de l'origine apparente et de l'origine réelle des nerfs conservent néanmoins les caractères qui viennent d'être signalés.

5° En résumé, l'*origine réelle* des paires motrices crâniennes, représentée par les cellules qui forment le point de départ des filets nerveux, et la partie intra-médullaire de ces filets, jouissent de la même excitabilité que la partie libre des racines ; l'*origine apparente*, représentée par le point des faisceaux médullaires d'où émergent ces racines, ne possède cette propriété, ni superficiellement, ni profondément. (*Comm.:* MM. Bernard et Longet.)

CHIRURGIE. — *Sur la translucidité complète de certaines hydrocèles de la tunique vaginale : moyen d'éviter la lésion du testicule et de l'épididyme dans l'opération de la ponction*, par M. *Marcelin Duval*. — Dans les cas où, en raison de la situation du testicule et de la translucidité de la tumeur, il est impossible de constater, soit à l'aide de la vue, soit par le toucher, la situation du testicule et de l'épididyme, M. Duval, dans le but de préserver cet organe de toute blessure pendant l'opération, conseille le procédé suivant : on fait un petit pli transversal au scrotum vers la partie inférieure et antéro-externe de la tumeur. Ce pli est incisé perpendiculairement, dans l'étendue seulement nécessaire à l'introduction du trocart que l'on pousse doucement jusqu'à son entrée dans la tunique vaginale. Le trocart est dirigé un peu de dedans en dehors, et plutôt de bas en haut que directement d'avant en arrière. Quand on a traversé la tunique, on s'arrête un moment pour tirer à soi le poinçon, de manière à cacher sa pointe dans la canule ; puis on enfonce celle-ci, de bas en haut, presque parallèlement à l'axe du corps, en l'inclinant légèrement du côté externe de la tumeur. Si l'on tente la cure radicale, on injecte alors le liquide auquel on donne la préférence (teinture d'iode, vin, alcool, etc.). (*Comm.:* MM. Velpeau et Jobert, de Lamballe.)

THÉRAPEUTIQUE. — *De l'acide carbonique en inhalations comme agent anesthésique efficace et sans danger pendant les opérations chirurgicales*, par M. *Ch. Ozanam*. — J'avais à ouvrir, dit l'auteur, un abcès profond situé à la partie inférieure et interne de la cuisse chez un jeune homme. Je me servis, pour l'endormir, d'un mélange de trois quarts d'acide carbonique et un quart d'air atmosphérique ; ce mélange était contenu dans un sac de caoutchouc d'une capacité de 25 litres environ.

Un long tube flexible partait du sac et se terminait par une embouchure en forme d'entonnoir qui pouvait s'appliquer autour du nez et de la bouche du malade ; mais on se garda bien de l'appliquer hermétiquement ; on laissa, au contraire, un petit espace pour que le malade pût aspirer, en même temps que l'acide carbonique, une certaine quantité d'air extérieur.

On ouvrit le robinet ; on pressa sur le sac, et l'inhalation commença.

Le sommeil fut obtenu au bout de deux minutes environ, et, pendant ce temps, j'observai deux phénomènes particuliers : 1° l'accélération du mouvement respiratoire ; 2° une sueur abondante du visage.

Le malade étant endormi, je fis l'incision de la peau et des tissus sous-jacents, sans que le malade fît le moindre mouvement ou proférât la moindre plainte. Il y avait donc insensibilité complète. Puis, au moment où l'opération allait finir, je fis interrompre l'inhalation, et je donnai seulement alors le dernier coup de bistouri.

Bien différent des autres, celui-ci fut ressenti, quoique d'une manière très supportable, et le malade retrouva immédiatement connaissance. (*Comm.:* MM. Velpeau, Andral, J. Cloquet.)

— M. *Picard* envoie une note sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical du croup. (*Comm.:* MM. Bernard et Jobert, de Lamballe.)

— M. *Le Roux* soumet au jugement de l'Académie une note intitulée : DÉFAUT D'ACHROMATISME DE L'ŒIL ; APPAREIL DESTINÉ A LE METTRE EN ÉVIDENCE. (*Comm.:* MM. de Senarmont, Bernard et Fizeau.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Transformation des entozoaires*, lettre de M. *P.-J. Van Beneden* à M. *N*..., à l'occasion d'une communication récente de MM. *Pouchet* et *Verrier*. — Nous extrayons de cette lettre les passages suivants :

« A la séance du 5 mai dernier, MM. Pouchet et Verrier aîné ont fait connaître à l'Académie le résultat de quelques expériences qu'ils ont faites sur le *Cœnure cérébral* du mouton et le *Tænia serrata* du chien. Ces savants m'attribuent dans cette notice une opinion qui n'a jamais été la mienne.

» MM. Pouchet et Verrier prétendent que, selon moi, le *Cœnure cérébral* serait la larve ou le scolex du *Tænia serrata*. Or, dans mon MÉMOIRE SUR LES VERS INTESTINAUX et dans la ZOOLOGIE MÉDICALE, que j'ai publiée en collaboration de mon ami Paul Gervais, le ténia provenant de cœnure figure comme espèce distincte, sous le nom de *Tænia cœnurus*, et celui qui provient du *Cysticerque pysiforme* du lapin, sous le nom de *Tænia serrata*.

» C'est pour ne pas avoir distingué ces deux espèces de vers qu'à mon avis MM. Pouchet et Verrier n'ont point vu réussir leur expérience principale, et c'est à cause de cet insuccès surtout qu'ils expriment du doute sur la doctrine des métamorphoses des entozoaires et de leurs pérégrinations à travers les organismes.

» Au lieu d'administrer des œufs de *Tænia cœnurus*, ces messieurs ont sans doute fait avaler aux moutons des œufs de *Tænia serrata*. S'ils veulent assurer le succès de leur expérience, qu'ils administrent des œufs provenant positivement de *Tænia cœnure*, et ils verront, comme les autres, tous les phénomènes du tournis faire leur apparition.

» Depuis quelques années, une seconde espèce de ténia a été signalée chez l'homme, le *Tænia mediocanellata*. Elle a été observée déjà dans divers pays. Si ce ver est véritablement distinct de *Tænia solium*, par quel véhicule s'introduit-il, quels sont les caractères de son cysticerque (scolex) et où ce dernier vit-il?

» Tenant compte de tous les faits qui se rattachent à l'histoire de ce ver, un savant et habile professeur de Giessen, M. Leuckart, a été conduit à faire prendre des œufs de *Tænia mediocanellata* à des veaux, et, au bout de peu de temps, il a vu se développer une si abondante quantité de cysticerques, dans les muscles surtout, qu'il en est résulté une sorte de ladrerie.

Digitized by Google

Et ce qui donne surtout à cette expérience une haute valeur, c'est que ce cysticerque présente déjà dans les kystes du veau tous les caractères distinctifs du ténia adulte.

» Ainsi le ténia se développe aussi par l'usage de la viande de veau et de bœuf, mais c'est une espèce particulière qui a toujours été confondue avec le *Tænia solium*.

» Dans l'état actuel de la science, il est permis d'affirmer que le *Tænia solium* s'introduit chez l'homme par le porc, le *Tænia mediocanellata* par le veau ou le bœuf, et le bothriocéphale ou le ténia large des anciens auteurs (en Suisse, en Pologne et en Russie) par l'eau. L'homme s'infecte ainsi, conformément à son régime mixte, de ténias véritables à couronne de crochets, comme les carnassiers; de bothriocéphales ou ténias sans couronne de crochets, comme les herbivores : les premiers pénètrent par la chair qu'il mange, les autres par l'eau qu'il boit. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Une observation de polype du larynx enlevé à l'aide d'un instrument tranchant sans avoir eu recours à la bronchotomie, par M. le docteur *Bruns* (de Tubingue). (*Comm* : MM. Malgaigne, Larrey et Huguier.) — *b*. Un rapport d'épidémies, par M. le docteur *Barret* (de Carpentras). (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit : Un mémoire sur l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, par M. le professeur *Pétrequin* (de Lyon). (*Comm.*: MM. Bouchardat, Trousseau et Roger.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Lafosse se défend d'avoir caractérisé d'eaux aux jambes la maladie dont était atteinte la jument de M. Corail, qui a servi aux expériences de Toulouse, contrairement aux affirmations de M. Depaul.

M. *Depaul* maintient ses assertions et cite à l'appui la lettre même de M. Lafosse, insérée dans l'UNION MÉDICALE, il y a deux ans, à l'époque où les inoculations ont été pratiquées.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Bouley*. L'heure avancée ne m'a pas permis dans la dernière séance d'insister suffisamment sur l'origine du cowpox et sur la valeur de la doctrine émise par Jenner sur ce sujet. Les faits sur lesquels le médecin anglais s'appuie pour démontrer que le cowpox provient de la *grease*, ou mal aux talons du cheval, ont été révoqués en doute par M. Depaul et regardés par lui comme des propos d'écurie, des cancans de palefreniers, de laitiers, de vachers, etc. Je viens aujourd'hui fournir des preuves irrécusables et qui ne permettront plus de nier l'authenticité des observations de Jenner. Je demande donc à l'Académie la permission de lui citer des passages que j'ai extraits moi-même de l'ouvrage de l'immortel inventeur de la vaccine. Ces citations sont assez longues; mais elles ont une telle importance que je ne crois pas pouvoir me dispenser de les lire à cette tribune.

M. Bouley donne lecture d'une analyse détaillée du mémoire de Jenner, et il exprime le regret de voir qu'un travail si remarquable, sorti des mains d'un observateur si éminent, soit presque oublié et même dédaigné de nos jours. Sans doute, le contrôle expérimental manque à ces observations, mais les conceptions d'un homme de génie ne doivent pas être perdues pour nous. Étudions de nouveau le mémoire de Jenner; méditons-le et vérifions par l'expérience les faits qu'il avance.

M. *Depaul*. M. Bouley n'a rien ajouté à ce que nous connaissions tous. Comme lui, je professe le plus grand respect pour le génie de Jenner. La seule chose que je conteste, c'est que les observations citées dans l'ouvrage de Jenner aient été faites par lui-même. La majeure partie des faits renfermés dans ce remarquable travail ont été racontés à Jenner, et cet illustre médecin n'a fait que tirer de ces faits des interprétations, des hypothèses. Mais, quel que soit le génie d'un homme, une hypothèse de sa part n'a pas d'autre valeur qu'une hypothèse.

Et c'est sur de pareilles observations, sur de semblables hypothèses que vous basez votre opinion! Voilà les autorités que vous invoquez pour avancer que le cowpox provient des eaux aux jambes! Mais savez-vous vous-même ce qu'il faut entendre par eaux aux jambes, par mal du talon, ulcère du talon? Ces dénominations vagues indiquent suffisamment la confusion de vos idées à cet égard. Commencez donc par vous entendre sur la nature des eaux aux jambes, puis vous nous direz s'il est juste de leur attribuer l'origine du cowpox.

M. *Reynal*. Quoique Jenner ne soit pas entré dans des détails suffisants sur ses expériences, je crois que c'est bien la matière des eaux aux jambes qu'il a inoculée. Si les expériences de Jenner pouvaient être révoquées en doute, il serait possible, en revanche, d'en citer un grand nombre qui sont incontestables, celles, par exemple, de Wiborg et de Colemann.

Du reste, il existe chez les animaux des maladies qui diffèrent beaucoup dans les diverses périodes de leur évolution, qui même diffèrent tellement qu'il est difficile de reconnaître les phases d'une même affection quand on n'en connaît pas très rigoureusement la marche. Les eaux aux jambes sont de ce nombre. Aussi certains auteurs les désignent-elles par les termes suivants : eaux aux jambes avec engorgement, eaux aux jambes avec vésicules, eaux aux jambes avec crevasses, eaux aux jambes avec ulcération. Les descriptions qu'en donnent tous les vétérinaires témoignent suffisamment que ces dénominations correspondent à autant de périodes de l'évolution d'une même maladie.

Après avoir donné une description détaillée des eaux aux jambes, M. Reynal rapporte un grand nombre d'expériences faites en Angleterre, en Allemagne et en Italie par des vétérinaires distingués, et qui prouvent péremptoirement, selon lui, que les eaux aux jambes du cheval peuvent donner lieu au cowpox, quand l'humeur est inoculée sur le pis des vaches. Mais, pour que l'inoculation réussisse, il faut prendre l'humeur des eaux aux jambes au début, des eaux aux jambes pustuleuses, et pratiquer l'inoculation sur des vaches jeunes encore, et autant que possible à une époque peu éloignée du moment de la gestation. Si beaucoup d'expériences n'ont pas réussi, cela tient à ce que les expériences n'ont pas été faites dans ces conditions, que l'orateur considère comme essentielles. J'ai vainement tenté, dit M. Reynal, d'inoculer le produit de la sécrétion des eaux aux jambes à la vache; mais, malgré cet insuccès, je ne me crois pas autorisé à révoquer en doute ou à nier le résultat heureux des inoculations faites par divers expérimentateurs.

M. Reynal discute ensuite l'opinion émise par M. Depaul relativement à la variole des bêtes ovines, bovines et chevalines. Selon lui, il n'y a aucune analogie entre le claveau ou la clavelée et la variole et le cowpox. L'observation clinique et l'expérimentation physiologique sont d'accord pour contredire l'opinion émise à cet égard par M. Depaul.

M. *Leblanc*, avant de prendre la parole, met sous les yeux de l'Académie la jambe d'un cheval affectée d'eaux aux jambes. Cette lésion est déjà ancienne sur cette pièce anatomique; et, suivant l'opinion de M. Gibert, elle offrirait quelque analogie avec le lupus de l'homme.

Après cette présentation, M. Leblanc aborde l'objet de la discussion actuelle. Revenant sur le fait de Brissot, communiqué, en 1860, par M. Mannoury (de Chartres), l'honorable académicien rappelle les doutes qu'il émit à cette époque sur la propriété vaccinogène des eaux aux jambes du cheval. Presque tous les prétendus cas de production de vaccine par

Digitized by Google

les eaux aux jambes, ajoute-t-il, n'ont pu supporter un contrôle sérieux et des épreuves concluantes.

Quant au fait de Toulouse rapporté par M. Lafosse, il tendrait avant tout à prouver qu'il existe chez le cheval une varioloïde transmissible à la vache, et produisant chez ce dernier animal la vaccine. C'est là, pourtant, une particularité bien extraordinaire, quand il est bien démontré aujourd'hui que la clavelée, qui a, en apparence du moins, bien plus d'analogie avec la vaccine que ne paraît en avoir la maladie de Toulouse décrite par MM. Lafosse et Sarrans, ne se transforme pas en vaccine lorsqu'elle est inoculée à la vache, et qu'elle ne jouit pas non plus de la vertu de préserver l'homme de la variole. Aussi M. Leblanc n'est-il pas disposé à accepter sans réserve l'assimilation trop absolue que M. Depaul a cherché à établir entre une série de lésions éruptives propres au cheval, à la vache et au mouton, et qu'il a désignées sous le nom de *variole* des bêtes ovines, bovines et chevalines.

M. Leblanc se rapproche, au contraire, de l'opinion émise par M. Depaul quand il nie que le cheval dont il est question dans l'affaire de Toulouse fût atteint des eaux aux jambes. L'orateur, qui fit exprès le voyage de Toulouse pour examiner le cheval malade, se prononça, dès cette époque, d'une manière négative, et aujourd'hui il pense plus que jamais que la maladie observée et décrite par M. Lafosse diffère des eaux aux jambes, et mérite de fixer l'attention des vétérinaires. Il a eu, quant à lui, l'occasion de l'observer sur deux chevaux depuis deux ans.

En admettant, avec M. Lafosse, que le liquide provenant de cette lésion produise la vaccine quand on l'inocule aux mamelons des génisses, peut-on dire, selon l'expression de M. Depaul, que c'est la variole du cheval qui se transmet à la vache, chez laquelle elle va prendre le nom de vaccine, après s'être légèrement modifiée dans sa forme? Ou devra-t-on dire, tout simplement, qu'une maladie pustuleuse, encore innominée et non classée, du cheval peut provoquer ou créer la vaccine, comme cela a été dit des eaux aux jambes? M. Leblanc déclare qu'il penche évidemment vers l'opinion de M. Depaul.

« C'est vous dire, ajoute-t-il en terminant, que je ne crois encore qu'à la vaccine spontanée chez la vache. Je n'admettrai d'autre origine de cette maladie que lorsque des faits plus concluants que ceux connus jusqu'à ce jour seront venus me démontrer que l'on peut faire naître la vaccine, presque à volonté, sous des influences déterminées d'avance, et notamment sous l'influence du contact et de l'inoculation des eaux aux jambes et de la maladie pustuleuse décrite par MM. Sarrans et Lafosse. »

M. *Bouley*. Il me semble résulter de tout ce qui a été dit pendant cette discussion que le cheval est une source de vaccine, mais qu'on ignore encore la nature précise de la maladie dont l'inoculation produit le cowpox. Puisque les expériences de nos devanciers n'éclairent pas suffisamment la question, faisons table rase du passé, et cherchons la solution du problème dans une expérimentation nouvelle.

Biomètre et biométrie. — M. le docteur *Collongues* donne lecture d'un mémoire intitulé : *La dynamoscopie, le biomètre et la biométrie.*

L'auteur résume ainsi son mémoire :

L'étude du bourdonnement aux extrémités digitales conduit à cette distinction :

1° Que le bourdonnement appartient au doigt écouté;

2° Que ce bruit a des caractères distincts dans l'état de santé et de maladie;

3° Que les paralysies se montrent toujours en rapport avec l'affaiblissement du bourdonnement;

4° Que son abaissement lent et graduel après la mort de la surface du corps, indique le passage de la mort apparente à la mort réelle.

Tels étaient les résultats acquis par la dynamoscopie.

Mais le bourdonnement est un son, et, comme tel, doit subir tous les caractères assignés par les physiciens.

L'application des lois de l'acoustique à l'étude du bourdonnement, tel est l'objet du mémoire présenté aujourd'hui par M. Collongues.

Pour cette démonstration, il a imaginé un instrument qui a la forme d'un diapason, et qui peut à l'aide de deux curseurs, en faisant vibrer ses lames, reproduire plusieurs bourdonnements différents en hauteur, mais qui tous peuvent être pareils à ceux des doigts de l'homme.

Cet instrument, appelé *biomètre*, permet de faire entendre huit notes, indiquées chacune par un nombre absolu de vibrations.

A telle note correspondent tant de vibrations. Donc, tant de vibrations signifient telle note, et réciproquement.

Le bourdonnement représente ainsi un chiffre.

L'application du biomètre à l'étude de l'homme en santé ou malade, tel est l'objet de la biométrie.

Cette nouvelle méthode détermine le nombre des vibrations d'un doigt, l'indicateur gauche par exemple, puis le nombre de vibrations d'un même doigt, l'indicateur droit, et compare les deux chiffres.

Il se trouve que dans l'état de santé il existe 72 vibrations à droite et à gauche.

Ce nombre ne se reproduit pas dans les maladies.

Dans une hémipleurésie avec épanchement, on entend 72 du côté malade, et 53 du côté bien portant, aux indicateurs.

Cette méthode peut s'appliquer à tous les états possibles. On constate ainsi sur soi les propres variations et les différences de vibration observées avec les changements de temps. (*Comm.* : MM. Roger, Longet et Béclard.)

La séance est levée à cinq heures.

VI

REVUE DES JOURNAUX.

Formule d'un sirop fébrifuge laxatif,
par Pavesi de Mortara.

Considérant que le sulfate de cinchonine est un excellent fébrifuge, moins amer que le sulfate de quinine, et que, uni à une infusion concentrée de café torréfié, il perd notablement de son amertume, sans diminuer d'énergie, l'auteur propose la formule suivante :

Pr. Sulfate de cinchonine........	18 parties.
Sucre raffiné................	600 —
Eau distillée................	1000 —
Acide citrique cristallisé.....	10 —
Café vert du Levant torréfié...	150 —
Séné oriental................	50 —
Rhubarbe de Perse.........	25 —

Le café torréfié, la rhubarbe, le séné réduits en poudre grossière, sont traités par l'eau bouillante; on opère de façon à obtenir ainsi 600 grammes de liquide; ce liquide est placé sur le feu dans un récipient de cuivre; on ajoute alors le sel de cinchonine, l'acide citrique et le sucre; la solution se fait au bain-marie, et on laisse évaporer à une douce chaleur jusqu'à consistance d'un sirop épais. Le produit ainsi obtenu est conservé dans de petites bouteilles qu'on tient dans un lieu frais et sec.

Le café torréfié n'enlève pas seulement l'amertume du sulfate de cinchonine, mais il masque l'odeur désagréable du séné et de la rhubarbe sans en atténuer les qualités fébrifuges et laxatives. L'acide citrique augmente la solubilité du sel de cinchonine, et il exalte les propriétés fébrifuges du café, comme l'ont déjà constaté Grindel, Pouqueville, Murray, Thomson et autres. (*Lo Sperimentale*, 1862.)

Digitized by Google

Cas de pleuro-pneumonie terminée par un abcès à la région lombaire, par le docteur BRANDICOURT.

OBS. — Rose Guilbert, âgée de vingt-deux ans, fut atteinte d'une pleuro-pneumonie vers le 20 avril de l'année dernière. Cette maladie n'eut point des allures bien franches : ainsi il existait bien un point de côté, des crachats blancs, visqueux, de la matité à la percussion; mais on ne put entendre le râle crépitant propre à la pneumonie. La malade fut traitée par des émissions sanguines, le tartre stibié à hautes doses, et plus tard par des vésicatoires, mais sans succès bien apparent; les mêmes symptômes persistaient toujours : fièvre, gêne de la respiration, matité, crachats visqueux, etc.

Ce ne fut guère qu'un mois après le début de la maladie que des crachats rouillés furent rejetés; et cette expectoration sanguinolente, accompagnée de fièvre, de matité du côté droit, et d'absence du bruit respiratoire, dura environ un mois, et fut remplacée après ce laps de temps par un catarrhe muqueux ou muco-purulent. La toux était continuelle, malgré tous les calmants auxquels on eut recours, et l'expectoration était excessivement abondante.

La malade était sans appétit; les forces étaient épuisées; sa fraîcheur et son embonpoint avaient disparu; la matité de la région dorsale, l'absence du bruit respiratoire (du même côté) et la persistance de ces symptômes, malgré l'emploi d'un grand nombre de sédatifs et de révulsifs, me firent penser, dit l'auteur, qu'il existait dans la plèvre gauche un épanchement purulent.

Je songeais aux ressources qu'offre la thoracentèse lorsqu'une douleur vive se révéla dans la région rénale gauche (au mois de juillet), douleur qui persévéra pendant plusieurs semaines, et me fit croire qu'un travail phlegmasique avait lieu dans la région douloureuse, et que probablement le pus de la plèvre cherchait une voie pour se faire jour, soit dans le gros intestin, soit dans les conduits urinaires, soit enfin à l'extérieur. Bientôt je vis mes prévisions devenir moins hypothétiques; car, à la fin du mois d'août, une tumeur apparut dans la région douloureuse.

Cette tumeur, qui consistait en une légère tuméfaction des tissus, était située dans la région lombaire; elle commençait à environ deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque gauche; elle était limitée en dedans par le rachis, et se laissait apercevoir dans une étendue de trois doigts en hauteur et deux doigts en largeur. La fluctuation était loin d'y être bien sensible; c'était plutôt un empâtement que l'on sentait sous le doigt qui pressait qu'un véritable mouvement de fluctuation, ce qui annonçait que le foyer devait être profond. Je ne doutais pas que ce ne fût là le pus de la poitrine, et je proposai de faire la ponction de la tumeur. La malade hésita d'abord à se laisser ponctionner; mais, vers le milieu de septembre, son état devenant de plus en plus intolérable par l'opiniâtreté de la toux et l'abondance de l'expectoration, elle s'abandonna à ma discrétion. Séance tenante, et sans prendre aucune précaution, de peur qu'en ajournant l'opération je trouvasse ma malade dans des dispositions moins favorables à mon dessein, je ponctionnai la tumeur avec un bistouri droit que j'enfonçai de 5 centimètres environ avant de voir le pus *jaillir*. L'expression *jaillir* est le mot convenable; car, à peine mon bistouri fût-il retiré que le pus sortit avec un jet qui, sous l'influence du mouvement respiratoire, imitait parfaitement le jeu d'une fontaine intermittente. Le lit de la jeune fille fut littéralement inondé, les matelas traversés par le liquide, et je ne crains pas d'exagérer la vérité en disant qu'il sortit au moins 3 litres de pus. Enfin je crus que la source était intarissable, et pensant qu'il pouvait être imprudent de vider complétement et immédiatement la poitrine, j'essayai d'arrêter l'écoulement; je n'y parvins qu'avec peine, et même les parents m'apprirent le lendemain que, pendant la nuit, il s'était échappé au moins un litre de pus.

Ce pus avait à peu près la consistance du lait; c'était un pus un peu séreux, mais de bonne couleur. Il continua à sortir pendant un mois, c'est-à-dire que durant ce laps de temps il en sortait tous les jours une petite quantité, qui était facilement absorbée par le plumasseau de charpie recouvrant l'ouverture étroite de l'abcès.

— Ce qui mérite l'attention des praticiens dans cette observation, ce n'est point tant, comme le fait remarquer l'auteur, la voie d'élimination qu'avait choisie la nature, que les résultats de l'ouverture de l'abcès. Aussitôt qu'on eut bouché cette ouverture, après l'écoulement des trois premiers litres de pus, on percuta la région dorsale, et l'on retrouva une sonorité bien marquée là où il n'y avait eu jusqu'alors que la matité la plus complète. La partie inférieure seule de la cavité pleurale donnait encore un son légèrement mat. En auscultant, on entendit le bruit respiratoire que je n'avais pu percevoir depuis plusieurs mois.

Mais ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que le lendemain les parents de la patiente assurèrent que leur fille, qui était tourmentée par une toux opiniâtre, n'avait plus toussé, et l'expectoration, qui avait toujours été excessivement abondante, disparut en quelques jours.

Cependant le succès de l'opération resta douteux pendant quelque temps. Chaque soir la malade éprouvait des frissons, et la nuit l'ouverture de l'abcès laissait sortir une certaine quantité de pus. Les forces diminuaient encore, et l'on désespérait du salut de cette jeune fille. On eut recours néanmoins aux toniques, au quinquina principalement; les frissons disparurent en même temps que la fièvre; la suppuration se tarit ou devint insignifiante. Vers le commencement du mois de novembre, tout écoulement de pus avait disparu; le poumon gauche fonctionnait, mais moins aisément que l'autre bien entendu; les forces étaient revenues, et cette fille se trouvait enfin dans un état de parfaite santé, sauf l'apparition des règles, qui n'eut lieu que le 1er décembre. (*Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens.*)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie, par F.-A. LONGET, 2 volumes grand in-8. Paris, 1861, Victor Masson et fils.

(Suite et fin. — Voir le numéro 23.)

La contractilité des artères une fois démontrée et évaluée mathématiquement par des appareils ingénieux qui forcent en quelque sorte les vaisseaux mis en expérience à inscrire eux-mêmes sur le papier du sphygmographe les phénomènes fugitifs dont ils sont le siége, cette contractilité une fois connue dans ses effets physiques, on devait naturellement en rechercher les causes. Pas plus que celle des muscles ordinaires, elle n'est indépendante de l'action nerveuse; mais c'est seulement dans ces dernières années que cette vérité a été établie, et que l'on a connu les principaux nerfs *vaso-moteurs*, c'est-à-dire ceux qui tiennent sous leur dépendance la contraction ou le relâchement des vaisseaux.

Willis, Haller croyaient que les filets nerveux eux-mêmes se contractaient et rétrécissaient ainsi le calibre du vaisseau qu'ils entouraient de leurs mailles. Magendie, qui avait constaté la congestion pulmonaire qui suit la section des pneumogastriques, la regardait non point comme primitive, mais comme une altération de la nutrition de l'organe.

Henle et Stilling, vers 1840, admirent que le système nerveux ganglionnaire exerce une influence constante sur la contractilité des vaisseaux; ce dernier proposa et fit accepter le nom de nerfs *vaso-moteurs*. En 1847, Schiff montra que la paralysie de ces nerfs détermine non-seulement la dilatation des vaisseaux, mais encore l'élévation de la chaleur dans les parties auxquelles ils se distribuent. Enfin en 1851, par ses expériences sur le grand sympathique, M. Cl. Bernard vulgarisa la découverte de Schiff en montrant que la section de ce nerf au cou détermine une élévation de la température dans la moitié correspondante de la tête.

M. Cl. Bernard supposa d'abord que le système nerveux ganglionnaire exerce par un mécanisme insaisissable une action directe sur la calorification; mais bientôt MM. Brown-Séquard, Budge, Waller montraient que l'élévation de la chaleur est due simplement à cette circonstance, que la perte de la contractilité artérielle permet la distension des petits vaisseaux, un abord plus considérable du sang, et, par suite, une élévation de la température analogue à celle qui se montre dans les parties enflammées. C'est à cette dernière théorie que se rattache M. Longet; mais il rappelle aussi que d'autres nerfs, les filets du lingual par exemple, ont une influence diamétralement opposée; leur excitation détermine l'*élargissement* des vaisseaux et non plus leur rétrécissement. C'est dans l'étude

toute récente de la circulation dans les glandes que cette action singulière a été observée pour la première fois.

La seconde partie du nouveau fascicule est pour le moins aussi intéressante que la première. Elle renferme l'histoire des sécrétions, l'histoire des fonctions des glandes, celle du foie, de la rate, du corps thyroïde, du thymus, des capsules surrénales, etc. C'est, comme on le voit, le chapitre des inconnus ; car, malgré toutes les recherches si variées, si intéressantes, malgré les expériences si ingénieuses des physiologistes modernes, malgré la mort de milliers de lapins, de cochons d'Inde, de chiens, et même de grenouilles, sacrifiés sur l'autel de la physiologie, les prêtres et les augures de la science n'ont pu découvrir dans les entrailles palpitantes des victimes, pleurées avec des sanglots si bruyants par nos voisins d'outre-Manche, la vérité, qui n'a pas encore voulu se montrer telle qu'on la représente d'ordinaire. Ceux même qui cherchent à la contempler dans sa beauté, à la dépouiller du manteau qui la recouvre trop complétement, et dont ils n'ont encore pu qu'en soulever le bord.

Par le retentissement qu'ont produit, il y a dix ans, les découvertes de M. Cl. Bernard, par les discussions qu'elle a amenées, la fonction glycogénique du foie tient le premier rang dans l'histoire des sécrétions glandulaires.

Le foie, que les anciens considéraient comme un organe d'hématose, fut regardé plus tard comme un appareil destiné uniquement à sécréter la bile. Enfin M. Cl. Bernard, lui conservant cette dernière fonction, lui en attribua une seconde bien différente de la première, celle de sécréter du sucre : le foie enlevé à un animal sain, puis lavé dans un courant d'eau froide, est complétement privé de sucre ; mais si l'organe est ensuite abandonné à lui-même pendant quelques heures à la température ordinaire, le sucre y apparaît de nouveau en proportion quelquefois considérable.

Pour que le foie retiré de l'abdomen et lavé fit ainsi du sucre, il fallait qu'une substance capable de subir la transformation glycosique préexistât dans le foie à l'apparition du sucre : aussi bientôt et simultanément Hensen et Cl. Bernard parvinrent à isoler la substance glycogène hépatique, et la considérèrent comme une espèce de fécule animale appartenant en propre au parenchyme du foie.

La glycogénie hépatique atteignit alors l'apogée de sa fortune, jusqu'au jour où M. Ch. Rouget montra, dans la plupart des épithéliums et dans quelques autres éléments cellulaires du fœtus, les cellules glycogènes spéciales jusque-là aux organes hépatiques.

M. Longet n'admet pas la théorie de M. Cl. Bernard : *La transformation*, dit-il, *de la matière glycogène en sucre ne constitue pas une fonction spéciale du foie, elle n'est simplement qu'un résultat de la nutrition du tissu propre de cet organe.* C'est, nous le pensons, réagir un peu trop vivement contre des idées acceptées d'abord par presque tous avec cet enthousiasme exagéré qui supprime la réflexion et la critique ; la quantité de sucre, ou de matière donnant les réactions de sucre, sécrété ou excrété par le foie de l'adulte est trop considérable, relativement surtout à ce qui se passe dans les autres organes, pour qu'on ne la regarde que comme un simple résultat de nutrition. S'il en était ainsi, il ne resterait plus au foie qu'une seule fonction, celle de sécréter un liquide, la bile, que M. Longet lui-même a peine à regarder comme un produit purement de sécrétion : aussi l'éminent physiologiste penche-t-il du côté de l'opinion ancienne, et s'il ne regarde pas le foie comme un *organe épuratoire du sang*, il n'est pas éloigné de lui attribuer cette fonction pendant la vie intra-utérine. *Il paraît rationnel d'admettre*, dit-il, *que pendant la vie intra-utérine la sécrétion biliaire a pour usage d'épurer le sang qui, privé de l'influence de l'air dans les poumons, se revivifie dans le placenta.*

Mais encore ici une contradiction se présente : un seul et même organe peut-il, à divers moments de la vie, avoir une fonction tout à fait différente de celle qu'il aura plus tard ?

Puisque l'occasion se présente, nous voulons en profiter, et soumettre à notre illustre maître des idées que nous ont suggérées sur ce point des recherches sur le poumon, le foie, la circulation fœtale, entreprises à propos de nos concours de l'École pratique, et que déjà, il y a trois ans, nous avions émises en quelque sorte en famille, dans un travail remis aux juges du concours pour le prosectorat.

Nous pourrons plus facilement, du reste, montrer de cette manière l'impression que nous a causée la lecture du TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, car il nous semblait souvent que l'auteur, plus autorisé que nous, allait faire le dernier pas, et proposer une théorie à laquelle semblent concourir les découvertes faites dans ces dernières années sur le foie, la rate, les phénomènes nutritifs, découvertes et expériences qui font le sujet du fascicule qui nous occupe aujourd'hui.

Le foie, suivant la plupart des physiologistes, a pour usage principal de sécréter la bile, et ce liquide est utile, sinon nécessaire, à l'acte de la digestion. Mais alors pourquoi le foie est-il relativement plus volumineux, beaucoup plus même, chez le fœtus qui ne digère pas que chez l'adulte ?

Cependant le méconium, composé des principes résineux et colorants de la bile, vient montrer que le foie a fonctionné. Pourquoi cet organe fonctionnerait-il pour produire un liquide qui ne servira que beaucoup plus tard à la digestion ? D'un autre côté, si l'on admet la glycogénie hépatique, on donne à un même organe deux fonctions différentes et simultanées, unique exception dans notre économie animale.

Pour nous, le foie est un organe d'hématose et la bile un résidu.

Le sang est chargé de deux fonctions actives principales : apporter à nos organes des *matériaux plastiques* qui entretiennent les divers rouages de la machine humaine dans un état suffisant pour leur permettre d'accomplir les fonctions qui leur sont dévolues, réparer leurs pertes, accroître leur volume et leur puissance ; il doit donner, d'autre part, à ces mêmes organes les *matériaux dits respiratoires*, le combustible suffisant pour leur permettre d'obéir aux ordres permanents pour les uns, accidentels pour les autres, qu'ils reçoivent du système nerveux végétatif ou de relation ; donner, en un mot, l'excitation de la vie, l'agent qui transforme la machine végétante, mais inerte et immobile, en une machine active. La partie liquide du sang vivant paraît renfermer les aliments réparateurs ; la partie solide, le globule, semble fixer l'aliment excitateur universel, l'oxygène.

A cette dernière partie des fonctions du sang préside le poumon, aidé des lymphatiques et des chylifères, et l'action de ces organes s'exerce principalement sur les aliments dits respiratoires.

Émulsionnés en particules tenaces pendant l'acte de la digestion, soutirés de l'intestin par les chylifères, modifiés dans les ganglions, dans le canal thoracique, ils forment bientôt des globules presque semblables aux globules du sang, sauf leur couleur, sont jetés dans le système veineux avant le cœur et le plus près possible du poumon, se complètent par l'hématose pulmonaire, fixent l'oxygène et vont par tout notre organisme répandre l'excitation et la vie que donne seul le sang artériel.

Aussi voyons-nous le sang revenir rouge par les veines sortant de certaines glandes, parce que l'excitant y a été peu employé, parce qu'il n'y a eu là qu'un travail d'élaboration ne portant que sur la partie liquide, et nous voyons, au contraire, le sang veineux provenant des muscles en contraction revenir d'autant plus noir que plus d'excitant a été employé.

Cependant la digestion apporte parfois une trop grande quantité de ces matériaux respiratoires ; l'économie les met en réserve à l'état de graisse, et l'on voit leur abondance augmenter par l'inactivité, diminuer par l'état contraire. Mais si la digestion est intermittente, la dépense d'excitants est continue ; c'est dans l'intervalle des repas que la réserve est employée : c'est alors que le système lymphatique qui alterne

dans son action avec le système chylifère entre à son tour en activité et fournit l'aliment indispensable.

Si la réserve est suffisante et l'activité faible, comme pendant l'hibernation, la vie peut se continuer longtemps; elle s'arrêtera vite, au contraire, si la digestion cesse d'apporter de nouveaux matériaux, si la réserve est peu considérable et si en même temps l'activité continue.

Si le poumon sert à renouveler l'oxygène qui s'attache aux globules pour modifier l'élément excitateur, le foie est l'organe présidant à l'hématose des parties liquides du sang; c'est l'organe dans lequel ce sang, revenant des veines mésentériques, spléniques, stomacales, chargé de principes différents, s'élabore et transforme les nouveaux éléments qu'il renferme en une substance assimilable pouvant fournir les matériaux de réparation, pouvant donner la matière qui constitue la machine, qui deviendra de la fibrine, de l'albumine, de l'os, de la chair. Cette matière, en quelque sorte primordiale, c'est la fécule hépatique, le sucre du foie, lequel, après avoir subi peut-être une modification secondaire dans le poumon, disparaîtra peu à peu en se transformant dans l'organisme. Mais si par la suractivité morbide du foie qui la produit en trop grande abondance, si par le défaut des transformations ultérieures, cette substance devient trop abondante, dans l'un comme dans l'autre cas, l'économie la rejette par les reins et le diabète est produit.

Le fœtus, chez lequel la formation des organes a une activité exceptionnelle, a un foie d'un énorme volume relatif, parce qu'il est chez lui l'organe le plus important, la matière glycogène très abondante peut se retrouver non modifiée dans la plupart de ses tissus, et le méconium est la trace de ce travail d'activité hépatique.

Le rôle de la rate est encore plus inconnu que celui du foie. *En résumé*, dit M. Longet, *il est impossible de ne pas reconnaître tout ce qu'il y a encore d'hypothétique dans la plupart des données sur le rôle de la rate.*

En effet, trouvant dans cet organe des débris de globules sanguins, les uns, avec Gerlach, Schaffner, Funke, Beck, Bennett, admettent cette théorie *progressive* que la rate sert à former les globules sanguins; les autres, avec Kölliker, Ecker, de Landis, admettent, au contraire, la théorie *régressive* de la destruction des globules. Nous penchons, pour notre part, du côté de ces derniers, car M. Béclard a montré par ses analyses que le sang des veines spléniques renferme moins de globules que le reste du sang veineux, et qu'il contient une plus grande quantité de fibrine et d'albumine. Or, le globule sanguin paraît n'être qu'un composé d'albumine et de fibrine uni à la globuline, à un peu de substance colorante, et à des matières grasses.

Quel est l'agent de la dissolution des globules dans la rate? M. Goubaut a montré que l'ingestion des boissons accroît notablement le volume de cet organe. L'eau y arrive-t-elle par *ceux* des vaisseaux courts qui passent directement de l'estomac à la rate, comme nous l'avons montré dans des pièces déposées au musée Orfila? Y détermine-t-elle la dissolution des globules, comme elle le fait sur la platine du microscope? Cela est possible, mais ce n'est qu'une hypothèse; ce qui paraît surtout prouvé, c'est la dissolution de ces globules.

La veine splénique rapporte donc vers le foie un sang moins riche en globules, plus riche en fibrine, en albumine, renfermant de plus des matières grasses et colorantes rendues libres. Ce sang, au moment de la digestion, se mélange à celui qui provient de la dissolution, dans le tube digestif, des matières albuminoïdes, celles-ci avec l'albumine et la fibrine en excès provenant de la rate se modifient dans le foie pour former la matière glycogène et enfin la matière assimilable. Quant aux substances grasses, aux alcalis, à la matière colorante libre, elles ne doivent plus rester dans le sang, et sont éliminées à l'état de bile.

Cette théorie de l'excrétion biliaire rencontre une objection qu'on a faite plusieurs fois. Pourquoi la bile n'est-elle pas alors rejetée directement dans le côlon transverse, au lieu de l'être dans le duodénum? C'est que les matières grasses ne doivent pas être rejetées, parce qu'après une nouvelle modification elles peuvent encore servir, parce que cette modification, elles ne peuvent la trouver que dans le suc pancréatique, et elles sont, avec la bile, mises en réserve dans la vésicule, parce que cette sécrétion pancréatique est intermittente, et que le liquide de cette glande ne coule dans l'intestin qu'au moment de la digestion. Alors ces substances émulsionnées vont, avec les produits digestifs, accomplir dans les chylifères, les poumons, les lymphatiques, une révolution nouvelle et une destruction partielle : « L'eau, le mucus redissous, le chlorure de sodium, » le phosphate de chaux, le fer, le soufre, la soude, les phos- » phate, carbonate et lactate de soude, telles sont surtout, dit » M. Longet, les parties résorbables de ce fluide. »

Quant aux matières résinoïdes, à la cholestérine, à la matière colorante, elles devaient être et sont expulsées de l'économie, chez le fœtus comme chez l'adulte.

Telles sont les idées qu'a suggérées depuis longtemps dans notre esprit, l'étude des phénomènes de la nutrition; la lecture du dernier fascicule de M. Longet les a réveillées avec plus de force encore; nous en avons trouvé la confirmation tacite dans bien des pages de son remarquable ouvrage.

Aujourd'hui terminé, le traité de l'illustre et trop modeste physiologiste qui a la gloire d'avoir, autant que Magendie, fait entrer la science dans la voie si féconde de l'expérimentation, vient doter notre littérature médicale d'un livre qui résume l'état de nos connaissances sur les phénomènes de la vie normale. Il y a quelques jours nous rendions un compte très sommaire de la nouvelle édition du traité de M. J. Béclard. L'un et l'autre remplissent parfaitement le but que se sont proposé leurs auteurs. Au courant tous deux des découvertes incessantes faites en France, en Angleterre, en Allemagne, l'un, celui de M. Béclard, plus élémentaire comme le dit le titre lui-même, s'adresse aux élèves, aux médecins qui ne veulent ou ne peuvent faire qu'une étude limitée de la physiologie, qui cherchent à savoir surtout ce que l'expérience a montré vrai; l'autre, celui de M. Longet, rapporte et juge les discussions, montre la vérité en montrant en même temps la voie qu'a suivie l'erreur pour se métamorphoser en science positive.

Tous deux sont nécessaires, et le premier peut servir à préparer et à rappeler plus tard, en les résumant, les connaissances acquises par la lecture du second. Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

Le conseil général de l'Association des médecins, dans sa dernière séance, a désigné à l'unanimité de ses suffrages comme membres de la commission administrative : M. Godelier, professeur à l'École impériale d'application de médecine militaire, en remplacement de M. Ludger-Lallemand; et M. le docteur Caffe, en remplacement de M. Cazeaux. La même unanimité a conféré à M. Legouest, membre de la commission, le titre de secrétaire.

— La commission administrative de la Société centrale des médecins de France, dans sa réunion du 6 juin, a entendu une touchante allocution, prononcée par M. Michel Lévy, son président, à l'occasion de la mort de M. Ludger-Lallemand

Dans cette même séance, la commission administrative de la Société centrale a procédé à l'admission de quinze nouveaux membres.

— Le docteur Lockhart, qui avait déjà consacré vingt années d'une activité infatigable aux habitants du Céleste-Empire, et fondé à Shang-Haï un hôpital aujourd'hui bien connu, a doté d'un établissement analogue la capitale même de la Chine.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux, commencera le 12 juin. Les membres du jury sont : MM. Devergie, Bouneau, Gosselin, Mesnet, et Alph. Guérin, *juges titulaires*; Hérard, *juge suppléant*.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 20 JUIN 1862. N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine de Belgique : Discussion sur la dysentérie. — Société de biologie : Paralysie diphthéritique du voile du palais. — Altérations des nerfs. — II. **Travaux originaux**. Thérapeutique : De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif. — Médecine pratique : De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux**. Sur les lésions du cervelet. — V. **Variétés**. — VI. **Feuilleton**. Gymnastique médicale suédoise (kinésiatrie); traitement des maladies par le mouvement selon le système de Ling.

I

Paris, 19 juin 1862.

Académie de médecine de Belgique : DISCUSSION SUR LA DYSENTERIE. — *Société de biologie* : PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE DU VOILE DU PALAIS. — ALTÉRATIONS DES NERFS.

Nous nous sommes proposé, à l'occasion d'une discussion qui a eu lieu à l'Académie belge, sur la nature de la dysentérie (*Gaz. hebd.*, n° 21, p. 322), de montrer comment, pour résoudre une semblable question, il importait de ne pas considérer seulement les caractères les plus apparents de la lésion locale, tels que la rougeur, le gonflement, l'ulcération de la membrane muqueuse du côlon; ni les effets de certains remèdes, comme le nitrate d'argent ou la saignée locale, sur les altérations organiques. Il n'est personne, sans doute, qui, en voyant une muqueuse intestinale ayant appartenu à un sujet dysentérique, n'y reconnaisse immédiatement les traits généraux de ce qu'on appelle, dans le langage traditionnel, une inflammation. Mais, pour en tirer la conclusion que la dysentérie est de nature inflammatoire, il faut réduire la dysentérie elle-même à la lésion locale. Or, à priori, et indépendamment de toute autre considération, on sent tout ce qu'il y a d'arbitraire, d'insuffisant, de court, dans une pareille vue. C'est comme si, ne regardant qu'à la rougeur, à la chaleur et à la tension de la peau, on voulait faire rentrer dans les phlegmasies la pustule maligne ou la gangrène sénile. La dysentérie, au sens étymologique, n'est qu'un symptôme. La cause directe de ce symptome, c'est la lésion intestinale. S'il y a des cas où cette lésion est primitive, on pourra soutenir que la dysentérie n'est qu'une inflammation, sauf à spécifier la forme affectée dans cette circonstance particulière par l'inflammation. Mais si, dans d'autres cas, la lésion locale est elle-même consécutive, manifestement elle ne pourra servir de base fondamentale à la détermination nosologique de la maladie, et la *nature* de celle-ci sera représentée par sa cause primitive et essentielle. En d'autres termes, il pourra y avoir des dysentéries de plusieurs espèces, ayant pour caractères communs certains symptômes locaux, certaines lésions loca-

FEUILLETON.

Gymnastique médicale suédoise (kinésiatrie).

TRAITEMENT DES MALADIES PAR LE MOUVEMENT SELON LE SYSTÈME DE LING, aperçu scientifique communiqué par le Dr MÉDING.

(Suite. — Voir le numéro 23.)

Pour localiser davantage l'action musculaire, on emploie des positions spéciales, souvent très compliquées, qui permettent de laisser la presque totalité du corps en repos, en restreignant le mouvement à un très petit nombre de muscles ou même à un seul muscle.

On appelle *positions d'entrée* (*commencing positions, ausgangsstellungen*) et *positions finales*, les positions du corps ou des membres qui doivent marquer le commencement et la fin des mouvements gymnastiques. Elles sont choisies avec le plus grand soin pour chaque mouvement à exécuter. Les mouvements exécutés dans les positions couchée en long, demi-couchée ou assise, et avec appui par les mains d'un ou plusieurs gymnastes, ont une action plus profonde et directement localisée en rapport avec la position qu'on a choisie. Ceux qui sont exécutés sur une planche vibrante, pour la plupart passifs, permettent une commotion profonde et presque moléculaire de parties intimes, ainsi qu'un déplacement partiel du sang capillaire. Il y a de même des positions qui, selon les auteurs, artérialisent certaines parties ou certains côtés du corps : par exemple, lorsqu'on penche de 40 degrés environ le corps roide en avant, ou de côté, ou en arrière, en ne le soutenant que par la tête ou le cou. Le contraire a lieu dans le décubitus sur le dos, le ventre ou les côtés. Mais en général et pour la plupart des cas les positions d'entrée servent à relâcher la presque totalité des muscles pour pouvoir n'agir que sur un seul. Les positions d'entrée sont si nombreuses que le docteur Neumann, dans son MANUEL DES EXERCICES CORPORELS (en deux volumes, Berlin, 1856), en représente 129 et en décrit près

Digitized by Google

les (diarrhée, flux du sang, ulcération du côlon, etc.), et pour caractères distinctifs, déterminatifs des espèces, les causes qui ont engendré et les lésions locales et les symptômes locaux, et qui, de plus, se traduisent par des expressions particulières dans toute la phénoménalité morbide.

C'est ce qui arrive, en effet.

Étant convenu, en attendant les développements que nous donnerons plus loin, que la dysentérie se traduit *anatomiquement* par la rougeur, le gonflement, l'ulcération de la muqueuse, et *symptomatiquement* par des selles glaireuses, sanguinolentes, avec ténesme, nous disons que cette maladie, avec tous les traits essentiels de cette double expression anatomique et symptomatique, peut naître de causes multiples, qui en diversifient profondément la nature. On l'a vue produite par la présence de vers intestinaux ou de scybales, par l'effet de purgatifs drastiques. Plus fréquemment, elle succède à l'action du froid. Qu'on ne voie là qu'une forme particulière d'entérite, soit : la maladie, dans ces cas, *commence*, on peut le dire, à la lésion locale et aux symptômes qui en sont la conséquence immédiate; si cette lésion est une entérite, la dysentérie est une phlegmasie, et rien autre chose. Mais voici que la même maladie est engendrée par un poison, tantôt par un poison venu du dehors, tel qu'un miasme (*dysenteria palustris*), tantôt par un poison engendré dans l'organisme (pyémie); la lésion réalisée dans l'intestin sera bien encore une inflammation; mais la maladie, prise dans sa totalité, c'est-à-dire non séparée de son principe, non séparée des symptômes généraux et de la physionomie spéciale que ce principe spécifique lui imprime, la maladie est autre chose qu'une phlegmasie; c'est une intoxication. Et par là même, tout change pour le praticien : diagnostic, pronostic et traitement, parce que tout est changé dans la maladie : nature du mal, gravité des accidents et indications thérapeutique.

On ne note ici que des différences tranchées et évidentes. Mais la question est plus compliquée; chaque espèce a des variétés, en plus grand nombre probablement qu'on ne peut le dire dès à présent, mais dont quelques-unes peuvent être dès à présent déterminées. Le problème de la nature de la dysentérie, ou pour mieux dire, de la *fièvre* ou *affection dysentérique* consiste donc à discerner les causes locales ou générales dont elle procède. On peut bien réunir en une seule variété les causes qu'on pourrait appeler topiques, celles qui agissent immédiatement sur la membrane muqueuse, comme les fèces endurcies ou les helminthes; mais déjà il serait sage d'en séparer certaines causes qui, bien que locales, comme l'action du froid sur le ventre ou les reins, n'influencent pourtant la muqueuse que médiatement. A plus forte raison importe-t-il de s'appliquer à distinguer entre elles les variétés de l'espèce miasmatique; car assurément des différences dans la nature du principe toxique doivent entraîner de plus grandes conséquences cliniques que des différences dans la nature de la cause locale. Aussi l'étude étiologique de la dysentérie *endémique* et *épidémique* (qui correspond, chez les auteurs français, à la dysentérie palustre de Williams et à la dysentérie miasmatique de Canstatt) a-t-elle préoccupé un grand nombre de médecins distingués. Ce n'est pas le lieu de s'étendre sur cette question difficile; mais on peut montrer en peu de mots de quelle importance elle est au point de vue qui nous occupe. Il est aujourd'hui avéré que dysentérie endémique et fièvre paludéenne endémique marchent ordinairement de pair. Ce qu'avaient déjà noté Sydenham, Morton, Cullen, J. Hunter, Pringle et d'autres, nos médecins d'Afrique (1) et les observateurs qui ont visité les contrées équatoriales l'ont reconnu à leur tour. Et ce qui se passe à cet égard dans les pays chauds a lieu également dans les pays tempérés. Là aussi coexistent l'endémie dysentérique et l'endémie de fièvres palustres; et toutes deux naissent des mêmes conditions telluriques, c'est-à-dire de l'état marécageux de la contrée, à ce point que, dans certains pays, le drainage a fait disparaître la dysentérie en même temps que les fièvres intermittentes. Eh bien! cela reconnu, il s'agit de savoir si toutes ces coïncidences suffisent pour établir l'identité *de nature* des deux maladies; en d'autres termes, si la dysentérie endémique est une affection paludéenne. Rien n'est moins certain. A vrai dire même, le contraire nous semble établi. D'abord les deux affections sont réparties très inégalement dans ces mêmes pays où elles sont entretenues par des conditions telluriques analogues, du moins extérieurement. Williams (*On morbid Poisons*) a établi que, dans une même région, l'une des deux prédomine toujours à un degré remarquable, et cela d'une manière constante : par exemple, la fièvre intermittente à la Jamaïque, la dysentérie à la présidence de Madras. M. Dutroulau a étendu et mieux précisé cette observation dans sa

(1) Nous avons en ce moment sous les yeux un excellent mémoire de M. le docteur Laveran, professeur au Val-de-Grâce (*Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, t. LII), dans lequel un grand nombre d'observations recueillies dans le nord de l'Afrique montrent clairement le lien étroit qui unit la dysentérie à divers types de la fièvre périodique.

---

de 300. A chaque position d'entrée correspond, nous l'avons dit, une position finale qui doit être maintenue et observée avec la même exactitude.

Le mouvement, en général, est limité par le temps, la direction et l'étendue. La détermination de ces trois catégories constitue le mouvement gymnastique. Le chemin à parcourir entre la position d'entrée et la position finale forme, par la coopération du malade et du gymnaste, le mouvement synergique qui doit s'exécuter d'après un certain rhythme. Le mouvement doit être lent et léger au commencement, plus fort constamment vers le milieu et pendant les trois quarts de sa durée, et lent et léger vers la fin, à quelques exceptions près. La résultante du mouvement est le produit de la masse par la vitesse. La force à employer ne doit jamais aller jusqu'à produire même le plus léger tremblement ou une vacillation quelconque.

MOUVEMENTS PASSIFS.

Les mouvements passifs, expression impropre, mais admise depuis plus d'un demi-siècle, sont ceux que le gymnaste exécute sur le malade, sans que celui-ci fasse le moindre usage de sa volonté.

D'abord on peut faire avec le tronc ou les extrémités ou membres du malade les flexions et extensions, ainsi que les torsions et rotations d'une manière passive; on peut faire mouvoir de cette façon plusieurs membres à la fois, et cela dans les positions les plus différentes.

Mais les mouvements spécialement dits passifs, et qui ont été bien étudiés et pratiqués tant par les anciens que par les orientaux et les gymnastes suédois, sont les suivants :

1° La *hachure* (chopping, hackung), sorte de percussion linéaire vibrante, exécutée avec les doigts s'entre-choquant brusquement la partie malade, alternativement des deux mains

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DES PAYS INTERTROPICAUX, où il a montré d'ailleurs que l'accouplement des deux maladies n'est pas constant ; que la dysentérie endémique peut régner sans fièvre intermittente (la Réunion), et réciproquement la fièvre intermittente sans dysentérie (Mayotte, Madagascar). En second lieu, on ne rencontre qu'exceptionnellement, dans la dysentérie simple non compliquée d'intermittence, le caractère anatomique principal des fièvres paludéennes, à savoir, le gonflement de la rate ; et, quand cet organe est lésé, il l'est plutôt par ramollissement que par hypertrophie. Enfin la dysentérie n'est pas, comme la fièvre palustre, particulièrement sensible à l'action du quinquina. Donc le miasme qui produit la dysentérie n'est pas identique avec celui qui donne naissance à la fièvre intermittente. Et ce que nous disons pour les pays chauds, on pourrait le dire également pour notre climat ; on pourrait le dire de ces dysentéries endémiques qu'on observe autour des marécages de notre littoral occidental, et qui se multiplient de temps à autre sous forme épidémique, en réduisant d'autant la proportion des fièvres d'accès ; on pourrait le dire de cette dysentérie qui, régnant à Paris chaque année vers la fin de l'été, perd de temps à autre sa bénignité habituelle, devient épidémique, et revêt, en grande partie, les traits de la dysentérie des pays chauds (1). On doit le dire enfin, à coup sûr, de l'épidémie de *Lasne-Chapelle-Saint-Lambert*, qui vient d'occuper l'attention de l'Académie belge. Ces dysentéries endémiques et épidémiques de nos contrées ne sont que des diminutifs de la dysentérie miasmatique des pays chauds.

Voilà donc un premier exemple des déterminations à faire pour acquérir quelque idée de la nature de cette espèce de dysentérie. Un autre pourrait être emprunté à l'influence du *méphitisme* (émanations de matières animales putrides, *encombrement*), qu'on a accusé de produire la dysentérie, et qui en constituerait alors une variété particulière dans l'espèce miasmatique, mais dont nous doutons (malgré les observations de Chomel, de Vaidy, d'Ollivier) que l'effet soit jamais allé au delà de la production d'un flux intestinal plus ou moins sanglant, mais sans les caractères anatomiques et symptomatiques de la vraie dysentérie. Il est clair encore qu'on devra faire des variétés distinctes de la dysentérie par infection purulente ou par urémie, et que toutes les marques possibles de phlegmasie qu'on pourra rencontrer dans le côlon ne diront rien sur la nature intime de la maladie.

Nous examinerons, dans un prochain article, comment ces causes diverses se traduisent dans la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la dysentérie, et comment ces caractères visibles de l'affection peuvent servir à la différencier d'autres affections intestinales.

(1) M. Pidoux s'est fait l'habile historien d'une épidémie de ce genre observée en 1858 à l'hôpital de Lariboisière.

— Les études, si remarquables d'ailleurs, dont la paralysie diphthéritique du voile du palais a été récemment l'objet, laissent subsister encore des *desiderata* assez nombreux. On ignore, par exemple, sur quels éléments, nerfs ou muscles, portent plus particulièrement les altérations dans cette forme de paralysie ; si ces altérations sont, comme on dit, purement dynamiques, ou si, au contraire, elles se révèlent à l'anatomiste par des modifications de texture. Un fait présenté à la Société de biologie par MM. Charcot et Vulpian contribuera à combler la lacune que nous signalons. La paralysie du voile du palais, dans le fait en question, datait de plus d'un mois ; elle était loin d'être complète. Le nasonnement était très prononcé, les liquides ingérés étaient le plus souvent rejetés par les narines ; mais la succion et l'acte de souffler s'exécutaient encore assez bien. Le voile du palais d'ailleurs n'était pas pendant, et il se relevait et s'abaissait, bien que fort imparfaitement, lorsqu'on prescrivait à la malade de faire un mouvement de déglutition ou qu'on lui enjoignait de crier. La sensibilité de la membrane muqueuse palatine paraissait être en grande partie conservée. — Les résultats de l'autopsie ont été très significatifs. Les nerfs musculaires du voile du palais présentaient des altérations remarquables. Les uns n'étaient plus constitués que par des tubes entièrement vides de matière médullaire, et sous le nevrilème on apercevait de nombreux corps granuleux, elliptiques pour la plupart, et quelquefois pourvus d'un noyau. Les artères présentaient un moindre degré d'altération ; la matière médullaire avait persisté, mais elle était devenue plus ou moins fortement granuleuse. Les corps granuleux se rencontraient d'ailleurs comme ci-dessus, mais en quantité moindre, soit sous le nevrilème, soit dans l'intervalle des tubes. Quelques-uns des filaments nerveux qui s'épanouissent dans la membrane muqueuse palatine ont été examinés et ont paru entièrement sains. Quant aux muscles, ils étaient beaucoup plus pâles que dans l'état normal ; mais l'étude microscopique montrait que la plupart de leurs fibres avaient conservé les caractères de l'état physiologique. Quelques-unes cependant, mais en très petit nombre, avaient perdu leurs

---

ou d'une seule main, avec le bord ulnaire du petit doigt et de la main ; 2° la *friction* ou mieux dit les *passes* (streichnung) ; c'est un glissement des mains le long ou bien au bout d'un membre ou du tronc, ou d'une autre partie du corps ; 3° la *friction*, qui se fait tantôt à main légère, tantôt et plus souvent avec une certaine pression ; 4° le *foulage* (walkung) ; les deux mains opposées roulent un membre, en descendant plusieurs fois du centre du corps vers la périphérie ; 5° le *petrissage*, introduction successive des doigts écartés ou joints entre les intestins, à travers les téguments abdominaux, en faisant ramper la main comme une chenille à peu près dans la direction du mouvement péristaltique ; 6° le *sciage*, qui s'exécute avec le bord ulnaire des mains sur la peau recouverte de linge ou de légers vêtements ; il n'a lieu que sur les muscles détendus par une position *ad hoc* ; 7° le *claquement*, qui est pratiqué d'une manière légère et preste avec la main ouverte et à plat ; 8° le *frappement* de même, avec le poing du côté des phalanges fermées ; 9° le *pointillage* ou la *percussion ou vibration pointée* ; elle se fait avec les pointes des doigts réunies en petit ou grand cercle. La percussion ou vibration *profonde* est pratiquée avec les deux mains enfoncées à plat dans la profondeur des muscles ou entrailles relâchés, et est tantôt droite, tantôt circulaire. La pression est faite aussi avec les doigts ou un petit bâton sur les nerfs, ou avec les mains quelquefois sur la tête. La vibration se fait aussi, jointe à la pression, sur des troncs nerveux. Ces derniers mouvements sont très difficiles à exécuter, ainsi que la hachure.

INDICATIONS. — ORDONNANCES.

Après s'être assuré autant que possible du diagnostic et du pronostic, d'après certaines règles, en rapport avec la spécialité du traitement gymnastique, mais qu'il serait trop long d'exposer ici, on pose les indications, et on procède à l'*ordonnance gymnastique*, qui ordinairement se compose de sept à

Digitized by Google

stries transversales et étaient semées à l'intérieur de granulations graisseuses.

Les autres parties constituantes du voile du palais ont paru tout à fait exemptes d'altération.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, par J.-E. Petrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon, ex-président de la Société de médecine, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Les lésions fonctionnelles de l'appareil digestif, tout en élaguant d'abord les affections inflammatoires et les affections organiques ou dégénérescences, constituent une classe très nombreuse de maladies, où l'on voit figurer la gastralgie, la gastrodynie, le pyrosis, les aigreurs, l'anorexie, l'indigestion, la flatulence gastrique et intestinale, en un mot les formes si variées de la dyspepsie. Si l'on compare, d'un côté, les progrès importants accomplis de nos jours dans la physiologie du tube gastro-intestinal, et, de l'autre, le caractère opiniâtre de ces maladies, leur fâcheuse tendance aux récidives, et la fréquente insuffisance des méthodes curatives mises en usage, on est forcé de conclure qu'il reste beaucoup à faire sur cette question. Ce n'est point que les thérapeutistes soient restés inactifs; car on a, suivant les théories ou les systèmes en faveur, adressé au mal des médications très diverses, comme les toniques, les amers, les astringents, les antispasmodiques, et des modificateurs tels que le bismuth, dont on a tant usé, et, l'on peut dire, abusé dans ces derniers temps. Il est certainement incontestable qu'on a obtenu de nombreux succès; mais ce que je veux mettre en relief, c'est qu'on a toujours cherché le moyen curatif en dehors des agents physiologiques qui, dans l'ordre naturel, opèrent ou activent le travail digestif; c'est que, si les médicaments de ce genre réussissent à stimuler plus ou moins l'action vitale de l'estomac, aucun d'eux toutefois n'apporte rien de spécial pour l'accomplissement physico-chimique de la digestion, ni rien d'approprié aux transformations particulières que doivent subir les divers aliments pour une bonne chylification. A ce point de vue, ce fut un premier progrès, incomplet il est vrai, que l'introduction des carbonates alcalins, vulgarisée par M. d'Arcet; et l'extension qu'ont prise les eaux minérales alcalines gazeuses dans nos habitudes sociales est là pour témoigner en faveur de cette méthode. Toutefois, ce carbonate alcalin, bien que la soude et l'acide carbonique qui le constituent aient leur utilité dans l'acte de la digestion, ce carbonate alcalin, je tiens à le faire remarquer, est un sel choisi en dehors de ceux qui servent directement au travail digestif; il ne fait point partie intégrante de ceux qui affluent ou se forment naturellement dans le tube gastro-intestinal pour convertir l'aliment en chyme et en chyle.

Il y avait donc mieux à faire; pour se conformer aux procédés de la nature, il y avait une marche différente à suivre; il restait à trouver la véritable voie, vraiment physiologique : c'était une question neuve à aborder.

Mes premières recherches ont eu pour objet la dyspepsie qui accompagne souvent le diabète sucré; la poudre ferro-manganique, qui m'a rendu des services signalés dans la dyspepsie dont se complique si fréquemment la chlorose, me paraissait laisser ici quelque chose à désirer; car si la combinaison ferro-manganique faisait bien, le sucre pouvait faire mal, et je m'occupai de le remplacer. Les lactates alcalins, par leurs qualités spéciales (1), me parurent tout à fait propres à remplir cet office; en outre, comme ces sels sont naturels pour le tube digestif, et que l'acide organique qui les constitue et le composé alcalin qui en résulte font partie intégrante des éléments chimiques de la digestion, j'entrepris de les appliquer au traitement des principales variétés de dyspepsie. C'était là une question encore inexplorée; et comme il n'avait point jusque-là été fait usage de ces sels en médecine, je procédai avec réserve; j'étais guidé par la théorie; la pratique ne me fit pas défaut. Je fus encouragé à poursuivre mes expériences commencées, en apprenant que, de son côté, M. Gensoul essayait l'acide lactique, non dans le diabète, mais dans la dyspepsie. Pour moi, je crus qu'on ne devait pas adopter l'acide lactique, moins parce qu'il a un goût désagréable pour peu qu'il soit impur ou mêlé d'acide butyrique, que parce qu'il n'est pas utilisable dans la généralité des cas, et que même il est particulièrement contre-indiqué dans certaines

(1) Les lactates alcalins étant non-seulement inusités en thérapeutique, mais encore assez peu connus en chimie, M. Burin du Buisson, à qui j'avais parlé du problème à résoudre et qui m'encourageait lui-même à employer ces sels, se chargea de les préparer; il en fit une étude spéciale. Le *lactate de soude* est très soluble dans l'eau et ne cristallise que difficilement, et à la longue, en noyaux ou groupes de cristaux réunis en forme de choux-fleurs; le tout avec le temps finit par se prendre en masse. Comme il est déliquescent, on l'a préparé à l'état de saccharure au quart, ce qui permet de le conserver fort bien. Le *lactate de magnésie* a été obtenu sous forme de masses soyeuses, très légères, d'une grande blancheur, composées de cristaux très menus et réunis en groupes. Ce sel est inaltérable à l'air, peu soluble, sans odeur ni saveur. Le *lactate de chaux* s'obtient sous forme de masses dures, blanches, composées de petites aiguilles courtes et groupées concentriquement. Ce sel est soluble dans l'eau, et la solution a un goût saumâtre désagréable, etc.

Je n'ai point à parler ici du lactate de fer, si bien étudié par MM. Gélis et Conté, ni du lactate ferro-manganeux que j'ai proposé dès 1852, non plus que du lactate de zinc, du lactate de bismuth, etc., ce qui est en dehors de la question des lactates alcalins.

---

douze mouvements désignés par une terminologie particulière, et qui s'exécutent tous les jours pendant une demi-heure à une heure, rarement deux fois par jour, comme dans le traitement de quelques difformités graves de la colonne vertébrale, et dans les contractures et ankyloses incomplètes. Après trois à cinq semaines, cette ordonnance a rempli ordinairement son effet; les mouvements qui d'abord se faisaient avec de certaines difficultés s'exécutent bien, et on passe à une seconde ordonnance plus active, composée d'autres mouvements plus compliqués et localisés davantage, et ainsi de suite jusqu'à ce que le but soit atteint ou qu'on ait acquis la conviction de ne pas pouvoir améliorer davantage l'état du malade.

Une scoliose du troisième degré exige quelquefois une douzaine d'ordonnances gymnastiques réparties sur un espace de douze à quinze mois. Un gymnaste bien exercé doit pouvoir lire et exécuter à première vue toute ordonnance qui lui est présentée; mais, pour pouvoir formuler des ordonnances, il faut aussi savoir enseigner les différents mouvements qui les composent, et les pouvoir exécuter soi-même avec l'exactitude d'une opération chirurgicale.

APPAREILS.

Les appareils nécessaires sont beaucoup plus simples que ceux qui servent à la gymnastique générale ou ordinaire. Quelques bancs (*plintar* en suédois) de 1m,60 de long et 0m,50 de large, plus ou moins hauts et longs, et dont une partie du siége se relève à volonté; une échelle droite et une échelle inclinée; des petits mâts distancés pour étendre les bras; un mât de perroquet; une barre pour s'appuyer; voilà tout ce qu'il faut pour la gymnastique médicale suédoise. On peut se contenter de moins encore pour exécuter utilement ces mouvements simples et faciles calculés d'après l'anatomie du corps humain, et dont la principale valeur consiste dans la précision de l'exécution.

Digitized by Google

circonstances : ainsi M. Gensoul n'avait pas tardé à reconnaître que, s'il était assez favorable dans quelques dyspepsies neutres, il n'en était plus de même dans les dyspepsies acides, où il échouait ; et c'est probablement pour cela que Magendie, qui l'avait d'abord conseillé, l'avait ensuite abandonné lui-même (1) ; enfin on ne doit pas oublier qu'on ne saurait impunément continuer les acides pendant longtemps, et que cette médication trop prolongée n'est pas à l'abri de tout accident (2). Je crus donc devoir persister dans ma préférence pour les lactates alcalins, à l'exclusion de l'acide lactique. Je ferai remarquer que ce sont précisément des lactates alcalins (de soude, magnésie, chaux ou potasse) qu'on rencontre dans la salive, la bile, le chyle, la lymphe, le sang, l'urine, la sueur, les humeurs de l'œil, le mucus nasal, le jaune d'œuf, etc., c'est-à-dire qu'ils sont extrêmement répandus dans l'organisme.

J'ai expérimenté plus spécialement le lactate de soude et le lactate de magnésie, et ces deux sels m'ayant également bien réussi, j'ai fini par les réunir ensemble dans des prises et des pastilles digestives, formant la base de la médication que j'ai instituée. M. Gensoul, quand il en eut connaissance, abandonna sa pratique pour adopter la mienne.

On pressent déjà quelle peut être son importance dans la question qui nous occupe, quand on voit, d'un côté, les lactates alcalins figurer comme élément des principaux liquides qui servent au travail digestif, comme la salive et la bile, ou de ceux qui en sont le produit, comme le chyle, la lymphe et le sang, et, d'un autre côté, l'acide lactique qui les constitue exister à l'état libre dans le suc gastrique et le suc intestinal (3). Je ne dois point omettre de rappeler sommairement que l'acide lactique et les lactates alcalins jouent un grand rôle en physiologie; si la nature a choisi cet acide au lieu de l'acide chlorhydrique qu'on a rencontré, comme lui, dans l'estomac, ou de l'acide phosphorique qui forme une des principales bases de l'organisme, c'est qu'il réunit un ensemble remarquable de conditions précieuses; non-seulement il fallait à l'économie un acide organique spécial pour la digestion et la nutrition, comme l'a démontré la chimie moderne; mais surtout il importait que l'existence en fût toujours assurée; la nature ne devait pas laisser au hasard le soin de le fournir; quelles vicissitudes n'en eussent pas résulté ! Un avantage particulier que présente, sous ce point de vue, l'acide lactique, c'est que l'estomac peut le former lui-même, ainsi que les intestins, avec les matériaux indispensables à l'entretien de la vie, c'est-à-dire à l'aide des aliments eux-mêmes : ainsi sa principale origine, chez l'homme, se trouve dans les aliments amylacés, sucrés, lactés, et peut-être même fibrineux. Un autre avantage de l'acide lactique, c'est sa qualité d'acide organique; on comprend que l'acide naturel du tube digestif ne devait pas être un acide minéral, difficilement décomposable, et, selon le langage de la chimie moderne, incombustible. Ce n'était point assez que cet appareil eût un acide spécial, qu'il pouvait aisément fabriquer lui-même; il fallait encore que cet acide fût organique, aisément décomposable et éminemment combustible. Pour bien saisir toute l'importance de ces conditions, il n'est besoin que de réfléchir à l'énorme quantité de suc gastrique qui est indispensable pour la digestion, et qu'on évalue expérimentalement chez un adulte à environ 6 kilogrammes et demi par vingt-quatre heures pour l'estomac seul (1); on restera certainement au-dessous de la vérité en estimant à 3 kilogrammes et demi la totalité du suc digestif que fournit le reste de l'intestin. C'est donc pour l'acide lactique, qui représente environ 1 pour 100 du suc gastrique (2), un chiffre de 70 à 100 grammes par jour. Or, il ne saurait être indifférent qu'il fût versé journellement dans l'économie une somme de 70 à 100 grammes d'un acide incombustible, qui, même en réduisant ce calcul autant qu'on voudra, ne tarderait pas à rendre la vie impossible (voy. note 3). Si donc, dans les digestions artificielles, il est loisible de remplacer l'acide lactique par l'acide chlorhydrique ajouté à un peu de pepsine dans le vase à expérience, on comprendra, sans que j'insiste davantage, qu'il ne saurait plus en être de même dans l'acte physiologique de la chylification. Dans l'ordre naturel, l'acide lactique ou mieux les lactates alcalins, une fois introduits dans le sang, s'y dédoublent pour la nutrition; l'alcali en excès est éliminé par les urines et les sueurs,

(1) Pour M. Gensoul, avec cette sagacité dont il a donné tant de preuves, quand il présumait avoir affaire à une dyspepsie acide, il modifiait sa formule en prescrivant deux pastilles de magnésie immédiatement après deux pastilles d'acide lactique pour en corriger l'effet, ce qui lui réussissait. Mais cela prouve précisément contre l'emploi exclusif du moyen.

(2) « La médication acide est rarement utile et doit être employée avec une grande prudence; car l'excès des acides dans l'économie entraîne des dangers plus graves et surtout plus prompts que l'excès des alcalis. » (Mialhe, *Chimie appliquée à la physiologie*, 1856, p. 669.)

(3) L'acide lactique a été signalé comme l'acide spécial du suc gastrique par M. Chevreul, puis par MM. Leuret et Lassaigne, M. Melsens, etc., et le fait a été définitivement démontré par MM. Bernard et Barreswil, MM. Lehmann, Gélis, Boudet, Béclard, etc.

(1) « Des expériences faites sur des chiens ont montré que, dans les vingt-quatre heures, ces animaux peuvent sécréter une quantité de suc gastrique équivalente au *dixième du poids de leur corps*. D'après cette proportion, un homme pourrait en produire dans le même temps environ 6,4 kilogrammes. D'après des observations directes effectuées sur une femme, le poids du suc gastrique produit dans les vingt-quatre heures aurait même atteint *le quart du poids du corps*. » (Lehmann, *Chimie physiologique*, 1855, p. 189.)

(2) « 100 parties de suc gastrique renferment ordinairement 0,33 d'acide chlorhydrique et 0,45 d'acide lactique libres. En général, *dans le suc gastrique obtenu peu après l'ingestion des aliments, l'acide chlorhydrique libre manque complétement*. » (Lehmann, *ib.*, p. 188.) C'est alors l'acide lactique qui prend sa place, ce qui en élève la proportion à près de 1 pour 100. Au reste, il se produit beaucoup d'acide lactique en dehors du suc gastrique : « L'acide lactique..., que nous avons vu apparaître dans l'estomac, *se forme bien plus abondamment dans l'intestin*, et cela se conçoit, puisqu'il correspond à une période plus avancée de la métamorphose des aliments féculents et sucrés. » (Béclard, *Physiologie*, 1856, p. 136.)

HYGIÈNE.

Dans la classe ouvrière, qui demande à une gymnastique bien entendue et rationnelle le réveil de ses forces et l'harmonisation du système musculaire, les individus qui ont travaillé toute la journée avec les bras se verront forcés le soir, par le commandement d'un maître de gymnastique, de faire des suspensions à la barre horizontale, de grimper à la corde ou aux échelles, ou de faire la marche avec les mains sur les barres parallèles. D'autres ayant fatigué leurs jambes par de longues courses ou une station prolongée seront appelés à s'exercer encore par les sauts en hauteur, en largeur ou en profondeur. Valides ou faibles, au commandement du maître, tous font le même ou à peu près le même exercice, dont sont exceptés seulement ceux qui exigent eux-mêmes, et pour leur propre bénéfice, une indication personnelle d'exercices dont encore le choix leur appartient souvent.

Il faut, pour la gymnastique, *individualiser*, comme pour l'hygiène et la médecine ; former dans les écoles des classes dont l'une cultivera plutôt l'élargissement du thorax, l'autre l'exercice des bras, une troisième les jambes, une quatrième les mouvements abdominaux, une dernière la manipulation du tégument général.

Pour les différentes corporations des ouvriers soumises, selon leur travail, à des inconvénients distincts et tout spéciaux, on opposera des formules de mouvements agissant en sens contraire des mouvements nuisibles que comporte l'exercice des différents métiers. Comme les mouvements suédois se font très facilement sans appareils et à deux individus, dont l'un donne la résistance à l'autre, l'exécution de ce système sur une grande échelle ne rencontre pas de notables difficultés.

Les savants auront à se servir des mouvements destinés à paralyser les mauvais effets de la vie sédentaire et de la tension nerveuse des organes cérébraux, y compris quelques mouvements dérivatifs sur la moelle épinière.

comme nous l'avons vu; et de l'acide lui-même, partie reste à l'état libre dans les muscles, et partie fournit à l'hématose ses éléments combustibles, le carbone et l'hydrogène, qui deviennent ainsi une source de chaleur et de vie (1).

Tels ont été les motifs de mon choix et de mes préférences pour les lactates alcalins, et ces motifs n'ont fait qu'augmenter avec le temps. Mes premières recherches remontent à 1850; depuis lors, les succès obtenus parmi mes malades, et plus tard parmi ceux de M. Gensoul, qui avait adopté mes formules, se sont multipliés d'année en année; sous l'influence heureuse de ces faits, les prises et surtout les pastilles de lactates de soude et de magnésie ont commencé, de 1855 à 1856, à se répandre dans la pratique médicale lyonnaise. MM. Chatin, Desgranges, Bonnaric, Foltz, Desgaultière, Pillet, etc., en ont plus ou moins largement fait usage; aujourd'hui que ces préparations s'étendent non-seulement aux départements circonvoisins, mais encore jusqu'à Paris, le moment est arrivé de publier le résultat de mes études. J'ose croire qu'il s'agit d'une découverte de quelque importance pour la thérapeutique; mon travail réunira du moins le mérite de la nouveauté à celui d'une œuvre consciencieusement élaborée pendant douze années consécutives; c'est à ce titre que je viens en faire hommage à l'Académie de médecine, en attendant que je puisse lui adresser le premier qui sera terminé parmi mes autres travaux à l'étude.

Autrefois la digestion n'était point envisagée comme on le fait de nos jours; on l'a longtemps étudiée presque exclusivement dans l'estomac, qui était regardé comme le théâtre spécial et à peu près unique de cet acte physiologique : *estomac* et *digestion* étaient deux idées connexes et comme inséparables; l'étude de l'une n'allait guère au delà de celle de l'autre. La science moderne a montré qu'il y avait là une grande lacune et une grave erreur; et, sans vouloir le moins du monde entrer dans les détails et toutes les minuties de l'expérimentation et de la chimie animale, nous dirons que du moins, pour l'ensemble, la pratique est d'accord avec la physiologie; nous établirons donc, dans l'exposition de nos recherches, trois divisions qui correspondent aux trois phases de la digestion.

§ 1. — *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa première phase (phase buccale).*

Deux ordres de faits morbides ont fixé mon attention dans la première phase de la digestion, tous deux concernent la salive altérée dans sa qualité ou dans sa quantité.

Je m'occuperai d'abord d'une altération que la salive, qui normalement est alcaline, m'a présentée dans sa qualité, je veux parler de sa réaction acide. Elle m'a paru révéler une lésion gastro-intestinale; elle coexiste avec des digestions laborieuses, l'altération des dents, une mauvaise haleine, etc. (1); il s'établit alors une sorte de cercle vicieux : d'un côté, les aliments amylacés et sucrés, dont la digestion n'est pas convenablement préparée par la salive, tournent facilement à l'aigre (*fermentation acide*); et, à son tour, le mauvais état de la digestion contribue à entretenir l'acidité de la salive. J'ai, dans ces cas, obtenu d'excellents résultats en donnant, avant le repas, une à deux ou trois pastilles de lactates de soude et de magnésie (2), que je recommande de laisser fondre l'une après l'autre lentement dans la bouche, sans les briser avec les dents; j'en fais autant après le repas, pour continuer et compléter la médication. On imite ainsi la nature dans son emploi des lactates alcalins (3), et, ce qu'il y a de certain, c'est qu'on réussit à faire cesser l'excès d'acidité de la salive, et à régulariser la sécrétion de ce liquide, sans doute en améliorant la digestion.

D'autres fois ce n'est plus la qualité, c'est la quantité de la salive qui fait défaut; et il y a alors ce qu'on pourrait appeler *dyspepsie sèche* par insuffisance de la sécrétion salivaire. Les digestions sont laborieuses et imparfaites, avec gêne dans la déglutition, sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge, éructations, etc. Les praticiens qui n'ont pas foi dans les assertions de la chimie physiologique, pourront peut-être dire ici, avec un auteur connu : « Les aliments séjournent trop peu de » temps dans la bouche pour qu'on puisse apprécier au juste » l'action de la salive. » Mais ils seront forcés d'avouer, avec M. Brachet, que : « Cette action est bien réelle, puisque les per» sonnes qui perdent leur salive par une fistule ou par un » défaut de la lèvre inférieure, digèrent difficilement... On

(1) « Il ne faudrait pas se faire une idée trop restreinte du rôle physiologique de l'acide lactique : d'abord *c'est lui qui*, concurremment avec l'acide chlorhydrique, *forme l'agent digestif du suc gastrique*; aucun acide minéral ou organique ne pourrait y remplacer ces deux acides. En second lieu, l'acide lactique libre facilite au plus haut degré, d'après les lois de l'endosmose, l'absorption des aliments digérés et leur passage dans le sang alcalin ou la lymphe. Troisièmement, par la facile combustion des sels qu'il forme, il contribue puissamment à l'entretien de la chaleur animale. Enfin peut-être son acidité détermine-t-elle dans les muscles, vis-à-vis du sang alcalin, une tension électrique qui peut influer sur le jeu même de ces muscles. » (Lehmann, *Chimie physiologique*, p. 46.)

(1) « La salive *acide* s'observe principalement dans les irritations des premières voies et dans le diabète sucré. » (Lehmann, *Chimie physiologique*, p. 182.) — « Dans plusieurs affections morbides où les malades sont soumis à une diète sévère, la salive devient tellement acide que tous les observateurs en ont été frappés. » (Berne et Delore, *Influence des découvertes physiologiques et chimiques*, 1857, p. 47.)

(2) Formule des pastilles de lactates de soude et de magnésie préparées par M. Burin :

℞ Lactate de magnésie pulvérisée	2
Saccharure de lactate de soude au quart	8
Sucre pulvérisé.	69
Mucilage de gomme adragant.	q. s.

On prépare des pastilles du poids d'un gramme, contenant chacune 5 centigrammes de lactates de soude et de magnésie.

(3) Berzelius a trouvé dans la salive 0,9 de *lactates alcalins* contre 1,9 de sels divers, ce qui est d'autant plus digne de remarque que ce liquide contient peu de substances solides (seulement 7,1 parties solides sur 992,9 d'eau).

Si nous considérons l'âge où le corps n'a pas encore atteint son développement; si nous tenons compte de tout ce qu'on demande à cet âge pour les travaux du dessin, du calcul, de l'aiguille, de la broderie; si nous songeons à l'incommodité et à la désastreuse uniformité des bancs d'école, où tous, grands et petits, se doivent tenir, le plus souvent dans une position commandée par le travail ou par le règlement, mais nullement en rapport avec le besoin corporel et l'époque du développement dans laquelle se trouvent la plupart des jeunes élèves, nous comprendrons l'insuffisance d'une demi-heure de récréation, le plus souvent employée à rompre, pour un instant, le silence forcé qui précédait, ou à satisfaire la faim, la soif ou autre chose, ou bien à l'échange de quelques marques de sentiments d'amitié, si nécessaires au jeune âge. Vraiment, et sur la foi de tous les observateurs sérieux, c'est trop demander à l'action nerveuse, et négliger celle qui est musculaire et réparatrice. La valeur de la gymnastique hygiénique et pédagogique des Suédois, introduite officiellement en Prusse par M. Rothstein, a cet avantage qu'elle harmonise les fonctions du corps dans le quart ou le cinquième du temps dont avait besoin notre ancienne gymnastique, laquelle a souvent dévié de son but de régénérer l'homme par l'harmonisation de ses systèmes, parce qu'elle mettait inégalement en jeu différentes parties du système musculaire, et qu'elle n'était pas appropriée aux différentes constitutions, et aux habitudes de ses disciples.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES MOUVEMENTS.

Les mouvements synergiques étant de deux classes, semi-actifs ou concentriques et semi-passifs ou excentriques, nous allons rapporter ce qu'en pense, au point de vue physiologique, le plus fécond des auteurs médico-gymnastiques, M. le docteur Neumann.

Il croit que les mouvements concentriques, c'est-à-dire ceux avec résistance modérée du gymnaste (mouvements semi-actifs du malade) et où les points d'insertion des muscles se rap-

» sait aussi que, pour guérir certains maux d'estomac et rendre » la digestion plus facile aux personnes qui ont l'habitude de » cracher beaucoup, il suffit de leur empêcher de perdre aussi » inutilement leur salive. » (Brachet, *Physiologie*, 1855, t. II, p. 41.) C'est qu'en effet, pour une bonne digestion, il faut une bonne insalivation : or, quant à cette dernière, il n'est pas étonnant qu'elle puisse souvent être insuffisante, quand on considère quelle quantité énorme exige chaque repas, et qu'on voit beaucoup d'expérimentateurs l'évaluer en moyenne, pour un adulte, à 15 ou 1600 grammes par vingt-quatre heures; les calculs les plus modérés ne descendent pas au-dessous de 1 kilogramme (1). Dans les cas de dyspepsie sèche, je fais prendre avant le repas successivement une à deux ou trois pastilles de lactates de soude et de magnésie, que je conseille également de laisser dissoudre lentement dans la bouche, sans les mâcher, afin de faire couler le plus de salive possible dans les cavités buccale et gastrique ; j'en fais autant après le repas, pour forcer la salive à affluer dans l'estomac. J'ai pu observer que des malades qui souffraient de cet état depuis plus ou moins longtemps, arrivaient par ce moyen à réparer assez vite leurs fonctions digestives, et à opérer le rétablissement de leur santé, si bien que plus d'une fois ils en étaient tout étonnés eux-mêmes. Il faut reconnaître que ces pastilles alcalines exercent une heureuse influence sur la sécrétion salivaire; prises comme je l'ai dit, elles remplissent la bouche de salive.

§ II. — *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa deuxième phase (phase gastrique).*

La deuxième phase de la digestion m'a donné lieu à un beaucoup plus grand nombre d'applications que la première; j'indiquerai les principales.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Médecine pratique.

De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité; travail lu à l'Académie de médecine, par le docteur Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine.

Lorsqu'un individu quitte le pays qu'il habite pour aller vivre dans un autre climat, il subit une influence qui retentit sur sa santé et sa constitution. Cette mise en harmonie des fonctions avec les nouveaux milieux ambiants a été étudiée par un grand nombre de physiologistes qui ont porté surtout leurs investigations sur les personnes transférées à de grandes distances.

L'exercice des fonctions d'inspecteur général du service des aliénés de la Seine m'ayant mis à même d'observer les modifications que produisent les climats différents sur les aliénés acclimatés à Paris et transférés dans les diverses contrées de la France, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'étudier leur influence sur les guérisons et la mortalité de ces malades; c'est ce travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.

On sait que l'administration générale de l'assistance publique, en présence du nombre toujours croissant des aliénés de la Seine et de l'insuffisance des locaux destinés à les recueillir, fut obligée de recourir, dès l'année 1844, à l'expédient des translations dans les asiles de province.

Depuis ce moment jusqu'au printemps de 1860, 3308 aliénés chroniques acclimatés à Paris, c'est-à-dire ayant séjourné plus de trois ans à Bicêtre ou à la Salpêtrière (1), soit 859 hommes et 2449 femmes, furent transférés dans seize asiles de province (2).

En répartissant ces seize asiles en cinq grandes contrées : nord, midi, est, ouest et centre, on trouve que l'assistance a transféré au nord de la France 921 aliénés, dont 403 hommes et 518 femmes; au midi, 91, du sexe féminin; à l'est, 907,

(1) « Il est probable que la quantité de salive sécrétée par l'homme en vingt-quatre heures est plus considérable qu'on ne serait tenté de le supposer et qu'elle s'élève au moins à 1 kilogramme. » (Béclard, *Physiologie*, 1856, p. 95.)

(1) L'hospice de la Salpêtrière est situé à 60 mètres au-dessus de la mer, et celui de Bicêtre à 100 mètres environ.

(2) Ces cinq grandes contrées comprennent :

Celle du nord, les asiles de Saint-Venant, situé dans un des faubourgs de la ville, à 31 mètres environ au-dessus de la mer, et celui d'Armentières, placé à peu près dans les mêmes conditions ;

Celle du midi, l'asile de Bordeaux, également situé dans un des faubourgs de la ville, à 4 mètres environ au-dessus de la mer ;

Celle de l'est, les asiles de Saint-Dizier, situé dans une plaine à côté de la ville, à 150 mètres au-dessus du niveau de la mer, de Fains, situé dans une plaine à 6 kilomètres de Bar-le-Duc et à 230 mètres environ au-dessus de la mer; de Dôle, situé dans la ville, à 224 mètres environ au-dessus de la mer; de Mareville, à 5 kilomètres de Nancy, adossé à un coteau à 200 mètres environ au-dessus de la mer; de Bourg, situé dans un des faubourgs de la ville, sur un terrain plat, à 227 mètres environ au-dessus de la mer ;

Celle de l'ouest, les asiles de Caen, situé dans un des faubourgs de la ville, à 25 mètres au-dessus de la mer; de Pont-l'Abbé et de Saint-Lô, situés à 30 mètres environ au-dessus de la mer, de Sainte-Gemmes, situé près d'Angers, dans une plaine à 47 mètres environ au-dessus de la mer ; de Niort, situé dans un des faubourgs de la ville, à 29 mètres au-dessus de la mer ;

Celle du centre, les asiles d'Auxerre, situé à mi-coteau à l'une des portes de la ville, à 122 mètres au-dessus de la mer; de Clermont, situé sur un coteau dans un des faubourgs de la ville, à 118 mètres au-dessus de la mer; de Blois, situé à l'un des faubourgs de la partie haute de la ville, à 102 mètres au-dessus de la mer.

Il est essentiel de faire remarquer que les conditions d'habitation de ces différents asiles sont en général supérieures à celles que présentent les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et leur mortalité inférieure à celle de ces établissements; que le maximum annuel des décès offert exceptionnellement par le plus important de ces établissements est monté au chiffre de 1 sur 5,88, et le minimum constaté a été de 1 sur 14.

---

prochent, sont doués d'une action anaplastique ou plutôt résorptive, agissant par une stase veineuse momentanée. Il revendique pour les mouvements excentriques (mouvements semi-passifs du malade), et où les points d'insertion des muscles s'éloignent, une action artérialisante et néoplastique.

M. Neumann a observé qu'une contraction semi-active des fléchisseurs de l'avant-bras chez un homme à peau fine et à muscles développés, sans les avoir gras, laisse voir l'état replet des veines de la surface, depuis les mains jusqu'à l'humérus, tandis que la même contraction musculaire, forte, excentrique, laisse les veines en repos, les fait même dégonfler.

Cela est vrai; mais le même symptôme apparaît au même endroit lorsqu'en appuyant de la main du gymnaste du côté extérieur de l'avant-bras, nous rapprochons celui-ci de l'humérus avec résistance du malade. Nous produisons par ce mouvement une contraction excentrique, c'est-à-dire des extenseurs de l'avant-bras sur l'humérus, tandis que les muscles intérieurs de celui-ci sont en parfait repos, seulement en raccourcissement passif; c'est qu'ils se replient sur eux-mêmes, parce que leurs points d'insertion sont rapprochés sans qu'il y ait la moindre contraction active. Ce phénomène des veines bleues et turgides provient donc uniquement de ce que l'espace qui est assigné aux veines dans les muscles devient plus exigu à cause du plissement passif des muscles de l'intérieur de l'avant-bras.

Nous devons donc chercher d'autres et de plus rationnelles expériences pour déterminer le changement qui s'opère dans les muscles avec leurs vaisseaux pendant les mouvements synergiques.

M. Jules Béclard, dans son remarquable travail sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale, a examiné les diverses quantités de chaleur développées au sein des muscles dans l'action musculaire statique et dans l'action musculaire dynamique. Il en a comparé les résultats obtenus et posé des conclusions dont quelques-unes doivent

Digitized by Google

dont 336 hommes et 571 femmes; à l'ouest, 615, dont 163 hommes et 452 femmes; au centre, 774, dont 360 hommes et 414 femmes. Total, 3308 aliénés, dont 1262 hommes et 2046 femmes.

Ces translations ont donné lieu à 212 sorties : 103 par guérison et 109 par amélioration ou pour causes diverses.

Les régions du nord ont fourni 25 guérisons sur 921 transférés, soit 1 sur 36,84; celles du midi, 3 sur 91, soit 1 sur 30; celles de l'est, 23 sur 907, soit 1 sur 39; celles de l'ouest, 21 sur 615, soit 1 sur 29,23; celles du centre, 32 sur 774, soit 1 sur 24,18.

Il semblerait donc, si l'on ne tenait compte que des chiffres bruts indiqués ici, que les régions du centre, de l'ouest, du midi, du nord et de l'est de la France sont, dans l'ordre ci-dessus établi, celles qui fournissent le plus grand nombre de guérisons. Mais, pour asseoir d'une manière solide une semblable opinion, il faudrait d'abord que ces guérisons fussent bien constatées, et qu'en outre l'examen des malades restant dans les divers asiles de province ne vint pas contrarier ces données statistiques. Malheureusement il n'en est pas ainsi; on trouve, en effet, dans un certain nombre d'asiles où sont traités les aliénés de la Seine, des malades guéris qu'on y laisse séjourner avec leur libre consentement, dans la crainte plus ou moins fondée que leur retour dans la capitale, en amenant une secousse physique et morale, en mettant ces malheureux aux prises avec les privations et la misère, ne reproduisent le mal. Et, pour ne citer qu'un asile, nous signalerons celui d'Auxerre, qui présentait au moment de mon inspection 20 aliénés améliorés, et 3 individus guéris de la folie dont ils étaient atteints lors de leur entrée.

De plus, pour tirer une conséquence rigoureuse de ces différents chiffres, il faudrait que l'hygiène, que le traitement pharmaceutique et moral subi par les malades dans chacun des asiles qu'ils habitent, ainsi que toutes les conditions de sexe, d'âge, de constitution, d'état morbide, de durée de séjour, etc., fussent identiques, ce qui n'existe pas.

Toutefois, si des résultats du même genre coïncidaient, dans l'avenir, avec des chiffres plus considérables, et avec des conditions rendues plus uniformes par une impulsion administrative en quelque sorte réglementaire, il faudrait bien admettre comme déterminante cette influence du climat sur les guérisons, et reconnaître, par exemple, que les conditions climatologiques du centre de la France sont plus favorables pour les obtenir que celles des autres régions.

Le nombre des formes d'aliénation mentale, rapproché des lieux où se sont opérées les translations, établira le degré d'influence exercée par les différents climats sur les divers états de la folie; de là naitront des indications importantes lorsqu'il s'agira d'user des moyens de transfert; mais ces nombres sont encore trop restreints pour qu'il soit possible d'en tirer, dès à présent, de sérieuses conclusions.

En étudiant l'influence des climats de la France sur la mortalité, nous constatons que sur les 1322 décès qui ont eu lieu chez les aliénés transférés successivement de 1844 à 1858 :

Le nord a fourni un total de 498 décès sur 921 transférés, soit 1 sur 1,80, dont 286 décès d'hommes sur 518, soit 1 sur 1,80, et 212 décès de femmes sur 403, soit 1 sur 1,80;

Le midi a donné 29 décès sur 91 femmes, soit 1 sur 3,10;

L'est a fourni un total de 361 décès sur 907 transférés, soit 1 sur 2,51, dont 147 décès d'hommes sur 336, soit 1 sur 2,28, et 214 décès de femmes sur 571, soit 1 sur 2,87;

L'ouest a fourni 130 décès sur 615 transférés, soit 1 sur 4,60, dont 17 décès d'hommes sur 163, soit 1 sur 9, et 113 décès de femmes sur 452, soit 1 sur 4,53;

Enfin dans le centre on compte 304 décès sur 774 transférés, soit 1 sur 2,51, dont 132 décès d'hommes sur 360, soit 1 sur 2,72, et 172 décès de femmes sur 414, soit 1 sur 2,40.

La durée du séjour dans les cinq régions précitées a-t-elle exercé une grande influence sur la fréquence de la mortalité? Il est certain que la proportion établie pour des contrées dans lesquelles les aliénés ont été envoyés depuis seize ans doit être plus forte que pour celles qui n'en ont reçu que depuis quatorze ans; mais en tenant compte de cette différence les conditions sont encore insuffisantes pour expliquer les résultats que nous avons offerts.

En est-il de même des divers états morbides dont étaient atteints les aliénés transférés? Sans contester la part d'influence qu'on est en droit de leur accorder, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle ne saurait encore rendre compte des différences signalées. Ainsi, pour ne parler que du principal état, on compte : sur les 921 aliénés transférés au nord, 61 paralytiques, soit 1 sur 15; sur les 91 transférés au midi, 6 paralytiques, soit 1 sur 15; sur les 907 transférés à l'est, 68 paralytiques, soit 1 sur 13,34; sur les 615 transférés à l'ouest, 96 paralytiques, soit 1 sur 6,40; sur *les 774 transférés* au centre, 134 paralytiques, soit 1 sur 7,77. Or, on a vu, pour ne prendre que les extrêmes, que, malgré la petite proportion d'aliénés paralytiques envoyés dans le nord, cette région avait présenté le chiffre le plus fort de la mortalité, et que, malgré la plus grande proportion d'aliénés paralytiques transférés dans l'ouest, cette région avait offert la plus faible mortalité.

D'où il suit que les transferts des aliénés de la Seine dans les asiles situés au nord de la France donnent à la mortalité le chiffre le plus fort; viennent ensuite les translations effectuées dans les asiles placés au centre de la France, sur des lieux élevés, secs et bien ventilés, comme le sont les asiles de Blois, d'Auxerre et de Clermont, qui fournissent le plus grand nombre de guérisons; puis les transferts opérés dans les ré-

---

jouer un grand rôle dans l'explication de l'action des mouvements synergiques.

On peut constater, dit M. Béclard, sur les muscles de l'homme, que la quantité de chaleur développée par la contraction est plus grande quand le muscle exerce une contraction statique, c'est-à-dire non accompagnée de travail mécanique, que lorsque cette contraction produit un travail mécanique utile.

La chaleur musculaire est complémentaire de ce travail et les produits de la contraction musculaire, c'est-à-dire la chaleur musculaire et le travail mécanique extérieur, sont *ensemble* les expressions de l'action chimique dont le muscle est le théâtre.

Nous croyons qu'une différence d'action entre les mouvements semi-actifs et semi-passifs pourra être élucidée par la méthode de M. J. Béclard en déterminant la quantité de chaleur relative formée dans les deux cas.

Le système musculaire est, au surplus, le plus volumineux du corps, et les changements qu'il subit ou dont il est l'officine doivent être d'une immense importance pour la vie animale. Il n'y a rien d'étonnant que, pendant un mouvement concentrique, le plissement des muscles en leur entier, ainsi que dans leurs fibrilles primitives, produise un obstacle considérable au passage du sang, particulièrement du sang veineux, tandis que l'extension des membres, muscles et fibres primordiales détermine par la parallélisation et l'allongement des vaisseaux, ainsi que par la juxta-traction des fibrilles musculaires, un cours plus rapide des fluides nutritifs et une excitation à l'échange des contenus et à l'activité nerveuse. La chimie est d'accord avec cette vue théorique.

M. Cl. Bernard a trouvé (voir le compte rendu d'une de ses leçons *in* MEDICAL TIMES AND GAZETTE du 13 avril 1861, n° 563) que le sang veineux d'un muscle en travail devient subitement noir et ne contient presque plus de traces d'oxygène après la contraction, tandis que le sang veineux d'un muscle en repos ressemble presqu'à du sang artériel. Ceci est conforme à cette

Digitized by Google

gions de l'est, du sud-ouest et enfin dans celles de l'ouest, où l'air doux et humide se rapproche le plus, par sa nature, de celui que les aliénés respirent dans la capitale de la France baignée par la Seine.

Ce résultat de la plus grande mortalité des aliénés transférés dans les régions du nord (Saint-Venant et Armentières) est en complet désaccord avec ce que nous ont appris les savants travaux de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire sur l'acclimatation des animaux, et ceux de M. Boudin.

D'où viendrait donc cette différence, si ce n'est de celle des situations où se trouvent les sujets sur lesquels portent les observations?

Dans les cas, par exemple, indiqués par ces médecins, les organismes sont sains, tandis que, dans ceux qui font l'objet de nos études, les organismes sont profondément atteints.

Ne trouvons-nous pas, du reste, dans nos tables de mortalité les mêmes effets liés aux mêmes causes? L'hiver n'est-il pas la saison la plus fatale aux aliénés affaiblis? Pourquoi dès lors s'étonner d'un semblable résultat?

Pour faciliter l'étude de l'influence que les diverses régions ont exercée sur la nature des décès, nous grouperons les affections et maladies auxquelles ont succombé les aliénés en trois ordres principaux : Maladies cérébrales, thoraciques, abdominales.

Nous désignerons sous le nom d'affections diverses les lésions qui se trouvent en dehors de ce cadre, ayant surtout l'intention de faire ressortir les influences physiologiques et pathologiques des cinq régions de la France sur l'organisme des aliénés transportés rapidement d'un climat dans un autre.

Sur les 498 aliénés décédés dans le nord, appartenant à 921 transférés depuis l'année 1844, nous trouvons : Maladies cérébrales, 147; thoraciques, 150; abdominales, 144; autres diverses ou inconnues, 77.

Sur 29 femmes décédées dans le midi, faisant partie de 91 transférées depuis 1846, nous comptons : Maladies cérébrales, 9; thoraciques, 7; abdominales, 12; autres diverses ou inconnues, 1.

Sur 361 aliénés décédés dans l'est, provenant de 907 transférés depuis 1844, nous constatons : Maladies cérébrales, 193; thoraciques, 45; abdominales, 67; autres diverses ou inconnues, 56.

Sur 130 aliénés décédés dans l'ouest, parmi 615 transférés depuis l'année 1846, nous trouvons : Maladies cérébrales, 70; thoraciques, 13; abdominales, 36; autres diverses ou inconnues, 11.

Enfin, sur 304 aliénés décédés dans le centre de la France, parmi 774 transférés depuis 1846, nous notons : Maladies cérébrales, 181; thoraciques, 60; abdominales, 49; autres diverses ou inconnues, 14.

En relevant tous les décès qui ont eu lieu dans les divers asiles qui composent ces régions et en les rapportant aux lésions des systèmes nerveux, circulatoire et digestif, c'est-à-dire aux lésions cérébro-spinales, thoraciques et abdominales, on voit que 570 décès ont eu lieu par affections ou maladies cérébrales; 285 décès par lésions thoraciques; 308 décès par lésions abdominales, et 159 décès par diverses affections ou maladies du sang : scorbut, anémie, carie, nécrose, ulcères, etc.; maladies des organes génitaux, de la peau, etc., ou diverses autres causes qui n'ont point été notées par les médecins des asiles.

Mais si l'on répartit ces diverses lésions, et c'est là le but principal de nos recherches, dans les cinq contrées que nous avons tracées, nous trouvons qu'après les affections cérébrales qui ont prédominé, comme cause de mortalité, dans des proportions très diverses, selon les différentes régions, les maladies thoraciques ont prévalu dans le même sens au nord de la France, puisqu'elles constituent plus du tiers des décès. Viennent après : les régions du centre, et, par ordre décroissant, celles de l'est, du sud-ouest et de l'ouest. Tandis que les affections abdominales ont particulièrement sévi dans le sud-ouest, puisqu'elles forment près de la moitié de la généralité des décès connus (12 sur 28), et dans l'ouest, puisqu'elles s'élèvent à plus du tiers (36 sur 119). Enfin se présentent toujours dans l'ordre décroissant, les régions du nord et du centre.

Si nous analysons les divers éléments qui, dans les différents asiles placés dans ces cinq régions, ont concouru avec le climat à la mortalité, nous constatons qu'indépendamment de l'habitation, la nourriture a joué un rôle important dans la nature du décès. L'étude que nous avons faite de cette intéressante question, prouve en effet que la disproportion de certains aliments ingérés, celle des légumes secs ou frais, par exemple, par rapport à la viande, produit des dérangements fonctionnels du tube gastro-intestinal et des lésions de cet appareil, qui amènent souvent la mort chez les organismes épuisés.

Effectivement, s'il est prouvé que l'alimentation doit varier selon les divers climats, afin que l'organisme s'harmonise avec les milieux ambiants; si par exemple la viande et les boissons spiritueuses sont plus nécessaires au maintient de la vie chez les peuples du Nord que chez les habitants du Midi, où le régime doit être moins substantiel et se composer surtout de fruits et de boissons rafraîchissantes, vu la faible quantité de calorique que l'organisme est appelé à produire, il ne faut pas moins admettre qu'il doit exister une certaine proportion entre le régime animal et végétal.

Cette détermination n'a point encore été suffisamment établie dans les asiles situés dans les diverses contrées, et nous avons pu constater que certains d'entre eux péchaient par une consommation trop abondante et par le choix des légumes, ainsi que par une distribution trop parcimonieuse de viande. Or, s'il est admis par de savants auteurs que les pois, les fèves,

---

observation de Hunter, que la saignée dans la syncope donne toujours du sang rouge. Suivant donc M. Cl. Bernard, le sang veineux d'un muscle en contraction contient moins d'oxygène et plus d'acide carbonique qu'à l'état de repos, et de plus, que le résidu solide qui reste après l'évaporation du sang tiré d'un muscle en pleine activité est plus considérable que celui provenant du sang veineux d'un muscle en repos.

Voici les analyses faites à ce sujet devant les auditeurs du Collége de France :

Gaz contenus dans le sang.

		SANG ARTÉRIEL.	SANG VEINEUX.	
			État de repos.	Contraction.
Muscle rectus femoris :	Oxygène . . .	9,31	8,21	9,31
—	Acide carbon.	0.00	2,01	3.21
Glande sous-maxillaire :	Oxygène . . .	0,80	3,92	0,31
—	Acide carbon.	0,98	2,94	2,10

Résidus solides du sang.

		SANG ARTÉRIEL.	SANG VEINEUX.	
			État de repos.	Contraction.
Muscle rectus femoris :	Perte à l'évapor.	73,86	76,84	75,24
—	Résidu solide . .	26,14	23,16	24,76

Nous ajoutons une analyse que nous devons directement à l'obligeance de M. Cl. Bernard :

	ACIDE CARBONIQUE.	OXYGÈNE.
Le sang veineux normal contenait.	2,50	5,00
Le sang veineux, après avoir coupé le nerf	0,50	7.20
Le sang veineux, après avoir galvanisé le nerf . . .	4,28	4,28
Le sang artériel pour la comparaison	0,81	7,31

Au moment de l'application du courant, le sang veineux est lancé en petit jet rouge; mais après la contraction il en sort

Digitized by Google

les haricots, par suite de la légumine, de l'albumine qu'ils contiennent, sont plus riches en matière alibile que le pain, et peut-être même que la viande; s'il est également prouvé qu'une quantité modérée de légumes mangés avec la viande, loin de nuire à la digestion, la favorise, l'homme obéissant ainsi aux lois de la nature, il est incontestable que les légumes, pris en trop grande abondance, exigent, pour être convertis en substance animale, une série de transformations qui fatiguent d'autant plus les appareils digestifs que ceux-ci appartiennent à des organismes plus épuisés.

Quelle a été l'influence de cette condition alimentaire sur la nature de la mortalité dans les asiles des diverses contrées désignées ci-dessus? Elle a été assez notable dans le Nord : Saint-Venant, par exemple; mais elle a été sensible aussi dans quelques asiles du Midi, de l'Est, du Centre et de l'Ouest.

Les divers états morbides des aliénés transférés ont-ils exercé sur la nature des décès une influence prépondérante? Nul doute qu'ils ont agi d'une manière puissante sur le nombre des décès par affections cérébrales, mais pas assez pour expliquer à eux seuls la différence de proportion existante entre les maladies thoraciques et les maladies abdominales auxquelles ont succombé les aliénés.

(*La fin prochainement.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PATHOLOGIE. — *De la fumée de tabac considérée comme une cause de l'angine de poitrine*, par M. *Beau*. — Les causes de l'angine de poitrine sont multiples. L'auteur en signale une dont il n'a pas encore été question : c'est l'usage ou plutôt l'abus du tabac à fumer.

M. Beau cite sommairement quelques faits qui, suivant lui, démontrent ce point d'étiologie, puis il ajoute :

Les conclusions que l'on doit tirer de ces faits pour admettre que l'abus du tabac donne lieu chez quelques personnes aux symptômes de l'angine de poitrine, sont confirmées par les expériences de M. Bernard sur la nicotine. En effet, M. Bernard, en introduisant de la nicotine pure dans le corps de certains animaux, a donné lieu à des phénomènes mortels que je regarde comme semblables aux symptômes de l'angine de poitrine de l'homme.

Pour que l'angine de poitrine se montre chez les personnes qui usent du tabac, il faut une réunion de circonstances qui ne se rencontrent que rarement : 1° l'usage excessif du tabac; 2° une susceptibilité particulière de l'individu; 3° des circonstances débilitantes, telles que des chagrins, des fatigues, un affaiblissement des fonctions digestives, etc., qui, empêchant l'organisme d'expulser les matières de tabac absorbées, permettent l'accumulation de ces matières à un degré tel, que la nicotine se trouve assez abondante pour produire son action toxique sur le cœur. (*Comm.:* MM. Serres, Andral, Bernard.)

— M. *Lichtenstein* adresse de Berlin un numéro du JOURNAL CENTRAL DE MÉDECINE, dans lequel il a fait paraître une note intitulée : INTRODUCTION DIRECTE DE L'OZONOMÉTRIE DANS LA MÉDECINE, et trois autres articles qui se rattachent plus ou moins directement à la même question. Il exprime le désir d'obtenir le jugement de l'Académie sur ce qu'il a écrit concernant un sujet dont l'importance, dit-il, ne peut être méconnue, soit qu'on l'envisage du point de vue clinique, soit qu'on se place au point de vue physiologique et aux mesures prophylactiques qu'il conviendrait parfois de prendre d'après ce genre d'indication. (*Comm :* MM. Becquerel et Bernard.)

— M. *Altobelli* envoie d'Aquila, en double exemplaire, un MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICINALES DE LA POUDRE DE SALSEPAREILLE DANS LES CAS D'INFLAMMATIONS ÉRYTHÉMATEUSE ET PHLEGMONEUSE, et prie l'Académie de vouloir bien se faire rendre compte de cet écrit, dans lequel il a consigné les résultats d'observations poursuivies pendant plus de trente ans. (*Renvoi à l'examen de M. Andral pour un rapport verbal.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 7 juin courant, par lequel est approuvée l'élection de M. *Sappey* dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de feu M. Bourdon.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Sappey* prend séance.

2° Le même ministre envoie : *a*. Une lettre de M. *Renault*, juge de paix à Bourgueil, relative au prix de 1000 francs que l'Académie a proposé pour le traitement de la pneumonie par la méthode expectante. — *b*. Un premier rapport de M. *Prosper de Pietra Santa* sur la mission scientifique dont il a été chargé et ayant pour objet d'étudier l'influence du climat du Midi sur les affections chroniques de la poitrine. (*Comm :* MM. Louis, Regnault et Barth.)

3° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Pénissat*; de Vichy (Allier), par M. le docteur *Alquié*; de Saint-Galmier (Loire), par M. le docteur *Ladevèze*, de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur *Jaubert*, de la Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Pétronnel*; des bains de mer de Dunkerque (Nord), par M. le docteur *Lemaire*, pour l'année 1860. (*Commission des eaux*

---

très abondamment et très noir, et ne coagulant plus aussi facilement que lorsqu'il était encore rouge.

Selon les recherches de notre savant physiologiste, le grand sympathique joue le rôle le plus important dans les changements du sang artériel et veineux. C'est donc pour de sérieux motifs que les pressions sur les nerfs, et spécialement sur le sympathique, sont beaucoup employés en Suède et en Allemagne par les médecins voués à la pratique du traitement gymnastique.

Le fonctionnement et le repos des glandes produisent, seulement en sens inverse, les mêmes changements dans la qualité du sang. La glande en action donne du sang rouge, et en repos du noir.

La kinésiatrie s'occupe aussi beaucoup d'engorgements chroniques des glandes, et les mouvements passifs qu'elle leur applique doivent tous être faits sur des endroits et dans des positions où toutes les parties soient complétement relâchées. On comprend physiologiquement l'influence que peuvent avoir ces mouvements sur les phénomènes chimiques des glandes, ainsi que du réseau capillaire, et consécutivement sur la chaleur animale et la nutrition.

(*La suite prochainement.*)

— M. le docteur Émile Gaubric vient d'être enlevé en quelques heures par une affreuse crise d'angine de poitrine avec rupture anévrysmale.

— Deux concours s'ouvriront à l'École de médecine d'Alger, le 11 novembre prochain, pour un emploi de prosecteur d'anatomie et un emploi de préparateur de chimie. Ces fonctions, aux appointements de 600 francs, sont conférées pour trois années. Le prosecteur d'anatomie seul peut les cumuler avec l'emploi d'interne, à la condition toutefois de se faire remplacer dans ce dernier emploi du 1er décembre au 31 mars.

Les avantages de l'internat près l'hôpital civil d'Alger sont : 900 francs de traitement fixe et la nourriture le matin.

Digitized by Google

minérales.) — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les Ardennes en 1861. (*Commission des épidémies.*)

4° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Inday*, qui annonce que le monument élevé à la mémoire de *Bonnet* sera inauguré le 2 juillet prochain à Lyon. — *b.* La description d'un nouvel instrument, le *dilatateur des plaies des paupières*, par M. le docteur *Lanne*. — *c.* Une lettre de M. le professeur *Landouzy* (de Reims), qui informe l'Académie que la conférence qui se fait à la fin de chaque printemps *sur la pellagre*, à la clinique de Reims, aura lieu jeudi prochain 26 juin, à deux heures précises de l'après-midi. — *d.* Une lettre de M. le docteur *Billod* (de Sainte-Gemmes), qui prévient l'Académie que, de même que les années précédentes, à cette époque d'invasion ou d'exacerbation de toutes les pellagres connues, la pellagre des aliénés a manifesté sa présence dans l'asile de Sainte-Gemmes par des cas aussi caractérisés que possible.

M. *Briquet* fait hommage, au nom de l'auteur, d'un volume intitulé : TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES, par M. le docteur *Dagonet*, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

M. *Malgaigne*, au nom de M. le docteur *Chereau*, offre à l'Académie une brochure sur *Henri de Mondeville*, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France.

Discussion sur la vente des cosmétiques envisagée au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publique, à l'occasion du rapport lu par M. Trebuchet dans la séance du 3 juin.

M. *Bouley*. Je regarde les conclusions du rapport de M. Trebuchet comme dangereuses, et je n'hésite pas à déclarer qu'en les votant l'Académie s'engagerait dans une voie déplorable.

Le discours de M. Trebuchet n'est rien moins qu'un réquisitoire en règle contre les parfumeurs et les fabricants de cosmétiques, qu'il signale, qu'il dénonce à l'autorité comme des espèces d'empoisonneurs publics.

Mais qui donc se sert de tant de pommades, de cosmétiques et d'eaux de toilette? Est-ce la majorité des Français? Mais non! ce sont quelques coquettes sur le retour et un petit nombre de Céladons. Faut-il, pour cette classe imperceptible et peu intéressante de la population, poser des entraves à l'industrie et porter atteinte à la liberté commerciale? Et pourquoi ne pas inviter l'État à intervenir aussi pour réglementer la fabrication des corsets et des chaussures, autres objets qui nuisent quelquefois aussi à la santé des citoyens?

Messieurs, je crains qu'il n'y ait dans tout ceci une question de boutique. M. Trebuchet, dans son rapport, a prononcé le mot de *concurrence* : oui, concurrence entre les pharmaciens et les parfumeurs... Mais je m'abstiens d'entrer dans des considérations de cet ordre.

Quant aux annonces mensongères, je ne puis partager les idées de M. Trebuchet, qui demande que les journaux soient poursuivis pour donner de la publicité à des réclames controuvées ou à des préparations fallacieuses. Les journaux peuvent-ils être responsables de leurs annonces, et le rôle de l'Académie est-il de requérir de nouvelles sévérités administratives contre la presse?

L'article 1382 du Code civil arme suffisamment les individus contre les dommages causés par les commerçants. Ceux qui se croient lésés n'ont qu'à porter plainte; les tribunaux les protégeront.

En résumé, je vote contre la conclusion administrative du rapport, tout en approuvant, bien entendu, les conclusions scientifiques ou exclusivement académiques.

M. *Gaultier de Claubry*. En France, où l'État se préoccupe de la salubrité publique et protége la santé des citoyens, pourquoi l'administration ne défendrait-elle pas la fabrication et la vente de toutes les substances dangereuses, quelque forme qu'elles revêtent, pommades ou cosmétiques? La liberté du commerce n'en serait nullement atteinte, car cette liberté ne doit pas aller jusqu'au débit de topiques qui, sous des noms mensongers, renferment des ingrédients vénéneux.

Je regrette que, dans le rapport, il n'ait pas été fait une mention plus particulière du remarquable travail de M. Chevallier sur les cosmétiques.

Maintenant, est-il nécessaire de modifier les conclusions du rapport? est-il nécessaire notamment de demander à l'autorité l'interdiction des annonces et des affiches? Il existe à ce sujet des lois, des règlements, des prescriptions suffisantes. J'approuve que l'Académie appelle l'attention de l'administration sur la nécessité de se montrer plus sévère sur l'observance de ces lois et règlements.

M. *Poggiale*. La Cour de cassation a décidé que les objets de parfumerie dite hygiénique ne pouvaient pas être considérés comme médicaments. Il n'en est pas de même des cosmétiques, pommades ou eaux de toilette renfermant des substances actives. Ceux-ci sont réputés médicaments et tombent sous le domaine de la loi.

Mais si nous devons protester contre les abus des parfumeurs, combien devons-nous, à plus forte raison, nous insurger contre la publicité donnée à certains médicaments, à certaines formules? A ce sujet le charlatanisme n'a pas de frein. Il est temps d'appeler toutes les rigueurs de l'administration contre tous les remèdes secrets, contre toutes ces soi-disant panacées qui ne sont ni inscrites au Codex ni approuvées par l'Académie de médecine.

L'Académie a le devoir d'appeler l'attention de l'autorité sur ces abus, car ces abus sont beaucoup plus graves que la vente de certains cosmétiques ou philocomes.

En résumé, je propose d'adresser sur ce sujet des doléances à M. le ministre d'État et de nommer une commission spéciale chargée de rédiger sur ce point une sorte de mémoire à l'autorité.

M. *Boudet*. Le Conseil d'hygiène et de salubrité s'occupe activement de toutes les questions qui intéressent la santé publique. Déjà, grâce à son intervention, l'autorité a interdit l'emploi des couleurs minérales pour les bonbons, les pains à cacheter et les papiers. Ici il s'agit d'un objet analogue, il s'agit de substances à l'usage de la toilette, renfermant des agents dangereux, dont le public ignore la présence et ne connaît pas les dangers.

Il faudrait donc soumettre à une visite d'hommes spéciaux les préparations de parfumerie. Quand les parfumeurs sauront qu'ils sont soumis à ces inspections, quand des analyses auront été faites, les dangers disparaîtront et un grand service aura été rendu à la société.

J'appuie donc la proposition de M. Poggiale, tendant à appeler l'attention de l'autorité sur le danger de certains cosmétiques.

M. *Bussy*. Je désire débarrasser la question d'une considération émise par M. Bouley, qui a fait de ceci une affaire de concurrence entre les pharmaciens et les parfumeurs, et qui a mis ainsi en suspicion la plupart des membres de l'Académie appelés à intervenir dans la discussion.

Je demande donc qu'on renonce à un pareil argument.

Je crois aussi que ce n'est pas la législation sur les remèdes secrets qui convient ici, mais la législation relative à la vente des substances vénéneuses.

Mais ce qui domine toute la question, c'est la publicité, ce sont les annonces. Nous ne voulons pas attenter à la liberté de la presse, pas plus qu'à la liberté commerciale; nous voulons faire interdire la circulation de substances dangereuses, et je crois qu'il y a là une question de haute moralité et de salubrité publique qui doit sortir victorieuse de nos débats, au grand avantage de la société.

M. *Chevallier*. Ce qu'a dit M. Bouley sur le petit nombre des personnes se servant de cosmétiques n'est pas exact. On fait, au contraire, une consommation énorme de cosmétiques. Dans ces préparations entrent le carbonate de plomb (céruse), sous le nom de *blanc de lait*, le sublimé corrosif, l'acétate de plomb, etc., qui provoquent journellement les plus graves accidents. Il y a non-seulement danger, mais encore extorsion d'argent. Je demande que la question soit largement étudiée

Digitized by Google

et que tous les dangers des cosmétiques soient signalés longuement à la sévérité de l'administration.

M. *Bouley* fait remarquer que le rapprochement entre les parfumeurs et les pharmaciens ressort d'une phrase du rapport de M. Trebuchet. Il ne faut pas en faire peser la responsabilité sur lui.

Quant à la proposition de M. Poggiale, il l'approuve et il l'appuie de toutes ses forces.

M. *le président* demande à M. Poggiale s'il veut renfermer sa proposition dans les conclusions du rapport de M. Trebuchet.

M. *Poggiale* veut que sa proposition soit fondue avec les conclusions du rapport.

M. *le secrétaire perpétuel*. Nous avons souvent appelé la répression de l'autorité contre tous les abus qu'on vient de signaler. Ces démarches ont toujours été vaines. Je crois donc qu'il vaut mieux rédiger un travail complet sur la matière et adresser ce document à l'autorité compétente. Je ne puis qu'appuyer la proposition de M. Poggiale.

M. *Bouley* voudrait que l'Académie ne se hâtât pas de prendre une décision sur une question aussi grave.

M. *Trebuchet*. Le rapport n'est pas un travail qui me soit propre ; il appartient à la commission tout entière, à une commission spéciale qui a eu connaissance de mon rapport et qui lui a donné préalablement son approbation. C'est un travail complet que la commission vous présente, et je ne vois pas ce qu'une nouvelle commission pourrait y ajouter.

Ce que nous demandons, ce n'est pas, comme l'a prétendu M. Bouley, une réglementation nouvelle, ni un attentat à aucune de nos libertés. Nous ne faisons que remplir un devoir en appelant les sévérités de l'administration sur les dangers que font courir à la santé publique les préparations de parfumerie.

Si M. Bouley connaissait les accidents provoqués journellement par l'abus de cosmétiques vénéneux, s'il savait à combien de réclamations ces cosmétiques donnent lieu, assurément il ne prendrait point parti pour les parfumeurs.

En résumé, une nouvelle commission et un nouveau travail ne me paraissent pas nécessaires. A l'occasion du mémoire de M. Reveil, la commission dont j'étais le rapporteur, a formulé un certain nombre de propositions qui me semblent suffisantes pour éclairer l'autorité.

M. *Robinet* demande qu'on vote d'abord les propositions de M. Trebuchet, qui ne concernent que les cosmétiques ; puis l'Académie votera sur la proposition de M. Poggiale qui s'applique d'une manière plus large aux remèdes secrets et aux manœuvres honteuses des charlatans.

M. *le président* invite M. Trebuchet à lire les conclusions du rapport, et engage l'Académie à voter séparément sur les deux parties de la troisième conclusion.

La première partie de cette conclusion est adoptée.

La deuxième (imposer aux parfumeurs, etc.) est rejetée.

Lectures.

Chirurgie. — M. *Robert* lit un rapport sur divers instruments adressés à l'Académie, dans le courant de décembre dernier, par MM. *Vinci*, chirurgien de l'hôpital des Incurables, à Naples, et *Martin*, chirurgien militaire, instruments destinés à la médication topique des affections de l'urèthre, des voies lacrymales et des conduits muqueux en général.

La méthode décrite dans le mémoire de M. Vinci, consiste à porter des topiques divers dans les conduits muqueux, et à les faire séjourner un certain temps à l'aide d'instruments construits pour remplir ce but spécial.

M. le docteur Martin, chirurgien militaire, réclame la priorité de ce mode de traitement, alléguant à l'appui, que dès l'année 1858, il avait publié un travail sur ce sujet dans le Recueil de médecine et de chirurgie militaires.

M. Robert, pour mettre les plaideurs d'accord, établit que le mérite de cette priorité ne revient réellement à aucun d'eux ; mais qu'elle appartient plutôt à M. Bretonneau, à M. Jobert, à M. Legrand, à M. Velpeau, lequel, dans son Traité de médecine opératoire (1839), consacre un paragraphe au traitement des rétrécissements de l'urèthre par les topiques, et décrit un procédé très simple pour porter des médicaments sur le point malade du canal. Le traitement topique des affections de l'anus, des voies lacrymales, etc., remonte aussi à une époque très éloignée ; et l'on regrette que MM. Martin et Vinci aient complétement passé sous silence les tentatives faites avant eux.

M. le rapporteur reconnait, toutefois, que les instruments de M. Vinci sont plus souples, plus parfaits et plus commodes à employer que ceux de ses devanciers ; et s'il suffisait de porter sur ces instruments un jugement purement théorique, M. Robert déclare qu'ils peuvent avoir leur utilité dans certains cas, mais qu'ils sont loin d'être indispensables à la cure des affections auxquelles l'auteur les destine. « Les indications posées par lui ne sont pas nouvelles, et les chirurgiens, depuis longtemps, ont avisé aux moyens de les remplir. »

Mais comme c'est par les faits qu'on apprécie justement les méthodes curatives, M. Robert analyse les quatre observations citées dans le mémoire de M. Vinci, et accompagne cette analyse des réflexions suivantes : « La médication topique permanente a-t-elle toujours réussi ? N'a-t-elle jamais provoqué d'accidents ? Est-elle bien tolérée ? — Voilà tout autant de points sur lesquels l'auteur omet de nous éclairer. Quant aux succès, tout praticien en a obtenu de semblables, par des moyens analogues et sans instruments spéciaux. Pour démontrer la supériorité de sa méthode, l'auteur devra l'opposer à des cas plus sérieux, plus rebelles, et en consigner les résultats dans des observations plus prolixes.

« Dans le travail de M. Martin, il ne s'agit que des maladies de l'urèthre. L'auteur combat la méthode des injections dans la blennorrhagie et préconise l'emploi de cathéters cannelés, qu'on enduit d'une pommade appropriée, durcie au moyen de la cire, et qui, comblant les cannelures, donne à la bougie une surface lisse qui en facilite l'introduction.

» Les deux seuls faits rapportés par M. Martin en faveur de cette méthode, sont loin d'être concluants, et l'auteur aura besoin d'autres observations pour appuyer sa manière de faire.

» Je ne voudrais pas, ajoute M. Robert, me prononcer définitivement contre les cathéters cannelés, et je ne puis cependant croire beaucoup à leur succès. S'il s'agit d'une blennorrhagie simple, ils ne vaudront jamais les injections ; s'il s'agit d'une blennorrhée, ils seront difficilement supportés par l'urèthre ; si, enfin, le canal est rétréci, le volume de ces cathéters les rendra presque inutiles. »

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciments à MM. les docteurs Martin et Vinci ; 2° de déposer leur travail dans les archives. (*Adopté.*)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 16 mai 1862.

Rapport sur un mémoire de M. le docteur Debout ayant pour titre : *Des hernies ombilicales congénitales*, par M. le docteur Collineau.

Messieurs,

Vous avez bien voulu me confier un rapport sur un mémoire dont M. Debout a fait hommage à la Société, après en avoir donné lecture à l'Académie de médecine de Bruxelles. C'est avec empressement que j'ai accepté cette tâche, et je vais

Digitized by Google

essayer, messieurs, de vous tracer un aperçu à la fois rapide et fidèle de cet instructif travail.

L'étude des hernies ombilicales congénitales en fait le sujet.

Ramener à une dénomination unique et à un type générique naturel les hernies que l'on constate lors de la naissance à la région ombilicale, et dont l'histoire a été scindée par une synonymie étendue à l'excès;

Suivre dans ses progrès le mécanisme de leur évolution, et établir un parallèle entre le développement du fœtus et celui du vice de conformation qu'il doit apporter en naissant;

En compter les variétés, et préciser pour chacune les ressources de la thérapeutique;

Telles sont, si j'ai saisi sa pensée, les données dans lesquelles l'auteur a entendu se tenir.

Conçu dans un esprit principalement pratique, son travail repose exclusivement sur l'observation; et afin d'arriver à ses conclusions aussi directement que possible, il a écarté de la discussion plus d'une idée théorique.

Si l'histoire du vice de conformation dont il s'occupe laisse de nombreuses lacunes à combler, ce n'est point, selon M. Debout, que l'observation en soit rare. C'est que, exposés sous des titres différents, comme s'il s'agissait de maladies différentes, les exemples qu'en possède la science sont séparés, et que ces descriptions éparses se sont malaisément prêtées aux rapprochements qu'exige un tableau synthétique.

L'exomphale, l'omphalocèle, l'hépatomphale, la hernie ventrale, les éventrations, toutes ces lésions présentent, pour caractère commun, d'être constituées par une tumeur siégeant à la région ombilicale; et, pour caractères essentiels, d'abord d'être antérieures à la naissance; ensuite, et par-dessus tout, d'être recouvertes par les enveloppes du cordon.

Toute hernie à laquelle on reconnaîtra ce triple caractère de siége, de début, de disposition, pourra donc, à bon droit, être rangée dans une même classe, et être ramenée à un seul titre générique. La dénomination de *hernies ombilicales congénitales* est celui auquel M. Debout s'est arrêté.

Au point de vue de la constitution, ces hernies offrent à étudier, d'une part, la composition de leurs parois : elle est constante; de l'autre, les rapports et le nombre des organes herniés : ils sont variables.

Les parois, remarquables par une transparence qui ne se retrouve nulle part, sont dues à la distension souvent excessive, toujours appréciable, de deux membranes parfaitement distinctes séparées par une couche de matière gélatineuse.

La plus superficielle n'est autre que la membrane externe du cordon. La plus profonde est un prolongement plus ou moins aminci du péritoine. Quant à la couche de substance gélatineuse interposée à ces deux feuillets de la paroi, elle est fournie par la gélatine de Wharton. Notons enfin que les vaisseaux dissociés du cordon donnent à la tumeur qu'ils circonscrivent un aspect particulier répondant à deux types distincts sur lesquels nous reviendrons, parce qu'il en ressort un précieux élément de diagnostic.

Pour les rappeler en quelques mots, les organes qui peuvent être logés entre des parois ainsi constituées sont : une seule ou plusieurs anses intestinales, une portion du foie et des anses de l'intestin; ces derniers organes, plus une portion de l'estomac et de la rate.

Mais la présence simultanée de ces divers organes, ou bien celle d'une seule anse intestinale dans la tumeur, est dominée par les conditions variables qui régissent la formation de celle-ci; et c'est dans l'étude de ces conditions diverses que M. Debout trouve la base de sa classification.

Tandis que, parmi les hernies ombilicales que l'on constate lors de la naissance, les unes, toujours constituées par une seule anse intestinale, d'un volume toujours restreint, constamment réductibles, concordent avec un développement presque normal de la paroi abdominale; les autres, notablement plus volumineuses, constituées par des organes ou des portions d'organes multiples, partiellement ou tout à fait irréductibles, occupent aux dépens de la paroi très imparfaitement développée de l'abdomen une portion considérable de sa surface.

Cet arrêt de développement de la cavité abdominale est-il consécutif à la tumeur qui aurait porté obstacle à son occlusion médiane, ou bien la lésion a-t-elle elle-même pour principe un arrêt de développement?

Contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs, et malgré les dénégations de M. le professeur Cruveilhier, c'est à cette dernière explication que se range M. Debout. Les compressions de l'abdomen, la position vicieuse du fœtus, les tiraillements du cordon, qui rendent un compte exact de certaines hernies du nouveau-né, ne sauraient justifier, à ses yeux, les désordres qui caractérisent plusieurs d'entre elles; tandis qu'un arrêt dans la succession des phases de la vie embryonnaire, pris pour point de départ des vices de conformation décrits sous les noms divers que nous avons rappelés, explique leur production dans ce qu'elle a de plus complexe, en même temps qu'elle révèle leur commune origine.

« Que l'on jette les yeux, dit M. Debout, sur les planches d'un ouvrage d'embryologie, on verra sur les figures des embryons de moins de six semaines que la base du cordon ombilical est toujours dilatée en ampoule. On en trouve des exemples dans les ouvrages d'Albinus, de Wrisberg, de M. Velpeau. De son côté, M. Coste montre qu'au début de la vie intra-utérine le cordon ombilical est un organe creux servant de *diverticulum* à la cavité abdominale. Cette dernière contient seulement la plus petite partie du tube digestif, ainsi que le foie et les organes urinaires et génitaux.

» Or, de la septième à la huitième semaine, le retrait de la portion du tube digestif primitivement contenu dans la base du cordon se produit. Si alors l'ampoule ombilicale, au lieu de se réduire, garde son volume, ne devient-elle pas le rudiment du vice de conformation?

» Si, par ailleurs, l'anse intestinale contenue dans l'ampoule ombilicale maintient l'ouverture de l'ombilic élargie, le foie, qui au début de la vie occupe la plus grande partie de l'abdomen, a une tendance à pénétrer dans l'anneau.

» Une cause plus directe l'y amène et l'y maintient; elle gît dans ses rapports avec la veine ombilicale. Ce vaisseau qui chemine dans la partie supérieure des parois de la tumeur, arrivé à l'ouverture de l'ombilic, va se porter dans le sillon longitudinal du foie, et forme ainsi un cordon qui fixe l'organe à l'anneau. Suivant la dimension de cet anneau, le bord du foie restera dans la cavité de l'abdomen, ou pénétrera dans l'ouverture du pédicule de la tumeur, et maintiendra pendant toute la durée de la vie intra-utérine un certain degré d'ouverture de l'anneau ombilical. »

Le retrait de l'intestin et l'affaissement de l'ampoule comme règle de développement normal; la persistance de l'ampoule et le libre accès de sa cavité comme anomalie, voilà donc les phénomènes dont l'anatomie constate l'apparition vers la septième semaine de la vie embryonnaire. Si, de plus, on veut bien tenir compte du rôle que par ses connexions avec la veine ombilicale le foie peut jouer alors dans la perpétration de la disposition vicieuse, pour peu qu'elle ait tendance à se produire, n'aura-t-on, d'un seul coup, l'explication la plus naturelle de toutes ces tumeurs complexes diversement nommées, depuis l'hépatomphale jusqu'à l'éventration proprement dite.

Toutes ces hernies méritent d'être réunies dans un même groupe.

Elles ont trouvé le rudiment de leurs parois dans la durée anomale d'un organe temporaire.

Le mécanisme de leur formation a eu dans les connexions de la veine ombilicale avec le foie, un auxiliaire puissant.

L'époque de leur apparition remonte à une période fort peu avancée de la vie fœtale.

Enfin, elles sont partiellement réductibles.

Cependant, parmi elles, il en est une qui, assimilable aux précédentes sous les autres rapports, s'en distingue par une

Digitized by Google

absolue irréductibilité, et réclame, à ce titre une mention spéciale.

Nous avons dit que, chez les embryons au-dessous de sept semaines, la majeure partie de l'intestin se trouvait contenue hors de l'abdomen, dans l'ampoule ombilicale. Or, il s'est rencontré des cas où la distension progressive de celle-ci a permis à une portion de l'intestin grêle et au côlon, d'acquérir leur parfait développement dans la cavité ampullaire, qui les contient normalement pendant les premiers jours de la vie.

L'orifice de cette cavité s'est resserré graduellement, et a fini par opposer à la répression de l'intestin hernié dans la cavité de l'abdomen, une barrière infranchissable.

Cette variété de hernie, toujours exclusivement constituée par l'intestin, ne figure point dans les descriptions classiques. Elle a été observée par M. Debout, et il reproduit un dessin se rapportant à un cas de ce genre, que lui avait communiqué M. le professeur Moreau.

Nous verrons plus tard les déductions pratiques que l'auteur a tirées de cette dernière étude; mais nous devons, dès à présent, insister sur la preuve qu'elle fournit à l'appui de sa manière de voir sur la pathogénie de l'affection.

Comment, en effet, expliquer autrement que par un arrêt dans le développement normal de l'embryon (développement qui, pour être normal, implique l'affaissement de l'ampoule), la présence dans la cavité de celle-ci d'un intestin arrivé à son complet développement; et comment admettre que dans ce cas particulier les compressions éprouvées par le fœtus, une attitude vicieuse qu'il aurait affectée dans la matrice, etc., aient pu fournir le principe d'une lésion ainsi caractérisée?

Des données anatomiques et anatomo-pathologiques qui précèdent, il me semble résulter qu'on doit, avec M. Debout, reconnaître parmi les hernies ombilicales que l'enfant apporte en naissant, une première espèce de hernie, due à un arrêt dans le développement du nouvel être, remontant au deuxième mois de la vie embryonnaire, et se divisant en deux variétés, suivant qu'elles sont absolument irréductibles, ou susceptibles, au moins partiellement, de réductibilité.

Envisageons maintenant celles qui, formées dans les derniers temps de la vie fœtale, reconnaissant un tout autre mécanisme, se distinguant des premières par des caractères nettement tranchés, constituent la seconde espèce. Quelques mots vont nous suffire, et nous aurons esquissé ainsi un tableau synoptique des affections réunies par l'auteur sous le titre de *Hernies ombilicales congénitales*.

Toujours réductibles, toujours d'un volume restreint, les hernies dont il nous reste à parler, ont pour parois, comme les précédentes, les éléments dissociés du cordon et un repli du péritoine. C'est par là surtout, disons-le, que leur description mérite d'être placée dans le même cadre.

Autrement, bien qu'elles se soient produites avant la naissance, elles sont, à proprement parler, d'origine accidentelle.

Comme les hernies acquises elles sont constituées par une seule anse intestinale, et leurs dimensions n'outre-passent point celles de la région de l'ombilic.

Comme les hernies acquises, elles sont dues à la protrusion d'un viscère à travers un orifice disposé à le recevoir à cause de sa largeur et de sa laxité; mais, en dehors de cette condition anatomique favorable, la lésion a eu besoin, pour s'effectuer, de l'action d'une force extrinsèque.

C'est ici, en d'autres termes, que la théorie de M. Cruveilhier prévaut à juste titre. L'attitude vicieuse du fœtus, les compressions dont il a pu être victime n'expliquent-elles pas l'issue nouvelle de l'intestin entre l'enveloppe des organes omphalo-mésentériques?

C'est ici encore que les savantes recherches de Scarpa trouvent leur légitime application. Les tiraillements subis par le cordon dans le sein de la mère ne peuvent-ils pas devenir la cause productrice de la maladie?

Ainsi, la seconde espèce de hernies congénitales déterminée par M. Debout, comprend celles qui, produites dans les derniers temps de la vie intra-utérine, concordent avec un développement avancé du fœtus.

Elles se rapprochent des vices de conformation précédemment décrits par la nature de leurs parois et par leur existence au moment de la naissance. Elles s'en éloignent par le mécanisme de leur formation, et leurs analogies avec les hernies accidentelles.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 20 JUIN 1862.

M. *Aug. Voisin*. Vomissements de matières fécales chez une femme hystérique.

M. *Debout*. Rapport sur l'ouvrage de M. Giraud-Teulon, sur la vision binoculaire.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 MAI 1862. — PRÉSIDENCE DE M. LEGER.

DE L'ICTÈRE GRAVE.

M. *Bergeron*, après avoir rappelé en quelques mots l'état actuel de la science sur la question de l'ictère grave, qui est en ce moment à l'ordre du jour, retrace l'histoire d'un cas qu'il a observé chez un enfant de douze ans et demi. Ce fait, ajoute l'auteur, semble calqué sur l'immense majorité de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour sous les dénominations d'*ictère grave*, d'*ictère hémorrhagique essentiel*, d'*atrophie jaune aiguë du foie*, etc. Bien que l'élément hémorrhagique y ait été moins prononcé qu'il ne l'est habituellement, cependant la maladie a été suffisamment caractérisée par le *vomito-negro*, les pétéchies, l'état ataxo-adynamique présentés pendant la vie, et par les ecchymoses sous-péritonéales, le ramollissement avec atrophie des cellules du foie trouvés à *l'autopsie*, pour qu'on n'hésite pas à y reconnaître le type si tranché que l'on ne peut aujourd'hui se refuser à admettre comme une espèce morbide distincte.

Cependant, si l'on semble d'accord pour admettre cette espèce, les dissidences les plus profondes règnent encore entre les médecins, non-seulement sur la théorie de l'ictère grave, mais encore sur les faits qui doivent lui être rapportés. La confusion qui règne à ce sujet tient d'abord au peu d'accord qui règne sur les bases à adopter pour constituer les espèces morbides, mais aussi à l'imperfection des dénominations employées jusqu'ici pour désigner la maladie décrite d'abord par M. Ozanam, puis par M. Monneret.

La dénomination la plus ancienne, celle qui prévaut encore aujourd'hui, celle d'*ictère grave*, est la moins scientifique de toutes; elle a le tort d'assimiler des choses dissemblables. L'épithète de *grave*, bonne tout au plus pour distinguer deux *degrés* d'une même maladie (pneumonie bénigne et pneumonie grave), ne suffit plus lorsqu'il s'agit de séparer des maladies aussi distinctes que l'ictère qui nous occupe et l'ictère simple spasmodique. Se contenterait-on de cette épithète pour distinguer l'angine diphthéritique de l'angine inflammatoire simple ou de l'angine herpétique? Cette dénomination d'ictère grave était logique en 1849 dans les idées de M. Ozanam, mais aujourd'hui elle ne peut plus figurer dans une nomenclature, ou bien elle ne doit être conservée que comme une désignation générique s'appliquant non-seulement à l'espèce qui nous occupe, mais à tous les ictères de forme grave.

La dénomination d'*ictère hémorrhagique essentiel*, due à M. Monneret, est déjà bien préférable, puisqu'elle indique au moins un symptôme constant de la maladie, l'hémorrhagie; mais le mot *essentiel* a l'inconvénient de préjuger d'une manière absolue la question la plus controversée, celle de savoir si les lésions du foie sont primitives ou consécutives. Cette dénomination a d'ailleurs un sens trop compréhensif, et l'on a

Digitized by Google

vu déjà plusieurs observateurs s'y tromper, et rapporter au type de l'ictère grave des ictères hémorrhagiques qui n'ont avec lui qu'une analogie apparente. Tout le monde sait, surtout depuis les travaux de M. Monneret, que toutes les maladies du foie, et surtout celles qui sont accompagnées d'ictère, produisent la disposition aux hémorrhagies; quelquefois le malade finit par succomber à l'abondance de ces pertes de sang, sans présenter aucun phénomène d'ataxo-adynamie. Or, qu'y a-t-il de commun entre un ictère hémorrhagique de cette nature et le type décrit par M. Ozanam et par M. Monneret? Rien, au point de vue clinique. On pourrait donc abuser de cette dénomination d'ictère hémorrhagique pour réunir plusieurs cas dus à des causes très diverses, les uns à la pyémie, les autres à l'abus des alcooliques, les autres au venin des serpents ou à l'empoisonnement par le phosphore.

Le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie* ou d'*ictère atrophique* est justement celui autour duquel roule aujourd'hui la discussion. Il exprime, il est vrai, la lésion dans la majorité des cas, en comprenant sous le nom d'atrophie, comme le font les écoles anglaise et allemande, non-seulement la diminution de volume signalée par Rokitansky, mais aussi la destruction des cellules mentionnée par Bud, destruction qui peut exister sans que le volume du foie ait diminué. Mais ni l'atrophie, ni même le ramollissement avec destruction des cellules hépatiques, ne se retrouvent d'une manière constante dans l'ictère grave proprement dit, comme M. Monneret, dans sa MONOGRAPHIE DE 1859, M. Blachez, dans sa thèse de concours, M. Genouville, dans sa thèse inaugurale, et dernièrement M. Worms, en ont donné des exemples, et, d'autre part, les deux lésions se retrouvent dans des maladies très différentes de cette espèce morbide. On objecte, il est vrai, que les cas d'ictère ataxo-adynamique où l'on ne trouve ni l'atrophie, ni la destruction des cellules, sont ceux où la maladie a marché trop vite pour que la lésion ait eu le temps de se produire. Mais, cette explication même étant admise, il suffit que la mort puisse survenir *avant que la lésion* du foie existe pour qu'on ne puisse plus reconnaître celle-ci comme la cause des accidents, et pour qu'on doive admettre un état général primitif, une sorte d'intoxication spéciale.

La nature de cette intoxication nous est inconnue, et ne peut nous fournir une dénomination satisfaisante; mais il est un nom qu'on peut adopter provisoirement, c'est celui qui a été employé par M. Lebert, celui d'*ictère typhoïde*, qui, selon M. Bergeron, caractérise le mieux la physionomie de la maladie, car l'ataxo-adynamie ne manque jamais. M. Lebert donne à ce nom une signification trop compréhensive, en y rattachant, avec toute l'école allemande résumée par Frerichs, des lésions ou des troubles fonctionnels très divers de l'appareil biliaire, depuis l'obstruction du canal cholédoque jusqu'à la cirrhose, aboutissant tous à la destruction des cellules. Cette acception peut être logique, si l'on prend l'anatomie pathologique pour base unique de la détermination de l'espèce. Mais, en France, nous nous plaçons plus volontiers au point de vue clinique. Or, il est un type spécial, l'ictère, qui apparaît soudainement dans la plénitude de la santé, dans la période de quinze à quarante ans, qui s'accompagne constamment d'hémorrhagies, d'une grande prostration des forces, de délire, entraînant ordinairement la mort en deux ou trois septénaires, et laissant après lui, dans la majorité des cas, une lésion du foie, la destruction des cellules, ou mieux le *ramollissement* du foie, caractère que l'on peut souvent constater sans le microscope. C'est à cet ictère grave que M. Bergeron réserverait la dénomination d'ictère typhoïde, qui ne préjuge rien sur la question d'anatomie pathologique, et exprime suffisamment son caractère fondamental. M. Bergeron ajoute, du reste, que cette expression ne le satisfait pas encore complétement, parce qu'elle n'indique pas nettement la place de la maladie dans le cadre nosologique. Mais, pour trouver une dénomination de cette sorte, il faudrait avoir des notions plus précises que celles que nous possédons sur l'étiologie et la nature de l'ictère typhoïde.

Les analogies le rapprocheraient surtout de la classe des typhus. Il lui manque toutefois deux caractères propres de ces pyrexies, l'épidémicité et la contagion. L'ictère typhoïde ne s'est encore montré que sous la forme sporadique; mais les cas se multiplient, et nous ne savons pas ce que l'avenir nous réserve à cet égard. Quelques faits observés par Griffith, Henoch, Graves, et plus récemment par M. Hérard, doivent nous rendre réservés sur la question de la contagion. Si plus tard il était démontré que l'ictère typhoïde apparaît épidémiquement, et qu'il est transmissible au contact ou par infection miasmatique, on pourrait à peu près affirmer son identité avec la fièvre jaune. Les analogies sont frappantes quant aux symptômes, en laissant de côté, pour le moment, la question des lésions du foie dans cette dernière maladie. Deux circonstances les séparent encore : l'influence palustre, si bien démontrée pour la fièvre jaune, manque dans l'ictère typhoïde, et ce dernier semble beaucoup plus meurtrier que la première. Il resterait à discuter si le principe toxique, dans l'ictère typhoïde, vient du dehors, ou s'il se forme de toutes pièces dans l'économie, à rechercher quel est le rôle du système nerveux et l'enchaînement des troubles fonctionnels; mais M. Bergeron s'abstient d'aborder cette question, qui viendra sans doute à l'occasion du rapport de la commission chargée d'examiner les observations de MM. Blachez et Worms.

M. *Woillez* ne voit pas l'importance qu'il peut y avoir à substituer le nom nouveau d'*ictère typhoïde* à celui qu'on emploie généralement : la maladie n'est jusqu'à présent qu'un ictère avec état typhoïde, sans qu'on puisse rien affirmer de plus sur sa nature. Il prie M. Bergeron de préciser sa pensée à cet égard.

M. *Bergeron* n'a pas prétendu faire du nouveau, il a emprunté à M. Lebert une dénomination proposée depuis longtemps par cet auteur, parce que le mot lui paraît avoir l'avantage d'exprimer mieux que les autres la physionomie générale de la maladie, et de la séparer des autres ictères, qui sont graves, sans être le type qui peut seul, selon lui, représenter une espèce nosologique. Il réserve tout entières pour l'avenir des questions dont la solution fournira peut-être une dénomination tout à fait satisfaisante.

M. *Chauffard* se rallie au nom d'ictère typhoïde ou peut-être mieux d'ictère typhique, qui lui semble, en effet, représenter l'état général fondamental, puisqu'on ne peut choisir le nom exclusivement, ni d'après les symptômes, ni d'après la lésion.

M. *Marotte* accepte la dénomination d'ictère typhoïde ou typhique, mais à titre passager. Jusqu'à présent, on n'a vu dans cette maladie que les cas graves, les cas mortels. Mais une étude ultérieure fera reconnaître des cas mixtes dans lesquels la gravité n'est peut-être due qu'à un traitement intempestif.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les lésions du cervelet, par GEORGE SHEARER.

Voici le sommaire des observations contenues dans le travail lu par l'auteur à la Société médicale de Liverpool. Nous ferons suivre ce résumé des conclusions formulées par le docteur Shearer.

OBS. I. — Femme âgée de trente-sept ans. Céphalalgie; vertige; amaurose; surdité; strabisme divergent; troubles de la faculté de coordination des mouvements; cris automatiques ou involontaires; légère paralysie de la motilité; accès convulsifs; intelligence intacte. — *Post mortem*. Tumeur née du conduit auditif interne du côté droit, et se prolongeant dans le cervelet. Reins cireux.

Digitized by Google

Obs. II. — Homme âgé de soixante-deux ans. Céphalalgie; paralysie temporaire du côté droit; paralysie des sphincters et de la langue sans perte de connaissance; disparition des symptômes de paralysie; apparition d'accidents comateux; conservation de la vision; insensibilité de plus en plus complète; gémissements automatiques presque incessants; mort. — *Post mortem*. Gros caillot dans le lobe gauche du cervelet; ce caillot est composé de deux portions : une centrale récente, formée par du sang nouvellement épanché; une périphérique, moins foncée en couleur, contenant des corps granuleux composés et des cristaux d'hématine.

Les caractères du caillot rendent un compte exact des principaux symptômes observés. Il est clair que le patient a éprouvé deux attaques apoplectiques distinctes : l'une le 3 mars, douze jours avant la mort; l'autre le 12 mars, deux jours avant sa fin. Le premier caillot a subi pendant les douze derniers jours de la vie une absorption partielle et une transformation de ses éléments, d'où est résultée la production de dépôts pigmentaires de diverses couleurs, et de cristaux tétraédriques d'hématine. L'action irritante de ce premier caillot était démontrée par la grande quantité de globules d'exsudation qui occupaient la zone externe du tissu nerveux ramolli. Le deuxième épanchement sanguin, celui qui avait causé la mort, était entièrement composé de globules de sang non altérés; il devait donc être tout à fait récent.

Obs. III. — La lésion du cervelet était compliquée de lésion cérébrale. Démence; troubles de coordination. Six ans auparavant, plaie de tête; accès convulsifs non modifiés par le trépan; paralysie temporaire du mouvement et de la sensibilité du côté droit; mort. — *Post mortem*. Fungus du cerveau; épanchement purulent dans la cavité de l'arachnoïde; hypertrophie considérable de la faux du cerveau et de toutes les membranes qui entourent le cervelet; ancien foyer apoplectique ou kyste transparent dans le corps strié droit.

La démence est facilement expliquée par l'état de la faux du cerveau. L'apparition des convulsions quelque temps avant la mort paraît due à la production du pus dans l'arachnoïde. La paralysie momentanée du côté droit, et la cavité cystoïde du corps strié droit, restent pour nous à l'état d'énigmes. Mais nous regardons l'hypertrophie des méninges cérébelleuses et la pression qu'elles exerçaient sur l'organe comme la cause de la difficulté de la démarche et des désordres de coordination.

Obs. IV. — Désorganisation de la partie postérieure des lobes cérébelleux dans un cas de manie chronique avec amaurose. Plusieurs jours avant la mort, apparition d'un symptôme insolite : subitement et sans cause appréciable, le malade pousse des gémissements et des cris perçants; ces cris rappellent tout à fait ceux des animaux dont les ganglions nerveux ont été intéressés par le couteau du physiologiste. L'observation est rapportée par le docteur Lindsay dans son compte rendu de 1861 sur l'asile royal de Perth. Dans ce cas, les lésions du cerveau étaient sans importance.

Obs. V. — Abcès dans le lobe droit du cervelet. Perte de l'équilibre et de la coordination dans les membres inférieurs. Les autres détails du fait sont inconnus.

Obs. VI. — Céphalée depuis dix mois. Un seul accès convulsif au commencement de la maladie; syphilis antécédente; nodus sur le front et le cuir chevelu; nodus considérable dans la fosse temporale droite; paralysie double de la face; paralysie des deux nerfs auditifs; cris et gémissements incessants pendant la nuit. Interrogé sur la cause de ces cris, le malade répond qu'il n'en a pas conscience, que c'est pour lui une habitude bien plus que toute autre chose. Intelligence parfaitement intacte; démarche chancelante semblable à celle d'un homme ivre. Amélioration notable au bout de quatre semaines sous l'influence des pilules de Plummer et de l'iodure de potassium.

Diagnostic. — Tumeurs multiples d'origine syphilitique; en un mot, nodus intra-crâniens au niveau de la face postérieure des deux rochers. En raison du voisinage du cervelet, ces tumeurs exercent une compression sur cet organe.

Voici maintenant énumérés selon l'ordre de leur importance les symptômes des affections du cervelet. Les trois premiers sont des symptômes *inductifs*, et la réunion des cinq premiers peut permettre le diagnostic d'une lésion cérébelleuse.

I. L'intégrité et la conservation parfaites des facultés intellectuelles — ou du moins des troubles relativement très légers. Dans les observations d'Abercrombie et de Cruveilhier, on trouve à chaque pas des indications de ce genre : intelligence parfaite, intelligence conservée jusqu'au dernier moment.

II. Désordre de cette faculté de coordination, d'équilibre ou d'harmonisation qui est indispensable à l'action combinée des muscles. Le malade semble être trop lourd dans la partie supérieure de son corps, il se retourne avec gaucherie, il chancelle et tombe fréquemment; en un mot, il présente la démarche toute particulière des gens en état d'ivresse.

III. L'apparition périodique de cris soudains, involontaires, automatiques, semblables à ceux que font entendre les animaux inférieurs lorsque leur cervelet ou leurs pédoncules sont intéressés dans une vivisection.

IV. Les pupilles sont invariablement *dilatées;* ce symptôme contraste d'une manière très remarquable avec leur contraction dans les affections du pont de Varole.

V. Dans les lésions du cervelet, la douleur est ressentie dans le front, les tempes ou au vertex, ou bien elle est générale, elle est rarement localisée en un point de l'occiput.

VI. La surdité, partielle ou totale, paraît se rattacher constamment à la lésion de l'un ou des deux nerfs auditifs. Ce n'est point un symptôme constant.

VII. Les convulsions, les nausées et les vomissements ne paraissent pas être plus fréquents dans les affections du cervelet que dans celles du cerveau.

VIII. La sensibilité cutanée n'a été modifiée dans aucune de nos observations; elle n'a paru ni exaltée, ni amoindrie.

IX. L'amaurose et le strabisme manquent plus souvent qu'ils ne se manifestent; lorsqu'ils existent, ils dépendent d'une lésion affectant les nerfs intéressés.

X. Les faits précédents démontrent, contrairement à l'opinion de Gall, que le cervelet n'a aucune influence sur l'appareil génital. (*Edinburgh Medical Journal*, mai 1862.)

V

VARIÉTÉS.

— On annonce la mort de M. le docteur Regnault, *médecin-inspecteur* de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Parmi les donataires de Fontainebleau, on trouve : Corvisart, médecin de l'Empereur, porté pour 50 000 fr., dont l'*ayant droit* est son fils adoptif, M. Corvisart, ancien officier supérieur de cavalerie; Lacournère, chirurgien de S. M. l'Impératrice, 3000 fr., qui reviennent à sa femme, madame Lacournère, veuve Desormeaux; Gallette, pharmacien, 10 000 fr., divisés entre six personnes : trois fils, une fille, un petit-fils et une petite-fille; enfin le chirurgien Horeau, porté pour 20 000 fr., que se partagent sa fille et sa petite fille.

— Le gouvernement des États-Unis a désigné l'île de David, située près de New-Rochell, à 20 milles environ de New-York, pour la construction d'hôpitaux militaires destinés à recevoir 1500 à 2000 malades. Ces hôpitaux seront placés sous la direction de M. le docteur E. Lee Jones (de New-York). (*American Medical Times*.)

— Par décret du 24 mai 1862, S. M. l'Empereur a nommé présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins : De Nice (Alpes-Maritimes), M. le docteur Maure; de Saumur (Maine-et-Loire), M. Bouchard; de l'arrondissement de Castres (Tarn), M. Combes.

— Le concours pour trois places de médecins au Bureau central s'est ouvert le 12 juin. Les membres du jury sont : MM. Bouneau, Mesnet, Devergie, Cazenave, Hervez de Chégoin, Gosselin et Giraldès, *juges titulaires*; MM. Hérard et Alph. Guérin, *juges suppléants*.

Les candidats, au nombre de trente-six, qui prennent part aux épreuves, sont :

MM. Magnac, Fremineau, Bonfils, Siredey, Canuet, Fournier, Luys, Dumont-Pallier, Second-Féréol, Cadet de Gassicourt, Worms, Gibert, Topinard, Géry, Tillot, Isambert, Péter, Parrot, Desnos, Blachez, Guyot, Labbé, Moynier, Blondeau, Molland, Blondet, Besnier, Tamarelle-Mauriac, Gombault, Zambaco, Blain des Cormiers, Maingault, Simon, Cavasse, Wieland et Barnier.

Ils ont eu à traiter par écrit la question suivante : De l'anesthésie au point de vue du diagnostic.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 27 JUIN 1862. — N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Question de l'ovariotomie. — Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Podophyllum peltatum. — Citron contre l'ictère. — Ergot de froment. — Emploi thérapeutique du Cytisus Laburnum. — De l'aconitine. — Pommade à l'oxyde rouge de mercure. — II. **Travaux originaux**. Thérapeutique : De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux**. De l'hémoptysie dans la grippe. — Mort par le chloroforme. — Entérotomie abdominale. Extraction d'un calcul intestinal du poids de 600 grammes. — V. **Bibliographie**. Traité pratique de médecine légale. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**. Gymnastique médicale suédoise (kinésiatrie); traitement des maladies par le mouvement selon le système de Ling.

I

Paris, 26 juin 1862.

Académie de médecine : QUESTION DE L'OVARIOTOMIE. — *Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* PODOPHYLLUM PELTATUM. — CITRON CONTRE L'ICTÈRE. — ERGOT DE FROMENT. — EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CYTISUS LABURNUM. — DE L'ACONITINE. — POMMADE A L'OXYDE ROUGE DE MERCURE.

L'ovariotomie tend de plus en plus à vaincre la proscription dont elle a été si longtemps l'objet parmi nous. Après l'avoir condamnée, presque flétrie à titre de cruauté, on s'est mis à la regarder en face, à l'étudier; puis on s'est enhardi à la pratiquer, — sans succès, il est vrai, mais pourtant avec des résultats capables de faire mieux augurer de l'avenir; et voilà enfin qu'elle vient d'être réalisée avec un bonheur remarquable par M. le professeur Nélaton. C'est donc à lui-même qu'il était réservé de justifier les espérances qu'il avait émises après un voyage à Londres, dans une leçon clinique que nous avons reproduite (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 765). Ce sera pour lui un grand honneur, et ce doit être le sujet d'une vive satisfaction. Quoi de plus brillant et de plus méritoire à la fois que d'éloigner par une opération hardie une mort certaine et déjà menaçante!

Voici en deux mots le fait dont il s'agit, et que M. Nélaton a raconté mardi à l'Académie de médecine en exhibant la tumeur extirpée :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans. Les premiers symptômes remontent à un an. L'accroissement de la tumeur fut rapide, tellement rapide qu'il fallut pratiquer une ponction palliative le 17 mai dernier. Au bout de dix jours, la tumeur reprit son volume primitif.

Le 17 juin, l'opération de l'ovariotomie fut pratiquée dans la maison de santé de M. le docteur Duval.

L'opération s'est faite suivant les règles ordinaires : ouverture de l'abdomen, traction de la tumeur à l'aide d'une pince spéciale, ponctions multiples avec un trocart volumineux,

---

FEUILLETON.

Gymnastique médicale suédoise (kinésiatrie).

TRAITEMENT DES MALADIES PAR LE MOUVEMENT SELON LE SYSTÈME DE LING, aperçu scientifique communiqué par le Dr MÉDING.

Suite et fin. — Voir les nos 23 et 25.

MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE.

Il est très difficile de poser des principes d'une méthode qui ne compte qu'un demi-siècle d'exercice, et qui, à côté de très nombreux préceptes et faits pratiques, a encore grandement besoin d'être expliquée par la physiologie et même par quelques considérations nouvelles en anatomie.

Nous allons simplement relater la manière dont on emploie, dans les pays du nord, les divers mouvements de la gymnastique suédoise.

D'une manière générale, lorsqu'il s'agit de favoriser la nutrition d'une partie, on lui fait exécuter d'abord des mouvements *passifs* (on croit par là déterminer dans cette partie une congestion passagère et toute passive); puis on la soumet à des mouvements concentriques ou excentriques directement localisés, et qui sont aidés quelquefois de mouvements locaux exécutés en même temps; on entrecoupe enfin ces mouvements synergiques locaux de quelques mouvements généraux. Il y a des cures qui ne s'adressent qu'à une partie du corps (hémiplégie, paraplégie), d'autres à une partie plus étroite (crampe des écrivains). Tantôt les ordonnances ont en vue la néoplastie seule, ou la résorption seule, ou les deux actions réunies. On peut encore produire une dérivation de certaines parties, une congestion vers d'autres, et modifier enfin l'action du système nerveux en interrompant son courant par des pressions, et en le favorisant par des passes, frictions et foulages.

On voit que cette méthode n'est à l'usage que des médecins, et qu'il n'est pas à craindre que l'industrie s'empare de cet

destruction de quelques adhérences de l'épiploon et de l'intestin grêle, constriction du pédicule, ligatures jetées sur quelques artères, fixation du pédicule, suture de la plaie abdominale avec des fils métalliques.

Mais pendant l'opération, du liquide s'était épanché dans la cavité péritonéale. Pour prévenir les dangereux effets de cet épanchement, M. Nélaton n'hésita pas à introduire une éponge dans le cul-de-sac utéro-rectal jusqu'à l'entière évacuation du liquide épanché.

L'opération fut suivie de quelques frissons, de douleurs abdominales, de coliques vagues et mobiles, de vomissements, ne portant toutefois que sur les boissons ingérées.

Le pouls ne s'est jamais élevé au-dessus de 96 pulsations.

Le lendemain et le surlendemain, encore des coliques et des vomissements.

Le quatrième jour, hoquet. Vésicatoire volant dans la région épigastrique. L'instrument qui tenait le pédicule est retiré.

Le cinquième jour, les sutures métalliques sont enlevées.

Le septième jour, purgatif.

Aujourd'hui, cicatrice linéaire à peine apparente à l'endroit de l'incision; dépression ombiliquée au niveau du point occupé par le pédicule; 62 pulsations; bon appétit. État général excellent.

La tumeur contenait 8 litres d'un liquide filant et visqueux; elle est constituée par plusieurs poches donnant à la surface de la tumeur un aspect bosselé, inégal. C'est donc un de ces kystes multiloculaires qu'on ne guérit ni par la ponction ni par aucune des méthodes anciennes; et c'est dans ce cas que l'ovariotomie est indiquée.

Un de nos rédacteurs a pu voir cette femme si heureusement rendue à la vie; elle a la mine fraîche, la parole forte, l'appétit bon; aucun signe de fièvre; absence de douleur. Le ventre est souple, et sur la ligne médiane on voit un filet rosé qui rappelle l'endroit où fut pratiquée l'incision; à l'extrémité inférieure, une dépression légère correspondant au point de section du pédicule. Il semble que déjà l'on pourrait rendre cette femme à ses occupations.

C'est là, nous le répétons, un fait important, en ce qu'il réduit, pour la chirurgie française, le champ de l'incurabilité; en ce qu'il témoigne péremptoirement, surtout rapproché des résultats de la pratique anglaise, de la légitimité de l'ovariotomie; en ce qu'il démontre qu'à Paris comme à Londres le péritoine ne se soumet pas toujours aux caprices de nos idées; en ce qu'il est enfin la consécration expérimentale des opinions défendues pour la première fois, dans ce journal même, contre l'autorité d'illustres maîtres, par un médecin aussi modeste qu'instruit, M. le docteur Jules Worms.

A. DECHAMBRE.

— Parmi les médicaments nouveaux d'origine américaine introduits depuis peu dans la pratique médicale, M. R. Bentley cite le *Podophyllum peltatum*, dont il retrace une histoire assez complète. Cette plante, que ses caractères rapprochent de la famille des Renonculacées, croît abondamment dans les bois des États-Unis et le long des ruisseaux. La partie employée est la racine, qui est éminemment cathartique, et dont l'action est tout à fait comparable à celle du jalap. Elle paraît agir en excitant les glandes mucipares de l'intestin, et détermine une abondante expulsion de matières liquides. D'après le docteur Éberle, qui l'a fréquemment employé, le *Podophyllum* agit aussi bien que le jalap, et le docteur Burgon le trouve préférable au jalap dans les inflammations intestinales avec ténesme et tranchées, qui exigent une prompte évacuation des matières. On l'emploie aussi dans les fièvres intermittentes et bilieuses. Pour atténuer certains de ses effets, on se trouve bien de le mêler avec du calomel ou de la crème de tartre. On l'administre en poudre à la dose de 10 à 12 grains (0,65 à 0,8). Le *Podophyllum* doit ses propriétés à un principe actif, le *podophyllin*, qui, comme le principe des Renonculacées, est volatil, et se perd par la dessiccation. Hodgon et Lewis, qui l'ont analysé, ont reconnu une grande énergie au *podophyllin*, et ont remarqué qu'il pouvait déterminer une éruption pustuleuse du nez et des paupières chez les personnes qui le préparent. Le *podophyllin* est administré à la dose de 2 à 3 grains (0,13 à 0,2), et l'extrait de *Podophyllum*, qui est une préparation très usitée aux États-Unis, à celle de 4 à 5 grains. (*Pharmaceutical Journal*, mars 1862.)

— Le suc de citron est employé depuis longtemps par le peuple en Pologne pour guérir l'ictère, et l'on peut en tirer de bons résultats d'après une observation de M. le docteur Flies (de Berlin). Sur le conseil de M. le docteur Jagielski, un cas d'ictère ancien et rebelle, et accompagné de démangeaisons insupportables, fut traité par le suc de citron, et rapidement amené à guérison. On administra d'abord à l'intérieur le suc de citron toutes les deux heures, puis à des intervalles graduellement plus éloignés; concurremment avec le

---

héroïque remède appelé mouvement. Un mouvement fait sans intelligence et sans dextérité, mais surtout sans indication médicale et rationnellement précisée, ne donne pas au malade ce genre de satisfaction momentanée et durable de même qui est le sentiment précurseur naturel de la guérison. Le malade s'habitue tellement à la main de son gymnaste qu'il est inopportun de le changer pendant la cure même.

Voici maintenant comment la méthode est appliquée dans quelques cas particuliers que nous choisissons à titre d'exemple : la *hernie*, la *paralysie*, la *crampe des écrivains* et la *scoliose*.

Hernie.

La guérison d'une hernie récente s'opère à peu près par le même procédé que l'augmentation du volume des muscles et la consolidation des aponévroses du bras chez un maître d'escrime.

Les fibres musculaires et tendineuses de l'anneau inguinal augmentent et se resserrent, ainsi que toute la paroi abdominale, par des mouvements dont nous allons décrire un certain nombre. On ne doit point oublier, en considérant ces mouvements, qu'une partie en est destinée à rétablir l'équilibre des muscles en arrière (extenseurs du dos), et du devant (fléchisseurs du tronc), qui chez les hernieux est très fréquemment rompu en faveur des extenseurs du tronc.

1° Décubitus horizontal sur un banc; élévation active des deux jambes; plus tard même élévation contre résistance du gymnaste, qui applique quelques doigts sur la pointe du pied; succussion passive des jambes, tenues par les chevilles verticalement et en flexion sur le tronc.

2° Station debout, les cuisses appuyées contre une barre; résister à la pression des deux mains du gymnaste sur les omoplates, laisser courber le tronc par ce dernier jusqu'en angle droit.

3° Demi-couché, élévation du genou correspondant à la

Digitized by Google

traitement interne, on fit, trois fois par jour, le lavage de toutes les parties du corps, y compris la face et la plante des pieds, au moyen d'une éponge imbibée de parties égales d'eau chaude et de suc de citron. Après le premier lavage, il y eut, pendant quelques instants, une sensation de cuisson et de démangeaison plus vive que d'habitude; mais bientôt succédèrent un calme et un bien-être inusités. (*Allgem. medic. Central-Zeitung*, 1861. *Répertoire de pharmacie*, juin 1862.)

— Depuis plusieurs années déjà, quelques observateurs ont appelé l'attention des médecins sur l'avantage qu'il y aurait à substituer l'*ergot de froment* à l'ergot de seigle, et les travaux de MM. Pourcher, Grandclément et Gonod (voy. *Gazette hebdom.*, VIII, p. 441, 1861) ont démontré que son altérabilité était beaucoup moindre. Dans une thèse soutenue récemment devant l'École de pharmacie de Montpellier, M. Carbonneau-Leperdriel est venu confirmer les observations de ses prédécesseurs, et, se basant sur l'analyse, qui lui a donné pour l'ergot de froment une proportion plus forte de principe extractif, et moindre d'huile toxique, que l'ergot de seigle, il a conclu que l'emploi de l'ergot de froment devait être préféré comme étant sensiblement moins vénéneux. Il rapporte, dans son travail, quelques observations de M. le professeur Bourdel, qui s'est très bien trouvé de l'emploi de l'ergotine de froment dans un cas d'inertie utérine; de MM. les docteurs Bertrandaîné, Dunal et Cellarier, qui ont obtenu également de bons effets de l'emploi de ce médicament dans des circonstances semblables. Un fait qui, s'il se confirmait par une expérience prolongée, serait très important, c'est que l'ergot de froment, tout en agissant *énergiquement*, aurait l'avantage de produire ses effets d'une manière graduée, et de ne plus déterminer les contractions utérines bientôt après son administration. Les doses auxquelles on pourrait faire usage des diverses préparations de l'ergot de froment sont les mêmes que celles des préparations analogues de seigle ergoté. (Carbonneau-Leperdriel, *De l'ergot de froment et de ses propriétés médicales*, thèse, 1862.)

— Le *Cytisus Laburnum* ou *faux ébénier*, cultivé dans nos jardins en raison de ses belles grappes de fleurs jaunes, exerce sur l'économie une action marquée. C'est ainsi qu'autrefois MM. Tollard et Vilmorin ont constaté que ses jeunes pousses, ainsi (probablement) que ses feuilles, sont purgatives et émétiques. Depuis, MM. Chevallier et Lassaigne ont retiré de ses semences un principe, la *cytisine*, qui, à la dose de 8 grains, a causé à l'un des deux savants des vertiges, des convulsions spasmodiques, la décoloration de la face, etc., qui n'ont cédé qu'à l'ingestion d'une forte quantité de limonade tartrique. On avait pensé que la cytisine pourrait être employée comme vomitive, et que 5 grains pourraient produire le même effet que 3 grains d'émétique; mais jusqu'à M. Scott Gray, personne n'avait repris ces études au double point de vue de la chimie et de la thérapeutique. Dans ces derniers temps, M. Scott Gray a fait connaître qu'il avait trouvé dans l'écorce et les semences du *Cytisus Laburnum* trois substances actives et distinctes : une acide, l'*acide laburnique*, et deux neutres et amères, la *laburnine* et la *cystinea*. La dose à laquelle ces principes peuvent être administrés est de 5 à 10 centigrammes pour l'acide laburnique, 5 milligrammes à 20 centigrammes pour la cystinea, et 25 à 60 centigrammes pour la laburnine. L'extrait, que l'on obtient par le traitement de l'écorce ou des semences par l'eau, se donne à la dose de 5 milligrammes à 10 centigrammes, mais il a l'inconvénient de se conserver mal, tandis qu'au contraire les solutions alcooliques d'acide laburnique et de cystinea sont assez stables. M. Scott Gray assure que les préparations de cytise ne jouissent pas des propriétés irritantes qu'on leur attribue, et que les nausées et les vomissements qu'on observe quelquefois sont dus à l'action d'une dose trop élevée d'acide laburnique, qui influe alors sur le système nerveux. En se tenant dans les limites des doses qu'il a indiquées, on observera toujours une légère excitation du système nerveux, avec un peu d'accélération du pouls et de la respiration; puis succèdent le ralentissement du pouls, et de la langueur avec penchant au sommeil; la sécrétion urinaire est augmentée, ainsi que probablement aussi celle de la bile. M. Scott Gray dit s'être bien trouvé des préparations de cytise contre la toux dans la bronchite, et la dyspnée dans l'asthme; mais c'est surtout dans le traitement de la dyspepsie bilieuse, avec vomissements bilieux et alternatives de diarrhée et de constipation qu'il leur a reconnu une grande utilité, à la condition de les donner à doses un peu élevées, trois fois par jour, avant le repas, et de continuer leur emploi pendant six semaines à deux mois. Du reste, les préparations de cytise paraissent agir avantageusement dans la plupart des dérangements fonctionnels du foie. Elles paraissent influer également d'une manière heureuse sur les quintes de coqueluche, quand on prend la précaution de les donner à doses faibles, mais fré-

---

hernie jusqu'à angle droit. Le gymnaste oppose la résistance en tenant le pied.

4° Debout, se tenant avec les mains en haut d'une échelle; porter la jambe obliquement en avant. Résistance du gymnaste sur le pied.

5° Demi-couché, rotation de la jambe de dehors en dedans. (R. G.)

6° Debout, les jambes écartées, la main gauche derrière la tête, la main droite sur la hanche; fléchir le tronc en avant dans l'articulation lombaire, contre la résistance du gymnaste donnée au coude gauche.

7° Demi-couché; écarter les jambes et les joindre, toujours avec résistance du gymnaste.

8° A genoux écartés sur un banc, le tronc droit, la main gauche à l'occiput, le bras droit tendu horizontalement et de côté, tourner le tronc à gauche. Résistance du gymnaste à la main droite.

9° Assis au bout du banc, le dos contre le vide, les jambes allongées et fixées sur le banc par une courroie ou un aide qui s'y met à cheval; main gauche à l'occiput, main droite sur la hanche, un huitième de tour du tronc à droite (la hernie toujours supposée à gauche); abaisser le tronc au-dessous de l'horizontale, et le relever lentement contre résistance du gymnaste, qui d'abord avait aidé le tronc à s'abaisser lentement.

10° Couché en long sur le banc jusqu'aux genoux, les pieds pendants et liés aux pieds du banc, les bras tendus parallèlement au-dessus de la tête et dans la même direction que le corps; le gymnaste saisit les mains, et en les tirant il monte lestement derrière le malade, qui par sa propre volonté se relève jusqu'à la position verticale, qu'il garde pendant quelques secondes.

Ces deux derniers mouvements ne s'emploient que vers la fin d'une cure, et sont des plus forts et des plus actifs. Nous avons, du reste, pour ne pas être trop long, pris ces dix mouvements

Digitized by Google

quentes. (*Edinburgh Medical Journal. Gazette médicale*, juin 1862.)

— L'aconitine, que l'on emploie quelquefois dans le traitement des maladies, où elle exerce une action assez semblable à celle de la vératrine et de la colchicine, est un poison narcotico-âcre qui agit principalement sur les muqueuses, d'après les recherches de MM. Liégeois et Hottot. L'absorption de l'aconitine par le tube digestif est plus rapide que l'absorption du curare et de la strychnine par la même voie, ce qui explique la rapidité de la mort des animaux dans l'estomac desquels on a introduit de très minimes quantités d'aconitine. L'aconitine agit sur les centres nerveux, et successivement sur le bulbe, la moelle et le cerveau : d'abord la respiration cesse, puis la sensibilité générale, puis la sensibilité réflexe des mouvements volontaires. Après que l'action s'est manifestée sur les centres nerveux, elle se fait sentir sur les nerfs périphériques, avec cette particularité que l'excitabilité des filaments nerveux, moteurs ou sensibles disparaît dans les fibres périphériques avant de disparaître dans les troncs nerveux. Les fonctions du cœur sont troublées par l'aconitine, qui agit sur sa substance même. (*Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, 1862.)

— Pour obvier à l'inconvénient du rancissement que présentent les pommades ophthalmiques préparées avec le beurre ou l'axonge avec une grande rapidité, M. Keffer a proposé de remplacer ces corps gras par l'huile de ricin mélangée du huitième de son poids de cire. Cette modification aux formules ordinaires permet de conserver, sans altération, ces pommades pendant un temps très long, ainsi que M. A. Vée s'en est assuré. D'après ce dernier observateur, l'effet obtenu est beaucoup plus marqué si l'on augmente un peu la proportion de cire. (*Répertoire de chimie. Journal de pharmacie et chimie*, mars 1862.)

Léon Soubeiran.

MM. les docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 juin, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1862.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, par J.-E. Petrequin, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, ex-président de la Société de médecine, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro 25.)

§ II. — *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa deuxième phase (phase gastrique).*

La deuxième phase de la digestion n'a donné lieu à un beaucoup plus grand nombre d'applications que la première ; j'indiquerai les principales.

Je commencerai par la *dyspepsie acide;* il peut y avoir deux degrés ou deux formes ; dans les deux cas, les aliments tournent à l'aigre ; tantôt il y a seulement des renvois acides, la sensation de vinaigre dans l'arrière-gorge, en un mot des aigreurs; tantôt il y a pyrosis, vomissements acides, etc. Les accidents sont de la nature de ceux que j'ai signalés dans l'acidité de la salive (et ces deux états d'ailleurs se compliquent quelquefois), mais ils sont généralement plus graves et plus opiniâtres. Ici la formule thérapeutique n'est plus la même : je fais avaler, avant le repas, la moitié ou la totalité d'une prise alcaline composée de :

Pr. Lactate de magnésie	30 centigr.	
Saccharure de lactate de soude au 1/4	20	—

Pour une prise.

En outre, je fais ensuite prendre avant le repas, selon le mode habituel déjà indiqué, une ou deux pastilles de lactates de soude et de magnésie. Je crois pouvoir dire, d'après l'expérience, qu'on réussit mieux en faisant, avant les pastilles, prendre cette prise alcaline, qui semble agir plus extemporanément contre l'excès d'acidité gastrique. On donne ensuite après le repas une ou deux pastilles.

Je procède de la même manière chez les diabétiques, pour la dyspepsie dont ils souffrent par intervalle.

L'*indigestion commençante* n'est pas sans quelque analogie avec la dyspepsie acide. Je ne parlerai pas des cas où il y a surcharge excessive de l'estomac par la masse énorme d'aliments et de boissons ingérés; le vomissement alors pourra être plus d'une fois le moyen le plus heureux et le plus expéditif. Je veux parler de l'indigestion que provoque une mau-

---

dans une quarantaine répartis en quatre ordonnances exécutées en quatre mois.

Paralysie.

L'exercice d'un organe est nécessaire, non-seulement pour son développement, mais aussi pour sa conservation. Mais le stimulus le plus actif et le plus facile à employer et à contrôler est bien la volonté même. Quelle merveille que l'association rapide entre la volonté et l'action musculaire chez les chanteurs, les pianistes, et dans l'art de l'escrime!

Aussi est-il probable que l'action musculaire, quand elle n'est produite volontairement qu'à des degrés très inférieurs et insuffisants, pourra être restaurée par une répétition assidue et continuelle des efforts de la volonté. Il est prouvé par l'expérience que d'un doigt ou membre paralysé, plus ou moins complétement, les muscles peuvent encore se contracter si on leur oppose une légère résistance, surtout si les muscles malades ont été placés préalablement en extension passive.

Lorsqu'il y a encore une trace de mouvement dans le membre affecté, la répétition assidue et graduellement augmentée d'efforts ou de résistance du gymnaste viennent à bout de corroborer la puissance motrice. On se contente d'abord d'exciter un seul groupe de muscles ou même un seul muscle, toujours en localisant avec la résistance double des mouvements synergiques, et on invite fréquemment le malade à de grands efforts de volonté. Jamais il ne faut aller jusqu'à une grande fatigue.

Mais quand il n'y a plus aucune trace de pouvoir moteur dans le membre paralysé, on lui imprime d'abord les plus simples mouvements passifs pendant une heure tous les jours, avec les intervalles habituels de cinq minutes et des inspirations profondes en usage entre chaque mouvement.

On passe ensuite à des mouvements passifs de groupes de muscles, et finalement à ceux du membre entier. Pendant ces opérations on engage le malade, à chaque mouvement, à *vouloir* fermement exécuter ce qu'on lui prescrit de faire.

Digitized by Google

vaise disposition accidentelle, bien plus qu'un excès de nourriture. L'indication évidente est d'activer les sécrétions qui doivent opérer la digestion. S'il y a beaucoup de rapports acides, je fais avaler d'emblée une prise de lactates alcalins, comme ci-dessus ; sinon, je me borne à quelques pastilles de lactates de soude et de magnésie, qu'on fait dissoudre une à une avec beaucoup de lenteur dans la bouche, afin qu'il arrive dans l'estomac le plus de salive possible, et que celle-ci y stimule la sécrétion du suc gastrique (1). J'ai souvent réussi de la sorte à arrêter l'indigestion et à guérir le mal; les aigreurs, quand il y en a, cessent, tous les renvois disparaissent, la tension diminue, et peu à peu le travail digestif s'achève.

Dans la *dyspepsie flatulente*, les gaz sont tantôt insipides et inodores, tantôt acidules (quand ils sont fétides, il est besoin d'une médication complexe). Le mal dépend d'ordinaire de la digestion imparfaite des aliments dits *venteux*, parmi lesquels les féculents occupent une large place ; or nous avons vu que les lactates alcalins ont sur ces derniers une grande influence, bien qu'indirectement. Quand c'est plus ou moins longtemps après le repas que les flatuosités se développent, le plus souvent on ne réussit guère à faire le traitement préventif, c'est-à-dire avant le repas. Aussi alors je ne commence l'emploi des pastilles qu'après l'ingestion des aliments, et je les continue à intervalle convenable pendant la durée de la flatulence ; je procède ainsi pendant plusieurs jours, en réglant d'ailleurs le régime et combattant les causes présumées du mal ; et, en amendant la dyspepsie, on fait peu à peu disparaître les flatuosités qui étaient symptomatiques.

La *gastralgie* ou *gastrodynie* offre plusieurs variétés : celle qui se lie à un *état dyspeptique*, qu'elle s'accompagne ou non de crampes, de vomissements, d'angoisses épigastriques, etc., sera efficacement accessible à la médication par les lactates alcalins. Dans les cas où l'estomac devient le siége des douleurs gastralgiques seulement au début de la troisième phase de la digestion (*phase intestinale*), ou à la fin de la deuxième (*phase gastrique*), alors je prescris les lactates alcalins, surtout après le repas, avec le soin de les continuer lentement jusqu'après l'heure où la gastrodynie doit apparaître ; au bout de quelque temps, la dyspepsie allant mieux, la gastralgie ira s'amoindrissant et les crises finiront par manquer (2).

Il est une dernière variété que j'appellerai *dyspepsie neutre*, parce qu'il n'y a prédominance ni d'acidité ni d'aucune des complications que je viens d'examiner ; c'est l'atonie qui est l'élément morbide principal. La faculté digestive est altérée et languissante ; le plus souvent le malade est débile, et l'économie entière affaiblie ; et il n'est pas étonnant que l'estomac se ressente lui-même de l'asthénie générale. Les digestions sont mauvaises, incomplètes, et les selles fétides, mal liées, mêlées de viandes non chymifiées et d'aliments plus ou moins intacts et indigérés. La nutrition souffre, le malade maigrit, perd son teint et ses forces, etc.; le suc gastrique alors peut être tantôt sécrété en proportion insuffisante, tantôt altéré dans ses propriétés. — *L'insuffisance* possible *du suc gastrique* n'a rien qui doive surprendre, quand on songe à la quantité énorme qui est nécessaire pour la digestion ; c'est là un fait élémentaire : « La quantité de suc gastrique sécrétée dans l'espèce humaine, a été évaluée à plus de 500 grammes à l'heure, par MM. Bidder et Schmidt... Il ne serait pas rigoureux sans doute de conclure de là que la quantité sécrétée est la même pendant toute la durée du séjour des aliments dans l'estomac ; mais il n'en résulte pas moins que la quantité de suc gastrique sécrétée est plus considérable qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord, surtout si l'on veut bien se rappeler que, dans l'état ordinaire, l'estomac ne reste jamais longtemps absolument vide. » (Béclard, *Physiol.*, p. 406. Nous avons plus haut donné déjà d'autres calculs (voy. note 5). — L'indication curative est donc ici d'activer et d'augmenter la sécrétion gastrique ; or les alcalins jouissent de cette propriété ; c'est une question que nous avons déjà discutée ailleurs à propos des eaux minérales alcalines qu'on voulait défendre aux repas, sous le prétexte qu'elles anéantiraient l'acidité du suc gastrique qui est indispensable pour la digestion ; qu'il me soit permis de citer le passage : « Les alcalins sont loin de paralyser l'action du suc gastrique et de nuire à la digestion de la viande. Voici à ce sujet une expérience intéressante de M. Cl. Bernard : on donne à deux chiens une même quantité de viande, en la mêlant, pour l'un d'eux, d'un peu de bicarbonate de soude ; on les sacrifie ensuite au même moment, et l'on trouve que la digestion est beaucoup plus avancée chez celui qui a pris le sel alcalin. — Il y a plus : *l'ingestion d'un alcalin a pour effet d'activer la sécrétion du suc gastrique* : ainsi M. Bernard a constaté sur des chiens porteurs d'une fistule gastrique que, lorsqu'on introduit des alcalins dans l'estomac, ceux-ci neutralisaient d'abord les acides qu'ils

(1) « La sécrétion du suc gastrique est activée par la légère alcalinité de la salive. » (Berne et Delore, *Influence des découvertes physiologiques et chimiques*, p. 55.)

(2) Le docteur Honnaric a bien voulu me communiquer les observations suivantes sur l'efficacité de notre traitement contre la dyspepsie flatulente et la gastralgie : « Depuis trois ans, je prescris le lactate de soude et de magnésie dans les cas où antérieurement je donnais le sel de Vichy. Je l'ai employé surtout chez les femmes, la plupart jeunes et presque toutes gastralgiques. Plusieurs étaient amaigries, pâles, faibles, en proie à des leucorrhées abondantes et à des douleurs de reins qui leur faisaient croire à une maladie de matrice. Voulant caractériser l'action thérapeutique, je me borne à constater que, sous l'influence de ce remède employé seul, sans thé ni stomachiques, j'ai obtenu de mes malades ce témoignage presque unanime que l'emploi de trois à quatre pastilles de lactate de soude et de magnésie après chaque repas favorisait d'abord les éructations, puis les faisait disparaître, enfin modérait la tension épigastrique et prévenait la douleur gastralgique, ainsi que la céphalée. J'ajouterai que plusieurs malades ont expérimenté l'efficacité de ce moyen sur les troubles digestifs en en suspendant, puis en en reprenant l'usage, et que chaque fois ils ont vu les accidents revenir quand ils abandonnaient la médication et disparaître quand ils en reprenaient l'usage. » (Dr Honnaric.)

Dans la deuxième ou troisième semaine, le malade commence à sentir un premier effet du traitement ; il vous assure qu'il sent un mouvement, mais il est seul à s'en apercevoir, et il est probable que ce sentiment provient de secousses fibrillaires qui commencent à s'établir.

Ce mouvement accusé par le malade est donc impalpable, mais il devient ordinairement palpable vers la fin de la cinquième ou sixième semaine. Après ces quelques semaines de secousses fibrillaires, on sent tout à coup une légère mais véritable contraction musculaire, et alors le pronostic devient très favorable, car les progrès vont ordinairement en croissant, et trois mois terminent souvent la cure.

Il faut surtout, nous le répétons, ne pas fatiguer le malade par des incitations trop pressantes à l'effort de volonté, car alors se produit souvent une douleur soit sourde, soit aiguë, dans la tête, laquelle est une contre-indication pour la suite du traitement.

Crampes des écrivains avec action prédominante des fléchisseurs.

Tous les jours une heure, avec intervalles remplis par trois inspirations profondes : 1° Élévation (G. R.) des deux bras verticalement et abaissement vertical (M. R.) ; 2° flexion (M. R.) et extension (G. R.) de l'avant-bras ; 3° foulage et friction lente longitudinale du bras (passes avec une certaine pression) ; 4° flexion (M. R.) et extension (G. R.) de l'humérus et de l'avant-bras ; 5° rotation des deux mains, les bras étendus de côté horizontalement (M. passif) ; 6° foulage et passes de friction ; 7° les bras étendus droit devant soi, les amener en arrière (G. R.) et en avant (M. R.) ; 8° fléchir le tronc, les hanches appuyées contre une barre en avant (M. R.) et en arrière (G. R.) ; 9° la main et le bras sont appuyés sur la table jusqu'à l'aisselle, les doigts écartés, élever un à un les doigts (G. R.) et baisser (M. R.) chaque doigt cinq à sept fois ; même chose avec toute la main dix à quinze fois ; 10° les bras en croix

rencontraient, mais presque immédiatement il se faisait une réaction, et les acides affluaient en plus grande abondance. — On est donc autorisé à conclure expérimentalement contre l'exclusivisme de ces doctrines, que les alcalins, loin de nuire à la digestion, la favorisent au contraire en stimulant la vitalité de l'estomac et *augmentant la sécrétion du suc gastrique.* » (Pétrequin et Socquet, *Traité des eaux minérales*, 1859, p. 86.)

Or cette propriété, les lactates alcalins la possèdent à un degré éminent, comme je l'ai constaté, et comme je l'ai déjà fait voir plus haut pour la salive; ils ont de plus une propriété spéciale, celle de pouvoir, en se dédoublant, fournir au suc gastrique l'acide organique qui lui est particulier, c'est-à-dire l'acide lactique que rien ne peut suppléer. « L'acide libre du suc gastrique, dit M. Béclard (*Physiol.*, p. 106), est d'une grande importance dans les phénomènes chimiques de la digestion; cet acide est l'acide lactique. » M. Lehmann va plus loin et dit formellement : « Les acides chlorhydrique (1) et lactique ne peuvent être remplacés que très imparfaitement par d'autres acides minéraux puissants; les acides organiques ne peuvent remplir leur fonction. » (*Chimie physiolog.*, p. 188.) Nous montrerons plus loin que cet acide est indispensable à l'action de la pepsine.

Rappelons-nous maintenant que nous avons vu sous l'excitation des lactates alcalins, la salive affluer abondamment dans la cavité gastrique. Il faut que la digestion des amylacés, commencée dans la bouche, se continue dans l'estomac; mais la salive est alcaline et le suc gastrique acide. Comment les choses vont-elles se passer? D'après MM. Boutron et Fremy, l'acide gastrique devait annuler l'action digestive de la salive. Mais on sait aujourd'hui que ses propriétés spéciales (*saccharifiantes*) ne sont point anéanties dans l'estomac, soit par la présence de l'acide libre (2), soit par les matières albuminoïdes, comme l'ont démontré les expériences de Grünewaldt, de M. Longet, de M. Mialhe, etc. (Mialhe, *Chimie appliquée*, p. 54.) Mais je vais plus loin, et je prétends qu'il n'était même pas besoin d'expérience pour affirmer le fait; car il est de toute évidence que la nature, qui a tant et si bien multiplié ses moyens de chylification, ne pouvait agir ainsi pour les faire échouer et pour aboutir juste à une combinaison capable de paralyser d'avance toutes ses ressources et tous ses efforts; il suffit ici de raisonner la chose *ab absurdis*. Aussi enseigne-t-on aujourd'hui dans nos écoles « qu'on peut neutraliser l'alcalinité de la salive, on peut même la rendre acide à l'aide... *de l'acide lactique;* elle n'a pas pour cela perdu la propriété de transformer l'empois d'amidon en sucre : l'action seulement est ralentie. L'expérience avait été faite autrefois par Schwann, elle a été répétée par Jacubowitsch, par Frerichs, *et chacun peut la reproduire facilement.* » (Béclard, *Physiol.*, p. 101.)

(1) Je cite textuellement par respect pour M. Lehmann, mais je ne crois pas que ces deux acides existent simultanément à *l'état libre* dans l'estomac, comme je l'ai déjà fait pressentir note 6. J'ai moi-même trouvé de l'acide chlorhydrique chez un malade, mais c'était à l'état morbide, en dehors de la digestion, et il n'y avait pas d'acide lactique; c'est ce dernier qui est l'acide spécial du travail digestif. Voy. note 4.

(2) « Même dans un milieu légèrement acide, la salive continue à transformer l'amidon. » (Mialhe et Pressat, *De la pepsine*, 1860, p. 21.)

De son côté l'acide lactique prépare la chymification des viandes, et ceux-là mêmes parmi les physiologistes qui admettent plusieurs acides dans l'estomac, sont forcés de conclure avec M. Mialhe « qu'il est certain que leur coopération est indispensable à la digestion des substances albuminoïdes. » (*Ibid.*, p. 114.) Dans les cas d'insuffisance du suc gastrique, les prises et les pastilles de lactates alcalins rendent des services signalés en remplissant une indication spéciale.

Reste à examiner l'altération du suc gastrique. « Dans le suc gastrique, dit M. Dumas, il y a deux agents : *l'acide* qui ramollit et gonfle la matière azotée, la *pepsine* qui en détermine la liquéfaction par un phénomène analogue à celui de la diastase sur l'amidon. » (*Traité de chimie*, t. VI.) Or on a admis que cette pepsine pouvait faire défaut par un vice de sécrétion; c'est ainsi que M. Corvisart a été conduit à instituer son ingénieuse méthode des digestions artificielles, se proposant de ranimer ou mieux de suppléer avec de la pepsine préparée l'action digestive de l'estomac devenue impuissante à remplir ses fonctions. Aujourd'hui elle paraît avoir un peu perdu de la vogue dont elle a joui; mais on ne peut nier que l'idée première de la méthode ne soit rationnelle, qu'elle ne soit fondée sur une donnée scientifique et qu'enfin elle n'ait rendu des services. Si elle n'a pu se maintenir à la hauteur de sa réputation, ce n'est pas que la pepsine soit dépourvue de propriétés digestives réelles; c'est, selon nous, qu'on lui a attribué un rôle exclusif; c'est que le phénomène physiologique qui servait de fondement a été mal analysé et n'a été reproduit qu'à demi; c'est qu'ainsi la médication qui devait représenter la nature, s'est trouvée forcément incomplète; c'est, en un mot, qu'on n'a fait que la moitié de ce qu'il fallait *faire. M. Dumas* l'a fort bien dit : *il y a deux agents dans le suc gastrique*; or la méthode n'en a pris qu'un; elle a oublié l'autre. Mais si le suc gastrique est en quantité insuffisante, la pepsine ne fait pas seule défaut; l'acide lactique était donc indispensable (1) dans la formule pharmaceutique, comme il l'est dans l'état normal.

Ainsi, M. Boudault a constaté que, dans la préparation de la pepsine, la plus grande partie de l'acide étant éliminée, *il fallait avant tout restituer cet acide*; et M. Mialhe et Pressat reconnaissent formellement que « la digestion ne pouvait avoir lieu *sans l'action combinée* de l'acide et de la pepsine ». (*De la pepsine*, 1860, p. 30.) Enfin, je cite textuellement : « Bien que les différents acides admis dans le suc gastrique puissent se

(1) « L'acide désagrège les viandes et la pepsine les dissout. » (Berne et Delore, *Influence des découvertes physiologiques et chimiques*, 1857, p. 56.)

---

tourner lentement le tronc, trois fois à droite et autant à gauche, tous muscles tendus. On ajoute : rotations, pétrissage, foulage, friction des doigts.

Nota. Les mouvements de l'épaule et du coude (*mouvements centraux*), doivent toujours être pratiqués avant les mouvements des articulations du poignet et des doigts (*mouvements périphériques*).

Scoliose.

Il est évident que le traitement par les mouvements n'est pas applicable dans les cas où le système osseux est le siége d'inflammation. Il réussit seulement dans les scolioses peu avancées et dépendant de l'inégalité d'action musculaire. Le docteur Eulenburg compte 88 pour 100 de scolioses musculaires; ce qui tient à ce qu'en Allemagne, les jeunes filles élevées à la maison, et surveillées par la sollicitude maternelle, sont adressées aux établissements au moindre signe de déviation de la taille.

Voici comment on procède dans un cas donné de scoliose au deuxième degré (*Scoliosis dextro-dorsalis sinistro-lumbalis*), c'est-à-dire où la courbure supérieure se trouve à droite et la courbure inférieure à gauche.

Le bras gauche est élevé verticalement au-dessus de la tête; le bras droit est tenu horizontalement vers le côté droit, la jambe droite placée d'un pas en avant de l'autre et le tronc courbé en avant.

Le gymnaste pose ses deux mains sur les omoplates du malade, en opposant une certaine résistance au redressement du tronc (résistance du gymnaste, G. R.); c'est un des principaux mouvements synergiques préliminaires pour la guérison de cette scoliose. Pour opérer le redressement des omoplates et hanches, il y a des mouvements spéciaux, et très nombreux aussi, qui regardent la torsion de la colonne vertébrale, presque inséparable de toute flexion latérale.

suppléer les uns aux autres, M. Boudault a reconnu que les digestions artificielles avec la pepsine acidulée par les acides chlorhydrique et acétique *ne sont jamais aussi complètes qu'avec la pepsine acidulée par l'acide lactique;* il a conséquemment donné la préférence à ce dernier acide pour composer son ferment digestif artificiel. » (Mialhe et Pressat, *ib.*, p. 30.)

La conclusion irrésistible de tout ceci, c'est que, pour être logique et pour se conformer au procédé de la nature, il était nécessaire non-seulement d'aciduler la pepsine avec de l'acide lactique, mais encore de l'associer à une proportion suffisante de cet acide, ou mieux de lactates alcalins; c'est là le perfectionnement que j'ai réalisé. J'ai fait préparer par M. Burin des pastilles qui contiennent 10 centigrammes de pepsine, outre les 5 centigrammes habituels de lactates de soude et de magnésie; je fais prendre deux ou trois de ces pastilles avant le repas, et autant après, selon le besoin, et je puis dire que j'ai eu maintes fois à m'en louer pour mes malades. — Les auteurs redoutent qu'à la longue la pepsine ne réagisse sur le sucre; j'ai en conséquence fait confectionner des prises de

Lactate de magnésie. . . . . }
Pepsine amylacée. . . . . . } aa 25 centigr.

Je donne cette prise en deux, moitié avant, moitié après le repas. — Je crois devoir, en outre, conserver les pastilles de lactates alcalins à la pepsine; d'abord elles m'ont réussi, ensuite je remarquerai que, même dans l'*élixir de pepsine* de MM. Mialhe et Pressat, il y a 25 p. 100 de sucre, or la réaction redoutée doit avoir bien plus de chance dans un liquide que dans un mélange solide et sec; le mode de préparation peut aussi contribuer à prévenir cette altération (1).

§ III. — *Lésions fonctionnelles de la digestion dans sa troisième phase (phase intestinale).*

La science est moins avancée touchant cette troisième phase; toutefois, sans entrer ici dans les théories chimiques, nous dirons que c'est là que s'achèvent la digestion des viandes (1), celle des féculents et spécialement celle des graisses. La clinique, par une observation attentive, peut retrouver dans l'intestin les principales variétés de dyspepsie que nous avons signalées dans l'estomac; les borborygmes et le météorisme correspondent assez bien à la dyspepsie flatulente, l'entéralgie et les coliques nerveuses à la gastrodynie, le dévoiement à l'indigestion, certaines diarrhées à la dyspepsie acide ou pituiteuse, etc., et l'on arrive par analogie à en déterminer le traitement, ce qui est le point essentiel.

Rappelons que la digestion des féculents qui, commencée dans la bouche, se continue dans l'estomac, ne s'achève que dans l'intestin où une dernière glande salivaire, le pancréas, vient accomplir ce qui n'a pu l'être dans les deux premières parties de l'appareil. Il ne faut pas s'étonner de cette multiplicité de précautions et de cette richesse de moyens que déploie ici la nature; car je calcule que pour l'homme qui est omnivore, les féculents forment les trois quarts de sa nourriture, comme il est aisé de s'en convaincre en les passant en revue : les soupes de farine, de pain, de pâtes et de grains; les purées de fécules et les farines de diverses plantes, comme le tapioca, le sagou, l'arrow-root, etc.; les céréales, comme froment, seigle, orge, godelle, avoine, riz, millet, maïs, sarrasin; les légumes, tels que haricots, pois, fèves, lentilles; le pain, les pommes de terre, les châtaignes; les plats de pâtes; les gâteaux de riz ou de panure; les diverses pâtisseries, etc. Aussi M. Brachet, qui n'admet pas la distinction du travail digestif en trois phases, reconnaît-il « qu'on trouve quelquefois des quantités assez grandes de fécules qui ont passé dans les intestins sans être altérées ». (*Physiol.*, t. II, p. 93.) Or il faut bien que la digestion s'en opère. On comprend d'après ce qui précède, que les lactates alcalins, soit par eux-mêmes, soit par leur influence sur la sécrétion de la salive et du suc gastrique, seront ici d'heureux adjuvants; et si je juge d'après les faits, je suis porté à croire qu'ils influencent de

(1) Formule des pastilles de lactates de soude et de magnésie à la pepsine, préparées par M. Burin :

℞	Saccharure de lactate de soude au quart	8
	Lactate de magnésie	2
	Pepsine amylacée.	8
	Sucre pulvérisé.	61
	Mucilage de gomme adragante.	q. s.

Préparez des pastilles du poids d'un gramme que vous ferez sécher promptement et que vous conserverez dans un lieu sec. Chacune contiendra 10 centigrammes de pepsine et 5 centigrammes de lactates de soude et de magnésie. — Nous dirons ici avec M. Corvisart : « L'énergie des ferments, quels qu'ils soient, ne se mesure point au poids, mais seulement à l'action fermentifère. » (*Dyspepsie et consomption*, 1854, p. 8.)

(1) Cette opinion paraîtra peut-être assez mal sonnante à côté des théories modernes, quelque peu exclusives; mais elle est fondée sur les faits. Je lis dans un livre devenu classique : « Si les matières albuminoïdes continuent leurs métamorphoses dans l'intestin, ce qui est probable (nous dirions, nous, *ce qui est certain*, car en général on ne les retrouve plus dans le gros intestin), ce n'est point par une action propre des liquides de cet intestin, mais par la continuation d'action du suc gastrique. La *présence de l'acide lactique*, qui se forme aux dépens des aliments féculents le long de l'intestin grêle, *concourt*, d'ailleurs, *à cet effet* en maintenant l'acidité du milieu. » (Béclard, *Physiologie*, p. 137.) — M. Lehmann reconnaît formellement que « le suc intestinal remplace, en quelque sorte, le suc gastrique... Il est apte, malgré sa réaction alcaline, à dissoudre la chair et les autres composés albuminoïdes, et à les rendre propres à l'absorption. » (*Chimie physiologique*, p. 204.) — Ajoutons que les lactates alcalins favorisent l'absorption le long de l'intestin : « MM. Lehmann et Bees ont signalé la présence des lactates dans les voies de l'absorption. » (Béclard, *ib.*, p. 165.) — Ainsi donc l'acide lactique et les lactates, après avoir concouru à toutes les phases de la digestion, servent encore à l'absorption, qui est le premier acte de la nutrition.

On fait ensuite respirer profondément et plusieurs fois le malade dans la position de la main gauche sur la tête, et de la droite derrière le dos ou appuyée sur la hanche. Après cinq minutes d'intervalle, on passe à de nouveaux mouvements. Nous allons en énumérer quelques uns.

La personne déviée à droite se place la hanche gauche appuyée contre une barre; le bras gauche est plié, et la main placée à l'occiput; le bras droit est plié aussi à angle droit derrière le dos et tout près du corps. Pendant qu'un autre aide fixe la hanche droite libre, le gymnaste commande au malade de se pencher à gauche et lui oppose une résistance modérée, après quoi il ramène le tronc du malade vers le côté droit et le tire ensuite à gauche contre une légère résistance de celui-ci, et ainsi de suite. Le tout se fait cinq à sept fois, avec des inspirations profondes entre chaque mouvement. La direction du mouvement peut paraître paradoxal, car on a l'air d'augmenter la courbe par cette traction dans le sens de l'axe de la scoliose. Mais il faut remarquer que c'est plutôt une manière de pousser le thorax vers la partie concave, et qui finit même par une légère inclinaison vers la gauche dans la partie haute du thorax. Ajoutons que la force employée doit varier selon les cas et être proportionnée à l'architecture du thorax, à l'habileté, à la patience, à la constitution du malade. Un mouvement bien exécuté produit, après que le malade l'a bien compris et appris, un sentiment de satisfaction tout particulier, et, comme je l'ai dit, il n'est pas utile, il est même désavantageux de faire passer une personne des mains d'un gymnaste dans celles d'un autre, fussent-ils même d'une égale dextérité.

Après les mouvements et les inspirations, les personnes en traitement font un tour dans la salle des exercices et se mettent, jusqu'au prochain mouvement, sur des divans ou chaises, où elles peuvent et doivent bien s'appuyer sur le sacrum et le dos.

On fait même rester les personnes qui ne sont déviées que légèrement, matin et soir, pendant deux heures dans leur lit, et dans les positions des bras et jambes appropriées à leur diffor-

Digitized by Google

même la sécrétion du suc intestinal et par suite la fin de la digestion.

Les lésions fonctionnelles de l'intestin sont en général moins facilement accessibles à nos moyens que celles de l'estomac; mais ce n'est guère qu'une différence du plus au moins. Nous avons un exemple frappant de la spécialité d'action des alcalins contre certains dérangements intestinaux, dans ce qu'on observe pour la diarrhée des enfants à la mamelle, chez qui le lait ou les premiers aliments, se digérant mal, provoquent un flux de ventre. On sait que la magnésie produit alors d'excellents effets; les lactates alcalins ne sont pas moins efficaces. — J'ai constaté également leur action curative dans la diarrhée, qui survient chez les convalescents à l'époque où ils recommencent à user d'aliments et où leur estomac est encore frappé de débilité. — Je les ai encore maintes fois expérimentés avec succès contre la diarrhée qui succède à un excès de fatigue chez des sujets énervés ou surmenés. — Enfin j'en dirai autant à l'égard de l'entéralgie, des flatuosités entériques, et du dévoiement quand il est le symptôme d'une indigestion intestinale. — J'administre alors les prises et les pastilles de lactates alcalins, à peu près comme je l'ai exposé pour l'estomac.

Signalons ici une remarque qui n'est pas sans importance : les lactates de soude et de magnésie sont laxatifs à haute dose; nous venons de voir que de haut en bas ils sont excitateurs de la sécrétion gastro-intestinale; à petite dose ils sont digestifs; on comprend que leur action facilite les selles, et qu'ils puissent ainsi combattre la constipation qui complique si fréquemment les troubles fonctionnels de l'appareil dans sa portion inférieure. Ils servent donc à la fois à accomplir la digestion et à entretenir la liberté du ventre, conditions précieuses pour régulariser le travail digestif dans son ensemble. — Ajoutons enfin que cette médication n'exclut pas d'autres moyens, reste elle-même toujours innocente et n'est jamais entourée de dangers comme l'iode, l'antimoine, le mercure, le cuivre, etc., qui comptent tant de substances incompatibles, et peuvent former avec elles des agents toxiques.

— Maintenant si, jetant un coup d'œil d'ensemble sur ce qui précède, nous considérons la dyspepsie dans les conditions diverses où elle se développe, nous verrons que ce n'est point une maladie exclusivement locale; elle se lie à des complications variées; souvent même elle n'est qu'un symptôme, à tel point que M. Durand-Fardel a pu écrire : « L'analyse physiologique, aussi bien que de nombreuses occasions de constatations cadavériques, nous a permis de dire que dans tous les cas de dyspepsie l'estomac n'était pas malade lui-même. » (*Traité des eaux minérales*, 1857, p. 325.) Du moins ce n'est d'abord qu'une lésion fonctionnelle, mais l'estomac ne peut impunément en rester longtemps le théâtre; car ces lésions dynamiques, à la longue, par suite des accidents de circulation, d'innervation et de sécrétion, amènent des lésions de structure, telles que les engorgements sous-muqueux, qu'on peut, avec M. Prus, considérer comme la première phase de certaines dégénérescences et de plus d'un cancer.

Le traitement de la dyspepsie (1) réclame donc à tous égards l'attention la plus sérieuse, et demande qu'on associe dans une certaine mesure les moyens généraux aux moyens locaux, c'est-à-dire qu'on réunisse et coordonne l'ensemble des conditions individuelles et ambiantes les plus favorables à un bon travail digestif. L'indication première sera de réformer l'hygiène quand elle est vicieuse, de réglementer le régime quand il n'est pas conforme aux préceptes de la science, d'imposer des repas à heure fixe, quand il y a irrégularité dans l'alimentation, de prescrire une mastication prolongée chez ceux qui avalent plutôt qu'ils ne mangent, de recommander le mouvement après le repas à ceux qui ont une vie sédentaire, de défendre la pipe chez les fumeurs qui s'épuisent en crachant, etc. Il n'est pas moins indispensable de combattre les complications pathologiques par les moyens appropriés, nommément la chloropathie par les préparations ferro-manganiques, l'innervation par le quina, l'asthénie générale par les toniques réparateurs, la diathèse rhumatique par les eaux minérales dont l'intervention peut aussi convenir dans une foule d'autres cas.

Je mentionnerai en terminant un procédé fort simple qui m'a réussi contre l'anorexie dont se compliquent certaines dyspepsies. Je fais largement espacer les repas que je réduis d'abord à un régime ténu, et dans l'intervalle je fais tenir dans la bouche de la gomme arabique qui, dissoute par la salive, descend avec elle dans l'estomac, et va y solliciter la sécrétion du suc gastrique; à l'approche de l'heure assignée au repas, je substitue à la gomme une ou deux pastilles de lactates de soude et de magnésie qui exercent sur l'estomac une action plus vive. Au bout de peu de temps, le besoin de réparation commence à se faire sentir, et peu à peu l'appétit se réveille, et avec lui la faculté digestive. Cette espèce de faim artificielle m'a permis de guérir bon nombre de malades.

En résumé, je possède aujourd'hui un chiffre considérable de guérisons de dyspepsie; je n'en relaterai aucune en détail pour ne pas grossir démesurément mon mémoire; il me suffira d'indiquer que je n'ai rien avancé qui ne soit établi sur l'observation clinique, et déjà en partie confirmé par l'expérience de plusieurs de mes confrères. — J'ai également évité d'entrer dans trop de détails de physiologie et de chimie, bien que le sujet y prêtât beaucoup; je puis même dire que cette partie de

(1) J'ai eu souvent occasion de constater que les aromes dont on parfume généralement les pastilles dites *digestives*, étaient mal supportés par beaucoup de malades, fatiguant les uns et dégoûtant les autres. La diversité des idiosyncrasies, déjà si grande à l'état normal, augmente encore à l'état morbide; cela devient frappant surtout dans la gastralgie. J'ai donc cru devoir bannir tout arome dans les prises et les pastilles de lactates alcalins, que je donne ainsi dégagées de tout accessoire.

---

mité; c'est-à-dire l'un des bras sous la tête et l'autre étendu horizontalement, la jambe correspondante au bras étendu pliée à angle droit pour changer la position vicieuse du bassin.

Je crois avoir employé ce procédé le premier chez des jeunes femmes qui, par suite de couches laborieuses et trop rapprochées, ou par dyscrasie, avaient subi un ramollissement des os, et par là avaient acquis une courbure de la colonne vertébrale par défaut de sels calcaires dans la charpente du système osseux. Dans ces cas, j'ai cru devoir faire précéder l'emploi de la gymnastique rationnelle de l'emploi des positions propres à effacer les déviations ordinaires de la taille, en attendant que le traitement général et rationnel eût rétabli la solidité des vertèbres et des côtes.

Au lieu d'énumérer toutes les autres positions ou tous les autres mouvements concernant la cure de la scoliose, ce qui exigerait un grand nombre de pages, nous terminerons, sur ce chapitre, en donnant quelques explications sur les effets de ce genre de traitement orthopédique, et nous prendrons pour exemple une position qui sert de point de départ à deux mouvements que nous expliquerons ensuite.

Voici cette position : tenir le bras gauche verticalement élevé au-dessus de la tête, le bras droit étendu horizontalement et de côté, et la jambe droite avancée d'un pas.

L'homme qui élève les deux bras verticalement au-dessus de sa tête étend et redresse un peu la partie supérieure du thorax, et les interstices des côtes s'agrandissent. Dans la position ci-dessus, il n'y a que la moitié gauche du tronc qui se fléchit un peu en arrière, et elle ne dilate que les interstices costaux du côté gauche, qui, dans une scoliose habituelle (*dorso-dextralis, sinistro-lumbalis*), sont toujours diminués. Cette position asymétrique produit en même temps une légère torsion de la colonne vertébrale à gauche, ce qui combat directement la torsion qu'on observe habituellement à droite.

Le bras droit étendu horizontalement et de côté pèse de tout son poids sur les muscles qui doivent le maintenir. Il devrait

Digitized by Google

mon travail était déjà toute préparée, mais il me sera toujours loisible de reprendre plus tard cette question pour la discuter et la développer sous ses divers aspects. Aujourd'hui j'écris spécialement pour les praticiens, et j'ai cru devoir m'en tenir surtout au fait thérapeutique.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Migration des entozoaires*, réponse à la note de M. van Beneden, par MM. *Pouchet* et *Verrier aîné*. — « De Siebold considère le *Cœnurus cerebralis* comme la larve du *Tænia serrata*. Nous avons expérimenté en nous basant sur les données du zoologiste qui est incontestablement le plus fondé et le plus illustre parmi tous ceux qui se sont occupés des transmigrations. Nous n'avons donc pas commis l'erreur que nous reproche M. van Beneden. Le *Tænia cœnurus* n'a jamais été une espèce distincte du *Tænia serrata*. Plusieurs des zoologistes ou des physiologistes qui ont écrit ou expérimenté après le savant professeur belge ne l'admettent même pas. Quelques-uns d'entre eux, et tel est en particulier de Siebold, regardent même ce ténia du chien et celui de l'homme comme n'étant absolument que la même espèce.

» Cependant M. van Beneden peut être assuré que si son *Tænia cœnurus* est réellement une espèce distincte, ce dont nous doutons beaucoup, c'est bien positivement lui qui a été employé dans nos expériences.

» Nous avons strictement administré la même espèce que celle que nous rencontrions sur nos chiens, après leur avoir donné des cœnures. Or, si ce n'est pas là le *Tænia cœnurus*, M. van Beneden renverse lui-même sa théorie, car alors toutes nos expériences ont été absolument négatives. En effet, si les ténias que nous avons rencontrés ne peuvent être rapportés aux embryons ingérés, la métamorphose du cœnure cérébral en *Tænia cœnurus* est donc un fait strictement erroné. Il n'y a pas moyen de sortir de cette proposition.

» Jusqu'à de nouvelles preuves, nous avons peine à croire qu'un embryon microscopique de ténia, éclos dans l'intestin d'un mouton, puisse se creuser un passage jusqu'au cerveau du ruminant, et s'y transformer en vésicule qui engendre de nombreux scolex, pour me servir de l'expression de M. van Beneden, tandis que tous les embryons des autres ténias ne feraient que se développer temporairement comme individus, là où s'arrête leur inexpliquable pérégrination. »

STATISTIQUE MÉDICALE. — *Dangers des mariages consanguins : influence sur la fréquence de la surdi-mutité chez les enfants*, mémoire de M. *Boudin*. — (Nous publierons une analyse de ce travail dans un prochain numéro.)

— M. *Heurteloup* lit une note ayant pour titre : SUR L'ENSEMBLE DE MES TRAVAUX RELATIFS AUX DEUX LITHOTRIPSIES, ET SUR QUELQUES PERFECTIONNEMENTS DE LA PETITE LITHOTRIPSIE OU LITHOTRIPSIE DE MAIN.

La première partie de cette note, qui a rapport à des travaux successivement soumis au jugement de l'Académie, ne peut être qu'indiquée ici; quant aux perfectionnements nouveaux qu'annonce le titre, l'auteur en parle dans des termes qui, pour être bien compris, exigent qu'on se reporte à ses communications antérieures. (*Comm.* : MM Cloquet, Jobert (de Lamballe) et Civiale.)

TÉRATOLOGIE. — *Mémoire sur la production artificielle des monstruosités*, par M. *C. Dareste*. — « Comme j'ai déjà fait connaître, dans ma note du mois d'août dernier, les principales formes monstrueuses que j'ai obtenues, je me contenterai ici d'ajouter les faits nouveaux que j'ai acquis depuis cette époque.

» J'avais cru, par exemple, en me fondant sur mes observations et sur une observation déjà fort ancienne de M. de Baer, que l'inversion des viscères était le résultat d'un changement de position de l'embryon qui, au lieu de se coucher sur le vitellus, de manière à être en rapport avec cet organe par le côté gauche du cœur, se met en rapport avec le vitellus par le côté droit. L'inversion des viscères a un point de départ beaucoup plus reculé et antérieur aux changements de position de l'embryon. Lorsque le cœur se forme, le tube cylindrique qui le constitue d'abord et qui est primitivement dans la ligne médiane au-dessous de la tête, se recourbe au bout de très peu de temps, pour former une anse visible sur le vitellus à droite de la colonne vertébrale.

» Le changement de position de l'embryon est une conséquence naturelle de ce changement dans la disposition du cœur, et par suite dans celle de la circulation générale. »

M. Dareste ajoute qu'il a eu occasion de constater plusieurs cas d'hyperencéphalie, d'anomalies de l'amnios et de l'allantoïde, la permanence de l'ombilic amniotique, l'absence du capuchon caudal, etc. L'auteur annonce que, dans une série de communications ultérieures, il déduira de ces expériences les conséquences qui en dérivent naturellement, et qui donnent l'explication de l'origine et du mode de formation d'un grand nombre de types monstrueux.

— M. *Diday*, délégué de la commission pour l'exécution du monument élevé par souscription à la mémoire de feu M. *A. Bonnet*, annonce que l'inauguration de ce monument aura lieu à Lyon le 2 juillet prochain. La commission verrait avec bonheur l'Académie des sciences, qui comptait M. Bonnet au nombre de ses correspondants, représentée par un de ses membres à cette solennité.

---

faire contracter tous les muscles de l'autre côté du tronc; mais les intercostaux supérieurs gauches, étant tendus par le bras gauche élevé verticalement au-dessus de la tête, ne peuvent pas concourir à soutenir le poids de ce bras. Ce ne sont donc que les fibres basses et dernières des intercostaux et les muscles du côté gauche du ventre allant des dernières côtes vers la crête iliaque qui doivent aider à porter le bras, auquel on ajoute encore souvent le poids de la main droite du gymnaste. Cette position aide un peu à effacer la courbure lombaire.

En avançant le pied droit d'un pas, on fait baisser le bassin à droite, car il est moins soutenu ainsi, ce qui fait étendre les muscles du côté droit du tronc. Cette action cependant ne touche que les muscles du côté droit du bassin et de l'abdomen, parce que les intercostaux droits sont relâchés pendant que les intercostaux gauches sont tendus.

Si maintenant on exécute dans cette position principale une flexion du tronc à gauche contre résistance de la main du gymnaste appliquée sur le bras gauche, les muscles du côté gauche du bassin et de l'abdomen seront en contraction concentrique, que nous appelons semi-active, c'est-à-dire produite par la résistance du gymnaste (G. R.).

Ce mouvement agira sur les muscles relâchés de la concavité vicieuse du thorax, les fortifiera par l'exercice journalier et aplanira quelque peu la courbe lombaire par suite du contrepoids du bras droit, qui ne peut agir, comme nous disions plus haut, que sur les muscles lombaires gauches.

Si après cela on fait faire une traction du tronc par le gymnaste vers le côté gauche et que le malade résiste légèrement, on aura une contraction excentrique que nous appelons semi-passive, c'est-à-dire produite par la résistance du malade, exécutée sur les muscles allongés par la courbure. Ces muscles deviennent peu à peu plus forts par l'action journalière des exercices, et la forme du thorax, en s'allongeant, regagne en symétrie. Les mouvements semi-passifs, pour activer la nutrition des muscles, doivent être exécutés très doucement; tandis

COMITÉ SECRET. — M. *Milne Edwards* présente, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, la liste suivante de candidats pour la chaire d'entomologie vacante au Muséum d'histoire naturelle : en première ligne, M. *Blanchard*, membre de l'Académie; en seconde ligne, M. *Lucas*, aide-naturaliste au Muséum.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Gers, du Pas-de-Calais et de Seine-et-Oise. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur *Payen*; et de Royat (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Allard*. — *c.* Un mémoire manuscrit intitulé : *Recherches sur la mortalité des enfants au-dessous de deux ans dans la ville de Bordeaux*, par M. le docteur *Marmisse*. (*Comm.* : M. Blache.) — *d.* Un mémoire de M. le docteur *Auphan* sur la chlorose et son traitement par les eaux minérales. (*Comm.*: M. Beau.)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Bonnafont*, membre correspondant, renfermant quelques renseignements sur l'adoption de la vaccine par les Touaregs. — *b.* Une note de M. le docteur *Bourgade* (de Clermont) sur plusieurs cas de pellagre sporadique observés en Auvergne. — *c.* Une lettre de M. le docteur *Girard de Cailleux*, membre correspondant, accompagnant l'envoi, au nom de M. le préfet de la Seine, du plan de l'asile d'aliénés d'Auxerre. — *d.* La description et la figure d'un *inciseur bilatéral pour agrandir le col de l'utérus*, fabriqué par M. *Charrière*.

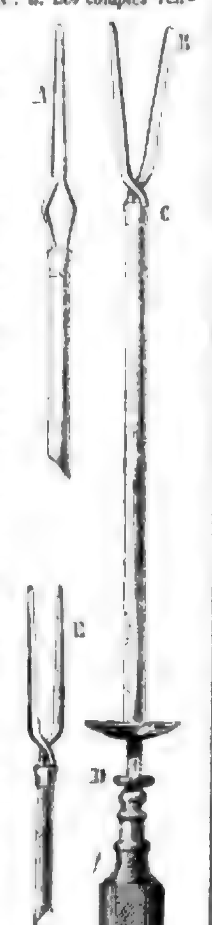
« Ayant vu employer dans les hôpitaux de Londres des instruments à lame simple et bilatérale pour agrandir le col de l'utérus, dit M. Charrière, ces derniers m'ont paru d'une grande complication et d'un prix élevé ; j'ai cru devoir en simplifier le modèle de manière à en rendre l'usage plus général.

» Cet instrument, fabriqué sur les principes que j'ai appliqués à d'autres instruments de la pratique chirurgicale, a été présenté par moi à M. Nélaton à l'Exposition universelle de Londres.

» B se compose de deux lames dont les tranchants sont protégés mutuellement par le dos de chacune d'elles, ce qui supprime une gaîne et les réduit à un très petit volume.

» Pour développer graduellement les lames, on tient le manche dans la paume de la main ; une pression du pouce sur la rondelle de la canule C fait écarter les lames à tous les degrés marqués sur la tige, et que l'on arrête avec le curseur D.

» La figure E représente un dilatateur mousse du col de l'utérus, fonctionnant de la même manière.



M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une proposition de M. *Poggiale*, ayant pour objet la nomination d'une commission chargée d'examiner les moyens qu'il conviendrait d'employer pour empêcher l'annonce et la vente des remèdes secrets.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Guibourt, Guérard, Gobley, Chevallier, Boudet et Poggiale, signataires de cette proposition.

Sur la demande de M. Chevallier, M. *A. Bouley* est adjoint à la commission.

M. *Lecanu* dépose sur le bureau, au nom de M. *Munoz de Luna*, professeur de chimie à Madrid, un portefeuille-trousse contenant les instruments et les réactifs propres à faire reconnaître les altérations des principaux fluides animaux.

M. *Velpeau* offre en hommage, au nom de M. le docteur Desprès, une brochure intitulée : TRAITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE.

M. *Depaul* dépose sur le bureau une note sur le traitement de l'érysipèle traumatique par la pommade mercurielle camphrée à l'extérieur et la digitale à l'intérieur, avec une observation à l'appui, par M. le docteur *Lalagade* (d'Alby).

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Gobley* lit un rapport *sur les eaux d'Urban-Vacqueyras* (*Vaucluse*).

Les sources sont de deux espèces : sulfureuses et ferrugineuses. Elles sont froides et donnent un débit moyen de 8 à 12 000 litres par vingt-quatre heures.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée, à la condition cependant que les travaux indiqués dans le rapport de l'ingénieur des mines seront exécutés. (*Adopté.*)

OVARIOTOMIE. — M. *Nélaton* présente un kyste de l'ovaire qu'il a récemment enlevé, à Paris. (Voir au *Premier Paris*.)

M. *Huguier* demande si la malade a été chloroformée et si le péritoine était compris dans le pédicule de la tumeur.

M. *Nélaton* répond affirmativement à toutes ces questions.

PHYSIOLOGIE. — M. *Colin* (d'Alfort) donne lecture d'un mémoire intitulé : DE L'ABSORPTION EFFECTUÉE PAR LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES, ET DU SYSTÈME DES AFFINITÉS ÉLECTIVES.

M. Colin se propose dans ce travail de démontrer que les lymphatiques absorbent comme les veines, au même titre et de la même manière; qu'ils absorbent vite et en grande quantité, et que les idées actuellement professées dans les écoles sur ce sujet ont besoin pour la plupart d'être rectifiées.

Les expériences de M. Colin ont été faites sur des chevaux et sur des chiens. L'auteur a étudié successivement l'absorption dans les chylifères et dans les vaisseaux lymphatiques, à l'aide de substances faciles à reconnaître : le prussiate de potasse, l'iodure de potassium, l'émétique, le sulfocyanure de potassium, les arsénites et les arséniates alcalins, et l'acide arsénieux.

---

avec force, ils pourraient causer le contraire, c'est-à-dire rallonger peu à peu les muscles s'ils étaient trop contractés. Au deuxième degré déjà de la scoliose, le malade ne peut plus de sa propre volonté prendre une position symétrique ni même exécuter sans l'aide du gymnaste une bonne flexion à gauche ; il lui est surtout impossible d'arriver assez en haut avec la main gauche et de retenir le bras droit assez en arrière et horizontalement.

Donnons enfin quelques notions pratiques sur certains mouvements propres à remplir différentes indications dans le traitement de la scoliose, telles que notre excellent et bien-aimé maître M. Steudel les a consignées dans sa PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE MÉDICALE.

Tout mouvement bien ordonné et bien exécuté dans le traitement de la scoliose n'est qu'un redressement plastique opéré par la volonté du malade, aidée plus ou moins par l'action du gymnaste; action qui tend non-seulement à se rapprocher de la forme normale, mais même quelquefois à la surpasser. Les pressions passives ont encore leur grande valeur, jointes aux passes de compression sur les parties convexes, appliquées dans des positions qui effacent déjà quelque peu la difformité. Les rotations excentriques sont également d'une grande valeur. Celles du tronc sont celles qui se font le mieux, ainsi que les flexions semi-actives en arrière à califourchon, en mettant l'une des mains à l'occiput et l'autre sur la hanche ou contre les côtes.

Les redressements du tronc ne se font guère debout, hormis si le malade peut tenir les jambes bien roides et faire rentrer le ventre : alors on élève le tronc contre la résistance du gymnaste, la main du gymnaste à l'occiput. Mais le plus souvent, le mieux sera de faire asseoir ou mettre à cheval le malade, en fixant les jambes et surtout en donnant la position assise sur toute la partie postérieure de la jambe jusqu'au pied. Si l'on veut fléchir en même temps le bassin, on laisse pendre une jambe en ne faisant asseoir le sujet que sur la moitié du siége.

D'après M. Colin, il résulte de ces expériences « que les lymphatiques, chargés dans les circonstances ordinaires de recueillir seulement le plasma, peuvent cependant, comme les chylifères, admettre les substances solubles qui leur sont offertes ; les admettre rapidement, et en grande quantité. »

Une expérience spéciale est destinée à prouver que les substances trouvées dans les vaisseaux blancs ne leur sont pas fournies par le sang, ainsi que pourraient l'objecter les partisans exclusifs de l'absorption par les veines.

« Si M. Magendie, dit l'auteur en terminant, n'a pas vu le chyle coloré par la rhubarbe et s'il n'y a pas retrouvé l'odeur de l'alcool, c'est vraisemblablement parce que ces substances se trouvaient dans le chyle en très petite quantité.

» Si, au bout d'un quart d'heure, il n'a pas constaté la présence du prussiate de potasse dans le chyle du canal thoracique, c'est que l'absorption du sel a été retardée, et elle l'est souvent davantage.

» Si la noix vomique a tué des chiens dont le canal thoracique était lié ou les vaisseaux chylifères coupés, c'est que la quantité de poison prise par les veines seules a été suffisante pour déterminer la mort.

» Si M. Ségalas, dans ses expériences, n'a pas vu la noix vomique passer par les chylifères d'une anse intestinale isolée, c'est que le poison y passait trop lentement et en trop petite quantité pour déterminer une action toxique.

» Enfin si M. Chatin n'a pas retrouvé dans le canal thoracique l'antimoine et l'acide arsénieux, c'est que la quantité de liquide prise après la mort dans ce canal a été insuffisante pour la constatation de ces substances.

» En somme, il n'a manqué à ces savants expérimentateurs, pour découvrir la vérité, qu'une seule chose : de petits tubes insérés dans le canal thoracique et dans les vaisseaux blancs. A l'aide de ces tubes, versant au dehors le chyle et la lymphe, ils auraient constaté que les chylifères et les lymphatiques absorbent très rapidement les sels, les poisons et les matières colorantes solubles ; ils auraient pu en même temps déterminer les caractères de cette absorption, la suivre dans toutes les phases de son activité et de son ralentissement. (*Comm.:* MM. Bernard, Bouley et Béclard.)

Obstétrique. — M. *Chassagny* (de Lyon) met sous les yeux de l'Académie un appareil ayant pour but de démontrer qu'avec le forceps ordinaire on exerce sur les parties génitales de l'accouchée des pressions plus considérables, et sur le fœtus des tractions plus fortes, et partant plus dangereuses, qu'avec le *forceps à traction continue*, qu'il a inventé. (Nous publierons dans le prochain numéro une note de M. Chassagny sur ce sujet.)

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

DE L'ICTÈRE GRAVE. — CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS DE MAI. — RÉSORPTION PURULENTE PUERPÉRALE.

La discussion sur la question de l'ictère grave a été reprise dans la séance du 11 juin, sous la présidence de M. Monneret.

M. *Chauffard* revient sur la dénomination d'*ictère typhique*, qu'il a proposée comme préférable à celle d'*ictère typhoïde*. L'étymologie rend ce dernier nom peu applicable dans le cas présent : *typhoïde* veut dire *image de la stupeur ;* c'est une épithète qui s'accole bien au substantif *fièvre*. Mais le mot *ictère*, qui signifie *coloration jaune*, rapproché de *typhoïde*, *image de la stupeur*, forme une association bizarre. Les mots d'*ictère typhique*, exprimant un ictère accompagné de stupeur, représentent assez exactement la maladie.

Du reste, les deux dénominations d'*ictère typhique* ou d'*ictère hémorrhagique* reposent chacune sur un symptôme. On doit regretter ici l'absence d'un de ces noms qui ne représentent rien et sont, par cela même, les meilleurs de la nosologie. Ainsi le nom de *variole* est infiniment préférable à la dénomination de *dermite pustuleuse contagieuse*, précisément parce qu'il ne définit rien, mais que par lui-même il exprime une entité morbide. Toutes les entités bien tranchées ont reçu de temps immémorial un de ces noms vagues, plus clairs que toutes les nomenclatures. C'est, au contraire, aux maladies dont la nature ne nous est connue que par des études progressives, aux maladies dont l'entité se constitue lentement, qu'on voit appliquer des dénominations également progressives tirées de l'association des symptômes. Le meilleur nom sera provisoirement celui qui exprimera le symptôme principal, ce sera le plus important pour le diagnostic et le pronostic. Or, dans la maladie qui nous occupe, l'hémorrhagie n'est pas le symptôme principal. L'hémorrhagie appartient à diverses maladies du foie ; c'est souvent un épiphénomène insignifiant, sa valeur pour le pronostic est très faible. Le nom de *typhique* est bien préférable.

Quant à la place que l'ictère typhique doit occuper dans le cadre nosologique, il est encore difficile de la préciser. L'affinité de cette maladie avec la fièvre jaune est encore impossible à démontrer, et toutes réserves doivent être maintenues à cet égard.

M. *Marotte* dit que l'ictère grave n'est pas nouveau dans la science. Lorsqu'il était encore interne, cet état morbide lui avait déjà été signalé par Honoré, qui avait reconnu son analogie avec la fièvre jaune. C'est donc une affection déjà ancienne, sur laquelle l'attention des médecins est attirée de nouveau. Peu importe alors la dénomination. M. Marotte aimerait même mieux conserver celle d'*ictère grave essentiel*,

---

Quand on veut fléchir la tête en arrière G. R., la résistance ne doit être appliquée qu'au sommet.

Lorsque la torsion des vertèbres dans une scoliose est très prononcée, les flexions doivent être exécutées obliquement en avant et en arrière, après avoir mis le tronc par une torsion dans la position contraire à la difformité, et l'on ajoute quelques torsions en sens inverse de celle qui existe. On ne peut pas se passer des flexions qui tendent à faire bomber les parties concaves et qui font vivement contracter les muscles sur les parties proéminentes.

Quand la concavité est considérable, on peut encore soulager beaucoup en faisant mettre la main correspondante au côté creux sur la tête, la paume en haut ; la main droite se place à plat contre les côtes, aussi haut que possible ; la hanche droite s'appuie contre une barre, les deux pieds solidement fixés. On tire vers la direction des doigts de la main qui est sur la tête, et le malade résiste légèrement. Pour les rotations de la tête, on fixe le tronc en faisant prendre avec le bras correspondant une barre ronde à hauteur d'épaule.

On ne prendra pas la précédente communication pour un exposé complet des méthodes et procédés de la gymnastique suédoise. L'espace nous eût manqué pour un tel travail, qui exigeait un volume. Mais ce que nous en avons dit suffit, croyons-nous, pour en donner une idée générale et assez précise. C'est un genre de traitement qui demande beaucoup de persistance, beaucoup d'attention et de sagacité dans l'application ; mais nous pouvons assurer qu'on en est dédommagé par les résultats. Ce travail lent, continu, varié des muscles, y amène à la longue des modifications qu'on serait loin de prévoir, et nous sommes convaincu que celui-là aura rendu un vrai service qui popularisera en France, sauf à la modifier, s'il y a lieu, la gymnastique telle qu'elle est sortie de la pensée de Ling.

Digitized by Google

car il n'y voit qu'un cas grave de l'ictère essentiel. Le rapprochement avec la fièvre jaune ne lui paraît pas fondé. La fièvre jaune est essentiellement maligne, l'ictère grave ne l'est pas. Les maladies peuvent être graves pour deux raisons : ou bien par des conditions pathogéniques qui leur donnent un caractère de malignité, ou bien par l'importance physiologique de la fonction ou de l'organe qu'elles atteignent : ainsi, la bronchite capillaire, la méningite, sont graves, surtout à cause du siége qu'elles occupent. Or, le foie est un organe dont les modifications anatomiques les plus légères peuvent amener des troubles graves de l'hématose. Portal avait déjà signalé des congestions légères du foie qui s'accompagnaient de pétéchies et d'hémorrhagies multiples; les travaux de M. Monneret ont mis ces faits encore plus en lumière. L'ictère grave beaucoup plus meurtrier que les maladies épidémiques, n'est pas essentiellement malin; il n'est ni endémique, ni épidémique, ni contagieux; mais il est grave, parce qu'il trouble une fonction importante; les circonstances où il se développe sont les mêmes que celles de l'ictère essentiel ou de la congestion non inflammatoire décrite par M. Monneret. Dans la thèse de M. Ozanam, on voit un ictère essentiel devenir grave par l'administration intempestive d'un émétique. Cet ictère peut être grave, parce qu'il intéresse le foie tout entier. Souvent il débute, comme l'ictère essentiel, par une diarrhée qui dure quelques jours; la maladie semble alors transmise de l'intestin aux canaux biliaires, c'est une espèce de bronchite capillaire du foie : alors apparaissent les phénomènes graves par l'interruption des fonctions de l'organe.

M. *Bergeron* répond à M. Chauffard que, s'il a rejeté la désignation de *grave* pour adopter celle de *typhoïde*, c'est que ce mot, dans son acception générale, rappelle la prostration et le délire, en un mot l'état ataxo-adynamique, qui est un phénomène constant. Il se rattacherait volontiers au nom d'*ictère typhique*, si cette maladie ressemblait tout à fait au typhus; mais il lui manque le caractère épidémique et contagieux. Le nom de *typhoïde* paraît donc préférable. Quant à l'argumentation de M. Marotte, il serait disposé à prendre son raisonnement à rebours : une maladie semble à M. Bergeron d'autant plus maligne qu'elle est plus meurtrière, et, à ce titre, la malignité de l'ictère grave lui paraît démontrée.

M. *Marotte* a donné au mot *malin* l'acception des anciens auteurs. La gravité d'une maladie ne suffit pas pour établir sa malignité. La bronchite capillaire ne tue pas par malignité, mais par l'asphyxie qu'elle détermine. La fièvre jaune, au contraire, comme la peste, la variole, peut trouver en elle-même les conditions de sa gravité.

M. *Bergeron* a reconnu des analogies entre l'ictère grave et la fièvre jaune ; mais il a fait également ressortir les différences : d'abord les lésions anatomiques de la fièvre jaune ne nous sont pas connues, ensuite l'absence du caractère épidémique et contagieux ne permettant pas d'établir l'identité des deux maladies, ce n'est qu'un simple rapprochement.

M. *Monneret*, invité par M. Henri Roger à formuler son opinion, qui doit faire autorité sur ce sujet, au moment où va se clore la discussion, dit qu'il donnerait la préférence à une dénomination vague et d'autant moins précise que le siége de la maladie dans le foie paraît peu démontré. Aussi, pour son compte, ne l'avait-il désigné que par les symptômes, ictère et hémorrhagie, qui se retrouvent constamment; il y avait ajouté le mot d'essentiel, pour exprimer qu'il n'en connaissait ni le siége, ni la cause, et ces raisons ont paru plausibles à un grand nombre de ses collègues, qui ont adopté le nom d'ictère hémorrhagique essentiel. Tous d'ailleurs sont d'accord sur la convenance d'une dénomination vague. Celle d'ictère typhique ou typhoïde ne paraît pas à M. Monneret exprimer l'empreinte première de la maladie. Au début, rien n'annonce encore sa gravité, ce n'est qu'à la fin, quand les hémorrhagies se sont déclarées, que surviennent aussi le délire et les phénomènes typhoïdes.

— M. *Lailler* lit à la Société son compte rendu mensuel sur la constitution médicale des hôpitaux. Ce qui a caractérisé surtout le mois de mai, selon la remarque de M. Moutard-Martin, c'est la diminution des maladies du mois précédent, l'apparition de quelques maladies nouvelles et la dissémination des maladies aiguës. Les diphthéries ont disparu à Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron ; mais M. Bouvier a encore vu à l'hôpital des Enfants un certain nombre de croups, et les affections diphthériques sembleraient même avoir plutôt augmenté dans le service de M. Roger. On a observé également des pneumonies dans les hôpitaux d'enfants; la rougeole et la fièvre typhoïde y sont stationnaires.

Dans les hôpitaux d'adultes, la fièvre typhoïde et la pneumonie sont stationnaires; partout les pleurésies et les rhumatismes ont augmenté. M. Oulmont a vu la fièvre typhoïde s'accompagner de furoncles. M. Hérard a vu, dans la même maladie, l'éruption lenticulaire très marquée, des abcès multiples et une gangrène pulmonaire.

Des pneumonies sont signalées par MM. Boucher de la Ville-Jouy, Chauffard et Moutard-Martin.

M. Gubler a observé une maladie très analogue à la morve, cependant l'inoculation pratiquée à Alfort est restée sans résultat. Le même médecin signale des érysipèles débutant par les muqueuses. M. Moutard-Martin a vu aussi un érysipèle pharyngé. Cette maladie présente une grande persistance ; sa contagiosité a semblé évidente dans un cas. On note des abcès multiples dans les varioles, les pneumonies, les fièvres typhoïdes.

Les pleurésies ont été signalées par MM. Chauffard, Laboulbène, Gubler et Moutard-Martin.

Le rhumatisme articulaire s'est montré avec assez de fréquence. M. Chauffard en a observé cinq cas avec la forme suraiguë, et M. Oulmont aussi cinq cas, dont deux ont été suivis de mort subite. Les éruptions sudorales ont été fréquentes dans ces rhumatismes. Un autre a été remarquable par la généralité des manifestations rhumatismales qui ont frappé en même temps les articulations, le péritoine, le péricarde, la plèvre et les méninges.

Les accidents puerpéraux existent toujours dans les services spéciaux, sans dépasser toutefois la proportion habituelle.

— M. *Woillez* communique à la Société deux observations de résorption purulente puerpérale, dans lesquelles le tannin, donné à l'intérieur, aurait eu des résultats très favorables. Les accidents généraux (frisson, etc.), survenus cinq ou six jours après l'accouchement, ont été suivis d'abcès multiples sous-cutanés, surtout autour des articulations, et accompagnés, chez la seconde malade, de quelques signes de pneumonie dissipés trop rapidement pour qu'on puisse croire qu'il y ait eu abcès du poumon. Les abcès sous-cutanés ont été ouverts et ont guéri rapidement. Chez la première malade, ils n'avaient pas été ouverts, et le pus s'est résorbé. Le sulfate de quinine, employé d'abord chez cette malade, avait paru aggraver les accidents généraux. Le tannin, administré chez toutes les deux à l'intérieur, à la dose de 60 centigrammes par jour, a paru au contraire avoir une action très salutaire. Il faut cependant faire quelques réserves sur la part qu'on doit lui attribuer dans la guérison, si l'on se rappelle les succès obtenus sans lui par M. Trousseau et M. Verneuil. Le milieu hospitalier semble n'avoir eu aucune influence, et pour M. Woillez, les conditions individuelles l'emportent de beaucoup dans ces cas sur les circonstances extérieures.

M. *Hervieux* a eu connaissance il y a quelque temps des faits heureux de M. Woillez, et il s'est empressé d'expérimenter le tannin dans son service de la Maternité. Or, sur neuf cas de phlébite utérine ou de métro-péritonite puerpérale, dont il rap-

Digitized by Google

porte l'observation succincte, et qui ont été depuis le début des accidents traités par le tannin selon la formule de M. Woillez, huit malades ont succombé, et une seule a éprouvé une amélioration que M. Hervieux n'ose pas attribuer au tannin. Ce médicament a donc échoué à la Maternité, comme échouent du reste toutes les médications proposées contre les grands accidents puerpéraux, le sulfate de quinine, l'alcoolature d'aconit, les applications de glace préconisées par M. Béhier, etc. En ville, ces moyens ont pu donner des succès, mais, à la Maternité ils sont complétement infidèles.

M. *Woillez* ne se plaint pas de cette contre-épreuve de la médication qu'il propose. Mais il fait observer que, dans les faits de M. Hervieux, il s'agit surtout de péritonites et de métro-péritonites, tandis que cette maladie n'existait pas dans ses deux observations; ses deux malades n'ont jamais vomi, ni accusé de douleurs péritonéales, même à la pression. Elles ne sont donc comparables qu'au cas heureux de M. Hervieux.

M. *Hervieux* répond que sur les 9 observations, il n'y a que 4 cas de métro-péritonite; les autres sont des phlébites utérines avec accidents généraux.

M. *Woillez* ne considère pas le tannin comme un spécifique, mais il maintient la valeur de ses deux observations, et rappelle que la Maternité est un théâtre bien défavorable pour de pareilles expériences; en ville, on est plus heureux. Quant au tannin; il réussit également bien dans d'autres cas qu'il publiera bientôt, notamment dans la phthisie.

M. *Béhier* justifie les applications de glace, dont l'utilité lui a été démontrée par plus de 250 faits. Mais, loin de prétendre que ce soit une méthode infaillible, il reconnait qu'une fois l'infection purulente établie, c'est Dieu seul qui peut guérir la malade, et toute thérapeutique est impuissante. Dans ces cas l'influence nosocomiale, très réelle en ce qui touche le développement de la maladie, est à peu près nulle sur son évolution; une fois la maladie déclarée, elle est fatale pour les femmes du monde comme pour celles de l'hôpital.

M. *Hervieux* n'a voulu critiquer aucune des méthodes thérapeutiques employées : il reconnaît les conditions défavorables où se trouve l'hôpital de la Maternité, où toutes les médications échouent.

M. *Chauffard* se demande si les abcès multiples sous-cutanés dont il a été parlé suffisent pour établir complétement la résorption purulente? Il reste encore dans le doute, n'ayant pas vu de près les observations de M. Woillez, dont il aime d'ailleurs à proclamer la parfaite compétence au point de vue du diagnostic.

M. *Woillez* répond que cette résorption lui a paru démontrée par le frisson initial survenant six jours après l'accouchement, par l'altération de la face et autres signes généraux qui ont précédé l'apparition des abcès, et qui ne lui ont pas semblé laisser de place au doute.

Dr E. ISAMBERT.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'hémoptysie dans la grippe, par M. LEARED.

Le crachement de sang survenu indépendamment d'une lésion organique plus ou moins profonde des poumons, est considéré comme une chose rare. Cependant plusieurs exemples, observés par l'auteur, prouvent, avec beaucoup d'autres, que le fait est possible, qu'il n'est même pas exceptionnel. La grippe est l'une des influences sous lesquelles on le voit se produire. Ainsi :

Une jeune femme enceinte, et qui, auscultée à plusieurs reprises, n'avait présenté aucun signe de phthisie, fut atteinte dans les premiers jours de janvier des symptômes qui caractérisent la grippe. Toux violente, faiblesse, céphalée frontale, douleur au sternum et entre les épaules, trouble des fonctions digestives, pouls fréquent et faible. Elle cracha à plusieurs reprises, pendant trois ou quatre jours, une certaine quantité de sang. Rien, dans ses crachats, n'indiquait une pneumonie.

Une autre femme, à cette même époque, atteinte des mêmes symptômes, cracha du sang pendant quatre jours. Comme pour la précédente, aucun signe stéthoscopique ne dénotait de lésion inflammatoire ou organique du poumon.

Une jeune fille, vers le milieu de janvier, sous l'influence des mêmes causes, eut un crachement de sang pur. Elle se rétablit complétement, sans que rien autorisât à penser qu'elle eût eu une lésion tuberculeuse.

Enfin, un homme d'un âge mûr a offert, au commencement de février, ce même accident, répété plusieurs fois par jour pendant une semaine, et cela sans que la marche de la maladie, non plus que ses suites, permissent de lui attribuer plus de gravité qu'à une grippe, à la vérité assez intense.

Le docteur Hess a informé M. Leared qu'il a récemment observé un cas absolument semblable à celui de ce dernier malade. (*The Lancet*, 3 mai 1862.)

Mort par le chloroforme.

Ce fait s'est passé à l'hôpital général de Hobart-Town (Australie). Un marin, à qui l'on devait extirper une glande, fut chloroformisé. Avant que l'insensibilité ne devînt complète, le docteur Imart plaça son doigt sur le pouls. Il ne le tâtait que depuis quelques secondes, lorsqu'il sentit les pulsations s'affaiblir, quoique la respiration se maintînt régulière. L'inhalation fut immédiatement suspendue; le pouls s'affaiblit graduellement, et au bout de vingt minutes il avait cessé de battre.

Cet homme était bien constitué et robuste, dans un état de santé parfaite.

L'autopsie montra la peau pâle, les poumons très congestionnés, sains d'ailleurs; pas de sérosité dans les plèvres ni ailleurs; cœur petit, mou et offrant un dépôt de graisse à sa surface externe. Le sang dans le cœur et les gros vaisseaux était fluide; foie tuméfié et congestionné, reins volumineux et congestionnés, du reste sains. (*British Medical Journal*, 10 mai 1862, et *Gaz. méd. de Lyon*, 1862, 10.)

Entérotomie abdominale. Extraction d'un calcul intestinal du poids de 600 grammes, par le docteur SANCHEZ DE TOCA.

OBS. — Dona Maria Noriega, âgée de quarante-cinq ans, éprouvait depuis cinq ans une douleur gravative dans la région hypogastrique droite s'irradiant dans la région inguinale. Bientôt apparut une tumeur du volume d'une noix, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression. Après deux ans passés ainsi, la tumeur augmente graduellement; puis parurent des symptômes gastriques, anorexie, vomissements, fièvre et malaise général. La tumeur montra des signes évidents de fluctuation, on l'ouvrit, et on donna issue à une grande quantité de pus tenant en suspension quelques débris de tissu cellulaire adipeux. On maintint une mèche dans l'ouverture, et le volume de la tumeur parut diminuer, la fièvre, les symptômes gastriques disparurent, et les règles, supprimées depuis deux ans, se rétablirent. Mais cette amélioration ne se maintint pas, malgré cinq années de traitement, pendant lesquelles on épuisa toutes les ressources de la thérapeutique. L'ouverture resta fistuleuse, donnant issue à des matières stercorales tantôt fluides, tantôt liquides. On crut alors pouvoir diagnostiquer une tumeur ovarique communiquant avec l'intestin.

Vers le mois de novembre 1861, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme, dure, compacte, occupant la moitié droite de la région hypogastrique; l'ouverture de l'anus anormal était à deux travers de doigt de l'anneau ombilical, à droite de la ligne blanche, au niveau du bord interne du muscle droit de l'abdomen, infundibuliforme, laissant passer une sonde ordinaire, limitée par des bords calleux. L'introduction d'une sonde permit de reconnaître la présence d'un calcul, non pas seulement à cause de la sensation donnée par un corps résistant, mais par le bruit métallique que donnait le choc de l'instrument.

Digitized by Google

On chercha d'abord à dilater l'ouverture par l'introduction d'éponge préparée, mais les symptômes fâcheux continuant, on se décida à pratiquer l'opération.

Le 7 décembre, après avoir incomplétement endormi la malade, le chirurgien conduisit un bistouri boutonné le long de son doigt introduit dans la fistule, fit une incision cruciale, la branche verticale parallèle à la ligne blanche, la transversale coupant transversalement le muscle grand droit dans toute son épaisseur, y compris l'artère épigastrique, qui fut liée. Le calcul fut saisi avec une tenette, mais il était si adhérent qu'il fallut le dégager avec l'ongle ; il pesait 600 grammes, et comptait 8 centimètres dans son diamètre transversal, et 12 dans le sens de sa plus grande longueur. Ce calcul était constitué par des couches concentriques de phosphate et de carbonate de chaux, de matières grasses ; il avait pour noyau des matières fécales durcies.

L'exploration attentive de la plaie permit de constater que sur aucun point l'incision n'avait dépassé les limites des adhérences péritonéales. Le traitement consista dans l'introduction de deux grosses mèches aux angles supérieur et inférieur de la plaie ; le deuxième jour il y eut une hémorrhagie provenant de l'angle inférieur de la plaie ; le troisième, survinrent des symptômes d'une péritonite qui enleva la malade le septième jour après l'opération. L'autopsie ne put être faite.

— Les faits analogues aux précédents sont loin d'être fréquents, et nous avons voulu le rapporter, quoique brièvement, pour montrer avec quelle réserve il faut tenter l'extraction de ces calculs par l'agrandissement de la plaie. Dans son mémoire lu à l'Académie de médecine en 1855, M. Jules Cloquet a exposé l'histoire des entérolithes, bezoards ou cyagropiles. Les bezoards humains, comme celui qui s'est rencontré dans cette observation, c'est-à-dire les calculs formés par des substances inorganiques déposées autour d'un noyau dur, sont assez rares. Les cyagropiles se rencontrent quelquefois en Irlande, en Écosse, en Bretagne, chez les individus qui font usage de farine d'avoine. Les poils qui accompagnent les grains d'avoine se feutrent autour d'un corps central, s'encroûtent de sels calcaires, et forment parfois des calculs volumineux. Laugier père a eu l'occasion d'examiner une concrétion ayant pour base des fibres de racine de réglisse chez un malade qui avait l'habitude d'en mâcher constamment.

Quand ces calculs déterminent la formation d'abcès, on les voit quelquefois sortir à l'extérieur avec la suppuration, quelquefois on peut les saisir au travers de la plaie et les retirer, mais souvent ils sont trop volumineux. Que faut-il faire dans ces cas ? On a conseillé d'agrandir l'ouverture avec le bistouri, en ayant soin de ne pas dépasser la limite des adhérences.

Le conseil est excellent, mais il est difficile à suivre exactement, car on ignore souvent l'étendue des adhérences. Quoique l'observation ait mentionné la non-ouverture du péritoine, il est possible (et l'absence d'autopsie laisse du doute à cet égard) que la limite des adhérences ait été dépassée sur un point très limité, ou que les tentatives d'extraction et l'inflammation n'aient détruit les adhérences, comme cela est arrivé à M. Giraldès dans l'extraction d'un corps étranger séjournant depuis douze ans dans l'abdomen. Le mieux paraît être de chercher avec persévérance à dilater l'ouverture avec l'éponge préparée, ou à fragmenter le calcul, plutôt que de recourir au bistouri. (*El Siglo medico*, 1862, p. 57.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de médecine légale, par J.-L. CASPER, professeur de médecine légale à l'université de Berlin ; traduit par *G. Germer Baillière*, 2 vol. in-8°, 1862. Paris, Germer Baillière.

La médecine légale est une des branches les plus importantes de la médecine appliquée, car elle met entre les mains de l'expert, l'honneur, la fortune, et trop souvent la vie d'un accusé. Un peu trop négligée en France, parce que son exercice constitue un monopole trop restreint, parce que les moyens de s'y instruire manquent à ceux qui les recherchent, parce que son enseignement est mal conçu, la médecine légale occupe le premier rang en Allemagne, et surtout en Prusse, pays dans lequel existe un service administratif portant le nom de *Ministère des affaires médicales*.

Quant nous critiquons la manière dont se trouve enseignée en France et spécialement à Paris, la médecine légale, nos critiques ne s'adressent pas au professeur, si expérimenté comme légiste, si éloquent et si écouté, qui occupe à la Faculté la chaire destinée à cet enseignement. Ce que nous critiquons c'est l'organisation de l'enseignement lui-même. Prenons en effet les choses telles qu'elles se pratiquent à Paris, supposons un élève désireux de s'instruire ; quels moyens lui sont offerts ? Il suivra avec assiduité les cours de la Faculté, apprendra l'histoire du viol, des attentats à la pudeur, de la pédérastie, parties de la science le plus souvent étudiées depuis quelques années, écoutera de remarquables leçons sur l'avortement, l'infanticide, les coups et les blessures, l'identité, etc., rédigera pendant son quatrième examen un rapport médico-légal, se fera plus tard recevoir docteur en médecine, et partira confiant ou défiant en ses capacités professionnelles suivant son caractère, exercer dans une ville de province les devoirs si multiples de notre profession.

Mais qu'un crime se commette dans son arrondissement, qu'il soit chargé d'une expertise, notre jeune docteur s'apercevra avec chagrin et quelquefois avec terreur qu'il est absolument au-dessous de la redoutable mission qui lui est confiée. A quoi cela tient-il ? C'est qu'on ne s'improvise pas médecin légiste, et qu'ici comme ailleurs les enseignements théoriques des écoles sont radicalement insuffisants. La pratique seule donne les connaissances nécessaires, mais la pratique nous fait absolument défaut, et rien, pas même les si belles et si remarquables leçons de M. Tardieu ne sauraient la remplacer.

De même que nous possédons des cliniques médicales et chirurgicales, nous devrions avoir des cliniques *de médecine légale*. Les arguments qu'on oppose à la publicité relative des expertises médico-légales sont, suivant nous, sans aucune valeur. La justice, dit-on, doit procéder dans le calme, le recueillement, l'isolement et le silence ; les regards profanes ne doivent pas pénétrer au fond des instructions qui doivent rester secrètes, pour être efficaces. Sans doute il est des cas exceptionnels où le secret de l'expertise est nécessaire jusqu'au jour des débats, mais dans l'immense majorité des cas, cette opinion n'est qu'un reste du fétichisme judiciaire. La publicité des expertises devrait être comme la publicité des débats, une garantie d'exactitude et d'impartialité pour l'accusé et pour le public.

De l'aveu même des juges d'instruction prussiens, cette publicité n'entrave en rien l'action de la justice, elle est de plus indispensable pour former des médecins légistes.

Qu'on garde quelquefois le secret sur certaines procédures, on le comprend ; mais on voit moins les raisons qui empêcheraient de faire à la morgue de Paris, ou ailleurs, un cours clinique sur les cas si nombreux de morts par submersion, suspension, plaies d'armes à feu ou d'armes blanches, et d'autant plus que la plupart de ces faits, provenant de suicides, n'intéressent que très secondairement la justice.

« La médecine légale, dit M. Troplong, affecte depuis quelque temps la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence. Il faut avouer que ce que j'ai vu et entendu de certains médecins dans ma carrière judiciaire, dépasse toute croyance. » L'année dernière, M. Tardieu, à l'Académie de médecine, s'est élevé contre ces paroles « injustes et blessantes ». Blessantes, oui ; mais injustes ? Il faut se redresser contre de tels reproches, mais il faut savoir aussi reconnaître qu'ils ont quelque chose de fondé. Soutenons l'honneur de la profession, non en niant l'ignorance — elle existe — mais en la faisant disparaître.

En Prusse l'enseignement pratique de la médecine légale existe, les juges d'instruction eux-mêmes acceptent cette pu-

blicité sans inconvénients sérieux, compensés par de grands avantages; pourquoi n'en serait-il pas de même en France?

En Allemagne, ce n'est pas à un seul expert qu'on confie l'instruction médicale d'un procès.

« Si le premier rapport est refusé par le ministère public » ou la défense, on l'envoie ainsi que le procès-verbal de l'au» topsie et toutes les pièces, à une seconde juridiction médico» légale, appelée *College medical*, instituée dans chaque pro» vince du royaume. Ce collége médical, composé de quatre à » six membres, nomme un rapporteur sur l'affaire, on discute » en séance tous les faits, et un des membres est chargé de » soumettre au tribunal le résultat de cette seconde expertise.

» Enfin, lorsque les doutes n'ont pas disparu et que de nou» velles réclamations s'élèvent encore, on a recours à une » troisième juridiction appelée *députation scientifique* qui siége » dans la capitale du royaume, et qui se compose des hommes » les plus éminents; l'affaire est encore étudiée à fond, et il » en est fait un troisième rapport qui, cette fois, juge en der» nier ressort. »

Que ceux qui n'ont pas, quand même, l'opinion enracinée que la France n'a rien à envier aux autres nations, méditent ces quelques phrases de la préface de M. Baillière, qu'on nous donne l'organisation que possède sur ce point l'Allemagne, et l'on n'aura plus à s'émouvoir, en entendant M. Troplong dire: « Je pense que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence, » car l'injustice de ce reproche serait bientôt assez évidente pour qu'il n'y eût même pas besoin de protestation et encore moins de démonstration.

Cette première partie du livre de M. Casper, qui traite de l'organisation de la médecine légale en Allemagne, du rôle de l'expert, de ses rapports avec les juges d'instruction, de la manière de faire les expertises, sera lue, nous en sommes convaincu, avec beaucoup d'intérêt, même par ceux qui ne font pas de cette branche de la science une étude spéciale.

Son livre tout entier est le plus remarquable que nous ayons lu sur la matière, divisé en deux volumes, il traite de la médecine légale tout entière. Le premier volume est consacré aux recherches que l'on peut avoir à faire sur l'individu vivant, dans les cas de viol, accouchements, coups et blessures, maladies simulées, maladies mentales, etc.; le second, celles qui ont pour sujet le cadavre, et les 176 premières pages sont consacrées à l'histoire, à l'étude et à la pratique des autopsies.

Nous ne pouvons songer à analyser même les parties les plus remarquables de cet important ouvrage, que nous avons lu avec grand intérêt, quoique la médecine légale sorte beaucoup du cadre de nos études ordinaires; mais nous dirons seulement un mot d'un chapitre que nous avons lu des premiers, non-seulement parce qu'il est au commencement du livre, mais encore parce que ces matières ont fait le sujet le plus ordinaire des leçons de la Faculté, et surtout parce que nous comptions y voir repousser certains signes donnés par M. Tardieu, comme caractéristiques de cet ignoble vice, qui semblerait vouloir s'acclimater à Paris, comme il s'était acclimaté à Athènes et à Rome. Nous avons nommé la pédérastie.

M. Tardieu donne comme signe caractéristique des habitudes passives, la forme en infundibulum de l'anus et du rectum, la disparition des plis radiés de la région anale. Les signes connus depuis l'antiquité, signalés par P. Zacchias, par Michael Alberti, sont vrais, du moins si l'on entend pour le premier un enfoncement en forme de cornet de la surface interne des fesses, et ils ont été vérifiés par Casper sur les membres d'une Société de pédérastres, dont le comte Cayus était le chef et l'historien.

Mais il n'en est plus de même pour les signes qui dénoncent l'activité. Chez eux, pour M. Tardieu « la forme caractéristique du membre va en s'amincissant considérablement depuis la base jusqu'à l'extrémité qui est effilée, ou bien que le gland seul subit un amincissement, etc.

Notre surprise a été assez grande quand nous avons entendu et lu sur ce sujet le professeur si éminent de la Faculté, car nous ne pouvions, comme anatomiste, comprendre comment le gland, organe érectile, doublant de volume pendant l'érection, ne devant ce volume qu'au sang qui remplit les trabécules du tissu érectile, pouvait, en admettant même un changement de forme momentané pendant le coït contre nature, conserver cette forme anormale à l'état flasque; car enfin, quelle que soit la manière de presser une éponge, elle reprend sa forme lorsqu'on cesse de la comprimer, son volume lorsqu'on l'imbibe de nouveau. M. Casper oppose d'autres raisons, et fait de plus remarquer que M. Tardieu, qui choisit parmi ses 206 observations les 19 « qui lui ont paru offrir le plus de caractère et de signification », ne peut citer qu'*un seul cas* présentant cette conformation particulière du membre.

« M. Tardieu, dit encore M. Casper, a basé son diagnostic de la pédérastie, une fois sur l'existence d'une fistule à l'anus, une autre fois sur la présence de marisques, et même sur le seul fait d'un pénis annuci! Je pense que devant de tels faits la critique ne peut pas se taire et encore moins lorsqu'elle voit M. Tardieu, en traitant des obscénités dont nous parlerons plus loin, ne pas hésiter à mentionner la conformation particulière qu'il doit avoir observée dans la bouche de deux individus du nombre de ceux qui descendent aux plus abjectes complaisances: « Une bouche de travers, *des dents très courtes*, des » lèvres épaisses, renversées, déformées, complétement en » rapport avec l'usage infâme auquel elles servaient. »

Une telle description peut faire dresser les cheveux des profanes, mais un homme de science sait à quoi s'en tenir. J'ai tenu d'autant plus à faire ces observations sur le travail de M. Tardieu, que cet auteur, doué d'un si beau talent, a plus de droits que qui que ce soit à une critique sérieuse. »

A notre tour nous avons voulu rapporter ce passage du livre de M. Casper, parce que nous pensions utile de combattre des idées qui se sont déjà produites plusieurs fois dans la chaire de l'école, parce que la juste autorité du professeur les fait accepter sans examen, et parce qu'il faut toujours combattre ce que l'on croit une erreur, même, nous dirons plus volontiers, surtout, quand elles émanent des maîtres de l'art.

La médecine légale allemande peut-elle être utile aux médecins français? C'est une question qu'on s'adresse tout d'abord; mais, outre que la science des faits est partout la même, il faut savoir que le Code Napoléon dirige la Prusse comme la France, ce qui donne pour les deux pays une jurisprudence à peu près identique.

M. Gustave Baillière, en nous donnant cette traduction, a fait une œuvre excellente, très utile, et dont nous le félicitons hautement; c'est un service plus direct encore qu'il rend à la science médicale, et nous pensons que l'auteur et l'éditeur, cette fois réunis dans une même personne, n'auront qu'à se féliciter l'un et l'autre de l'œuvre entreprise dans un excellent esprit et heureusement achevée.

LÉON LE FORT.

VI

VARIÉTÉS

Par décret du 28 mai, M. Milne Edwards, membre de l'Institut, professeur de zoologie (crustacés, arachnides et insectes) au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) dans le même établissement, en remplacement de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, décédé.

— Le nouvel hôpital militaire établi pour la garnison de Paris et des forts, sur l'emplacement et dans les anciens bâtiments, aujourd'hui transformés, de l'hospice des Incurables, va être ouvert, à dater du 1er juillet prochain, sous le nom d'hôpital Saint-Martin.

— M. le docteur Albert Ehrmann, médecin-major de 1re classe, parti pour le Mexique avec les premières troupes françaises au commencement de février, a été, dit-on, nommé médecin en chef du corps expéditionnaire, en remplacement de M. Ludger Lallemand, décédé.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Digitized by Google

— Deux Sociétés locales agrégées à l'Association générale des médecins viennent de se former : l'une pour l'arrondissement de Brives (Corrèze), l'autre pour celui de Narbonne (Aude).

Les médecins du département de l'Eure sont convoqués à Évreux pour former une Société locale.

Dans son assemblée générale du 19 juin dernier, la Société médicale de la Haute-Marne, siégeant à Chaumont, a voté son agrégation à l'Association générale.

— M. le baron Yvan, son fils et sa sœur, sont compris chacun pour 20 000 francs parmi les *donataires* de Fontainebleau.

— M. J.-J. Knolz, professeur de médecine à l'Université de Vienne, vient de mourir dans cette ville à l'âge de soixante-douze ans.

— M. Vallée, depuis vingt ans instituteur des enfants idiots à l'hospice de Bicêtre, vient d'obtenir sa mise à la retraite.

Comme éducateur, M. Vallée a rendu des services qui lui ont valu les encouragements de nos médecins aliénistes les plus distingués.

— Un des chirurgiens les plus renommés de l'Angleterre, le docteur Stanley, vient de mourir presque subitement.

— M. Hipp. Blot a commencé, le vendredi 20 juin, à deux heures, la deuxième partie de son cours d'accouchements à la Faculté. Il y traitera exclusivement de la dystocie. Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'avortement ; les suivantes à celle des accouchements laborieux et des opérations qu'ils nécessitent.

— L'École de médecine de Marseille, dotée déjà, il y a quelques années, d'une collection d'instruments de chirurgie par un de ses plus éminents professeurs, M. le docteur Martin, ancien chirurgien en chef des hôpitaux, professeur honoraire et chevalier de la Légion d'honneur, vient de recevoir de cet honorable praticien un don plus précieux encore. Il s'agit cette fois de 1600 volumes environ qui vont être affectés à la bibliothèque de l'École.

— Par décret du 23 mai, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Nicklès, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, et Grandjean, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'École préparatoire de la même ville.

— M. Bouis, agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est chargé de la direction des travaux pratiques de première et de troisième année ; et M. Personne est chargé de la surveillance des épreuves pratiques exigées pour le troisième examen des aspirants aux diplômes de pharmacien de première et de deuxième classe.

— Parmi les médecins principaux de 2e classe, M. Didiot est passé à Marseille ; M. Dussourt, aux hôpitaux de la division d'Alger ; M. Gerrier, à l'hôpital du Gros-Caillou.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

EXPOSITION ET HISTOIRE DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES, par *Louis Figuier*. 7e édition. 4 vol. grand in-18, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 14 fr.

DE L'ORIGINE DES ESPÈCES, OU DES LOIS DU PROGRÈS CHEZ LES ÊTRES ORGANISÉS, par *Ch. Darwin*, traduit en français, avec l'autorisation de l'auteur, par mademoiselle *Clémence-Auguste Royer*. In-18 de XXIII-712 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

TRAITÉ DE CHIMIE GÉNÉRALE, ANALYTIQUE, INDUSTRIELLE ET AGRICOLE, par MM. *Pelouze* et *Fremy*. 3e édition, entièrement refondue, avec nombreuses figures dans le texte. *Tome deuxième, second fascicule*. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

Le *Traité de chimie*, par MM. Pelouze et Fremy, comprendra 6 vol. grand in-8 compactes. Les t. I à III seront consacrés à la *Chimie inorganique*, et les t. IV à VI à la *Chimie organique*.

Les deux parties seront publiées simultanément.

En vente, le t. Ier, comprenant les *Métalloïdes*, 1080 pages, avec 478 figures.

Le t. II (*Métaux*), in-8 de 1010 pages avec nombreuses figures.

Le t. IV (premier volume de la *Chimie organique*), in-8 de 1000 pages.

Prix de chaque volume. 15 fr.

Les autres tomes paraîtront successivement, chacun en deux parties.

LEÇONS SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES DARTREUSES, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant le trimestre d'été de 1861, par le docteur *Hardy*, rédigées et publiées par le docteur *Pihan-Dufeillay*. 3e et dernière partie. In-8. Paris, A. Coccoz. 3 fr. 50

CLINIQUE MÉDICALE SUR LES MALADIES DES FEMMES, par *Gustave Bernutz* et *Ernest Goupil*. Tome II. In-8 de 771 pages. Paris, Chamerot.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par le docteur *Wharton-Jones*, traduit de l'anglais sur la troisième édition, revue et corrigée par l'auteur, avec des notes et additions, par le docteur *Foucher*. In-18 jésus de 720 pages, orné de 4 planches sur acier coloriées et de 130 figures intercalées dans le texte. Paris, F. Chamerot. 9 fr.

RECUEIL D'OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU, par *W. Boeck* et *D.-C. Danielssen*. 3e livraison, avec 5 planches. Grand in-folio. Christiania, Johan Dahl. 15 fr.

DES INFLEXIONS DE L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ, par le docteur *P. Picard*. In-8, avec figures. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE, par le docteur *Durian*. Brochure in-8. Paris, Adrien Delahaye. 75 c.

ESSAI CRITIQUE ET THÉORIQUE DE PHILOSOPHIE MÉDICALE, par *S. P.* In-8. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

MALADIES DE L'UTÉRUS, CONSEILS PRATIQUES SUR LES MOYENS DE PRÉVENIR CES MALADIES ET SUR LEUR TRAITEMENT, par le docteur *Solari*. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE, OU RECUEIL D'OBSERVATIONS ET STATISTIQUE DE M. LE DOCTEUR MATTEI. 3e livraison. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

CONFÉRENCES SUR L'EMPIRISME, faites à la Faculté de médecine de Paris les 18 et 25 mai, par *A. Trousseau*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

DES KYSTES DE L'OVAIRE, OU DE L'HYDROVARIE ET DE L'OVARIOTOMIE D'APRÈS LA MÉTHODE ANGLAISE DU DOCTEUR BAKER-BROWN, par le docteur *Labalbary*. In-8 de 84 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS SUR L'ADMINISTRATION DES ASILES D'ALIÉNÉS, par le docteur *H. Dagonet*. In-8 de 816 pages, avec une carte statistique des établissements d'aliénés de l'Empire français. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

TRAITÉ DOGMATIQUE ET PRATIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES, par le docteur *Aug. Durand* (de Lunel). In-8 de 464 pages. Paris, F. Savy. 6 fr. 50

LA PELLAGRE OBSERVÉE A LYON, par *Ch. Bouchard*. In-8 de 93 pages. Paris, F. Savy. 75 c.

Thèses.

Thèses subies du 21 mars au 2 mai 1862.

52. BERTHIER, Marie-Joseph, né à Assainvillers (Somme). [*De l'exercice musculaire comme moyen thérapeutique.*]

53. CHARRIER, Émilien, né à Chaillé-les-Marais (Vendée). [*De la contracture spasmodique du sphincter vaginal.*]

54. DROUX, P.-J.-Adolphe, né à Chapois (Jura). [*Des maladies des yeux considérées dans leurs rapports avec la pathologie générale.*]

55. LOPPE, S.-V.-A., né à Wimille (Pas-de-Calais). [*De la goutte.*]

56. DANJOY, J.-Léon, né à Saint-Pierre (Martinique). [*De la phthisie pulmonaire dans ses rapports avec les maladies chroniques.*]

57. FOUCAULT, Alfred, né à Orléans (Loiret). [*De l'artérite. Gangrène spontanée.*]

58. PICARD, J.-Paul, né à Avignon (Vaucluse). [*Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité.*]

59. SÉGALLAS, Émile, né à Paris. [*Des difficultés et des accidents de la lithotritie.*]

60. LIÉBAUT, G.-Victor, né à Toulouse (Haute-Garonne). [*De la dysentérie épidémique.*]

61. JOUNIA, Alexandre, né à Marseille. [*Étude sur la paralysie générale incomplète.*]

62. PIPET, J.-B.-Edmond, né à Besse-en-Chondesse (Puy-de-Dôme). [*De la paralysie hystérique.*]

63. ALMAGRO, Manuel de, né à Matanzas (Cuba). [*Étude clinique et anatomo-pathologique sur la persistance du canal artériel.*]

64. BLENGIO, Joaquim, né à Campêche (Mexique). [*Considérations sur les causes et le traitement de la dyspepsie.*]

65. BRUEL, Léon, né à Moulins (Allier). [*De l'alimentation dans les maladies.*]

66. MARGUERITTE, Louis-Pierre, né à Rouen (Seine-Inférieure). [*Quelques recherches sur les phlegmasies hémorrhagiques de la plèvre, du péricarde et du péritoine.*]

67. BUISSON, Pierre-Charles, né à Lalouvese (Ardèche). [*Quelques recherches sur la circulation du sang à l'aide d'appareils enregistreurs.*]

68. PUGLIESE, Frédéric, né à Ivrée (Piémont). [*Essai sur les adénomes des fosses nasales.*]

69. FOUCHER, L.-A.-S.-O., né à Saint-Maur-d'Outillé (Sarthe). [*Des tumeurs érectiles de la langue.*]

70. MOLLIEN, Charles, né à Boves (Somme). [*De la pupille artificielle.*]

71. FAUVEL, Sinésius-J., né à Jurques (Calvados). [*De l'affection morvo-farcineuse.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 4 JUILLET 1862. N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Danger des mariages consanguins. — Périnéorrhaphie. Question historique. — Des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif. — II. **Travaux originaux**. Médecine pratique : Des mariages consanguins. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie**. Clinique médicale sur les maladies des femmes. — V. **Variétés**. — VI. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VII. **Feuilleton**. De l'hygiène au bord de la mer.

I

Paris, 3 juillet 1862.

DANGER DES MARIAGES CONSANGUINS. — PÉRINÉORRHAPHIE. QUESTION HISTORIQUE. — DES LACTATES ALCALINS DANS LES MALADIES FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Depuis quelque temps, la question du danger des mariages consanguins, cette question qui intéresse la société plus encore que la science, ou plutôt qui offre un témoignage frappant des droits de la science dans le règlement des affaires sociales, a été l'objet de plusieurs travaux importants. Il nous a paru utile de rapprocher ces travaux, soit par la reproduction, soit par l'analyse, et d'en faire en même temps le texte de quelques observations. Nous publions aujourd'hui même un mémoire de M. le docteur Gilbert W. Child. Nous le ferons suivre sans retard de celui qui a été présenté tout dernièrement à l'Académie de médecine par M. Boudin, et d'une note de M. le docteur Brochard. Après quoi, un de nos collaborateurs, en rendant compte d'une publication récente de M. Devay (de Lyon), donnera son appréciation sur ce grave sujet.

— Nous recevons, à l'occasion de travaux insérés dans les derniers numéros de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, les deux lettres suivantes de M. Herrgott et de M. L. Corvisart.

A M. LE DOCTEUR A. VERNEUIL, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Périnéorrhaphie. Question historique.

Monsieur et très honoré collègue,

L'archéologie a des charmes d'un ordre élevé auxquels je ne suis pas étonné de voir votre esprit s'abandonner avec amour ; chose précieuse pour tous, vous voulez bien partager vos émotions avec vos confrères, qui vous en sont profondément reconnaissants. L'histoire de l'art, comme vous le faites pressentir, ne peut s'apprendre dans les livres hâtifs ; il est né-

FEUILLETON.

De l'hygiène au bord de la mer.

(Quatrième article.)

HYGIÈNE MARINE.

Les personnes qu'on rencontre au bord de la mer peuvent se diviser en trois catégories : celles qui, par goût ou par occasion seulement, respirent l'air en prenant les bains ; celles qui, se trouvant dans un état de faiblesse ou de souffrance qui n'est pas précisément la maladie, du moins la maladie curable, ont pour but l'hygiène ; celles qui, réellement malades, font un traitement marin, ce qu'on appelle une cure. Bien que les premières ne nous regardent pas, elles feront bien de profiter des conseils que nous donnons aux secondes : celles-ci mettent à profit l'air des côtes, le bain froid ou le bain chaud, la douche, suivant une certaine règle de conduite ; les dernières usent de tous les éléments que leur fournit la mer, d'après diverses formules que nous tracerons plus tard. Occupons-nous d'abord de l'hygiène.

Ce qu'il faut considérer surtout, quand on va habiter pendant une saison favorable les bords ou le voisinage de la mer, c'est l'atmosphère maritime. C'est là un changement d'air qui ne peut se comparer à aucun autre, qui peut ne pas convenir à tout le monde, mais qui convient mieux qu'aucun autre à une foule de valétudinaires et de malades. Le déplacement seul du lieu qu'on habite, et qui a toujours une grande influence sur la santé, suffit quelquefois pour faire cesser les mille misères entretenues par certaines habitudes hygiéniques. Ne voit-on pas beaucoup de citadins quitter tous les soirs, pendant l'été, l'air concentré de la ville pour aller, à quelques kilomètres, humer l'air libre et jouir du repos et de la fraîcheur des nuits, puis revenir le matin reprendre leurs occupations, espérant retremper leur santé en rompant momentanément leurs habitudes ? D'autres, plus libres ou plus affectés, font un séjour

cessaire, à qui veut se familiariser avec les idées d'une époque ou de s'en faire l'interprete, de lire les auteurs eux-mêmes, de vivre dans un commerce intime, de *converser*, comme dit Paré, avec eux, afin de saisir leurs pensées les plus secrètes qui se trouvent souvent dans une expression insignifiante en apparence.

Rien ne ressemble moins à l'érudition vraie que cet amas de citations transcrites sans examen, sans critique ni contrôle d'un livre dans un autre, et répétées à l'infini par les mille échos de la presse. Vous vous élevez avec raison contre ce vice de notre époque, qui résulte de la nécessité où l'on se trouve souvent de *faire vite* à tout prix, afin de finir le volume commandé pour l'époque fixée par l'impatient éditeur.

Les inconvénients de ce genre de travail, que depuis quelque temps vous signalez à l'attention du public, sont graves, et l'on ne saurait assez applaudir à la courageuse sévérité que vous déployez dans la critique de certains travaux et à la peine que vous vous donnez pour indiquer la marche véritable à suivre dans les études historiques.

J'ai, suivant vos conseils, lu et vérifié les citations à propos de la périnéorrhaphie qui vous occupe dans le charmant feuilleton du n° 24 de la Gazette hebdomadaire, et voici ce que, chemin faisant, j'ai trouvé qui me paraît digne de vous être soumis.

« On s'accorde, dites-vous, à décerner à notre Guillemeau » l'honneur d'avoir le premier décrit et mis en pratique avec » succès la périnéorrhaphie. » A la suite de cette proposition, vous donnez avec raison le texte de l'observation du célèbre chirurgien de Henri IV, qui méritait aussi bien que les curieuses observations de Saucerotte et de Noel les honneurs d'une transcription littérale dans le classique traité de Boyer, lacune pieusement remplie par son fils.

Mais est-il bien vrai que Guillemeau ait le premier *décrit et pratiqué* cette opération? La citation suivante contredit la première assertion et jette du doute sur la seconde. Elle est empruntée à Trotula, qui a écrit au XII^e siècle, et dont l'ouvrage, publié pour la première fois par les Aldes en 1547, a été réimprimé plusieurs fois, notamment dans la collection consacrée aux maladies des femmes, intitulée : *Gynæciorum sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum, parturientium, et puerperarum affectibus et morbis, libri Græcorum, Arabum, Latinorum veterum et recentium*, etc., opera et studio Israelis Spachii, med. doct. et prof. Argentin. (Argentorat., 1597, in-folio.)

Nous trouvons dans le chapitre XX (page 50), intitulé : *De his quæ mulieribus sæpe post partum accidunt*, le passage suivant : « Sunt quædam quæ ex graviditate partus incidunt in ruptu- » ram pudendorum... Sunt enim quædam quibus vulva et » anus fiunt unum foramen, et idem cursus : inde istis exit » matrix et indurescit... Postmodo rupturam intra anum et » vulvam tribus locis vel quatuor suimus cum filo de serico : » postea pannum linæum vulvæ imponimus ad quantitatem » vulvæ... et collocetur mulier in lecto, ita ut pedes altiores » sint, et ibi omnes operationes suas per octo vel novem dies » faciat : et quantum necesse fuerit manducet : ibi egerat, et » omnia assueta faciat... Debet quoque abstinere ab omnibus » quæ tussim faciunt, et ab indigestibilibus. »

Je me permettrai plusieurs remarques sur le texte qu'on vient de lire et dont j'ai retranché, comme vous l'avez fait pour l'observation de Guillemeau, une kyrielle de recettes plus ou moins baroques.

Et d'abord, quel est cet auteur du nom de Trotula? Est-ce un médecin, une sage-femme ou bien un pseudonyme? Si nous en croyons Henri Baccius, Trotula serait une sage-femme, car il dit (*Descript. regni Neapolit.*, t. IX, pars I) : « Trotula seu » Trottola di Ruggiero multæ doctrinæ matrona quæ librum » conscripsit de morbis mulierum. »

Quant à ceux qui attribuent à Eros, médecin affranchi de Julia Augusta, le livre de Trotula, ils se trouveront combattus par la dissertation de Grüner, publiée à Iéna en 1773, où il est dit : « Neque Eros neque Trotula, sed Salernitanus quidam » medicus, isque christianus, auctor libelli est, qui de morbis » mulierum inscribitur. »

Quoi qu'il en soit de cette discussion, qu'un Barbier seul pourrait éclaircir, il est établi que le livre de Trotula, sage-femme, médecin ou pseudonyme, appartient à l'école de Salerne, au XII^e siècle. C'est tout ce qu'il faut pour que la question de priorité se trouve établie sans aucun doute; ceux qui veulent éclaircir à fond la question d'auteur trouveront dans l'histoire de Ed. de Siebold, que la science vient de perdre il y a peu de mois, des indications précieuses à consulter sur la matière (voy. *Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe*, Berlin, 1839, t. I, p. 314). C'est là que nous avons puisé les deux citations que nous donnons plus haut; c'est un emprunt de seconde main, nous le confessons; mais on voudra bien nous absoudre quand nous dirons que les livres mentionnés ne se trouvent pas ici, et que maintes fois nous avons eu occasion de constater la rigoureuse exactitude des citations si riches et si précises du savant accoucheur de Gœttingue.

Voyons maintenant le texte lui-même.

La description de la périnéorrhaphie y est claire et précise : ce n'est pas la suture mixte de Guillemeau, mais la suture entrecoupée faite avec trois ou quatre fils de soie, les conseils pour le pansement, les soins consécutifs, la position de la malade, son régime, sont non moins précis. C'est donc là une opération parfaitement décrite; je dirai plus : la manière dont ces conseils sont formulés dans leur ensemble conduit à admettre qu'ils ne sont pas le résultat d'une improvisation, d'une idée première, mais le fruit d'une pratique usuelle, d'une

---

prolongé et continu au milieu des bois et des champs, demandant aux émanations végétales, à l'atmosphère des étables, aux longues promenades, au régime simple et abondant, un changement qu'on n'obtient que loin des exigences du monde. D'autres encore sentent le besoin de s'élever au-dessus des plaines et ne trouvent que dans l'atmosphère des montagnes les modifications plus profondes que nécessitent certains dérangements de la santé. Mais ce n'est pas encore assez : ou ces différents changements d'air ne suffisent pas, ne conviennent pas à toutes les idiosyncrasies ou à tous les états morbides; ou la vie de campagne et l'ascension sur les hauteurs ne répondent pas aux goûts et aux convenances individuelles, et alors se présentent les bords de la mer. Il ne saurait y avoir de trop nombreuses ressources pour tant d'exigences de toutes sortes. Toutes ont leur utilité, et prendre texte des exagérations intéressées pour nier les profits qu'en tire l'hygiène, c'est tomber dans ce même travers d'exagération ou faire preuve de scepticisme plus que de discernement.

L'atmosphère maritime est la condition obligée du traitement comme de l'hygiène par la mer; mais on en peut rendre l'action plus ou moins vive, plus ou moins directe, suivant diverses considérations relatives, les unes au climat et à la saison, les autres à l'emplacement et à l'exposition de la demeure par rapport à la mer, d'autres enfin aux précautions à observer pour en recueillir les bons effets et en éviter les inconvénients.

Relativement au climat, nous avons fait voir qu'il existe des différences assez tranchées entre nos trois divisions côtières, sous le triple rapport de l'air, de l'eau et des lieux. On doit donc sentir de suite qu'il importe de faire un choix intelligent de la station d'hygiène dans l'une ou dans l'autre division, si l'on veut qu'il y ait harmonie entre les agents hygiéniques et la constitution ou l'état morbide qu'on soumet à leur influence. Il s'agit surtout d'éviter les températures extrêmes, et, si l'on n'a pas la faculté de choisir, il faut au moins éviter les inconvénients du climat où l'on se dirige en choisissant le moment de

Digitized by Google

expérience établie ; d'où il serait peut-être permis de conclure qu'elle était dans le domaine de la pratique.

Est-ce à dire que l'observation de Guillemeau perde de son intérêt? Nullement, elle conserve le caractère d'*observatio princeps* que vous lui donnez, et votre travail a l'incontestable mérite de l'avoir remis sous les yeux du public, en l'accompagnant de conseils parfaitement judicieux qui porteront leurs fruits en ce qu'ils rappellent les travailleurs vers les voies fécondes de l'étude historique, sévère, sans laquelle l'œuvre de la science ressemble au supplice de Sisyphe.

Maintenant encore un mot sur le texte de Trotula. Nous y trouvons indiquées deux conséquences graves, suites l'une de l'autre de la rupture du périnée : c'est la chute de la matrice et son induration. Si on était amateur de discussions subtiles, on pourrait épiloguer sur le mot *indurescit*, y voir déjà indiquée ici l'hypertrophie suite de l'ectopie utérine ; mais il suffit déjà de voir ce qui se trouve réellement dans l'observation sans se laisser entraîner par l'imagination au delà du texte dans la région des suppositions; ce que nous lisons suffit amplement à notre intérêt. Quant aux commentaires, tout écrit ancien peut donner occasion d'en faire de fort longs; mais c'est là un plaisir qu'il faut laisser à chacun le soin de trouver lui-même. Le mien aujourd'hui a été de faire à votre suite une intéressante excursion dans le passé, où maintes fois, vous le savez, on a occasion de dire :

Multa renascentur quæ jam cecidere cadentque.

Agréez, monsieur et très honoré collègue, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

D[r] HERRGOTT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cher collègue,

Votre lettre m'a causé un grand plaisir et un petit dépit. Un grand plaisir, en raison des chaleureux encouragements que vous donnez à ma modeste entreprise ; un petit dépit, parce que moi aussi j'avais découvert la périnéorrhaphie dans Trotula. Lequel de ces deux sentiments étouffe l'autre? Je n'ai pas besoin de vous le dire. Qu'il vous suffise de savoir que ma reconnaissance est acquise à ceux qui jugent comme vous la portée de ma petite croisade bibliographique. Puisque j'ai l'honneur de vous compter parmi mes lecteurs, j'espère que vous jetterez les yeux sur mon prochain feuilleton, déposé à l'imprimerie depuis trois semaines environ et contemporain du premier quant à la rédaction ; vous y verrez cités les précurseurs et les successeurs immédiats de Guillemeau, c'est-à-dire Trotula et Ambroise Paré, Vindel et Reuling. Je ne changerai rien à mon texte, et vous constaterez que nous nous entendons fort bien sur la signification possible du passage de Trotula.

Puisque vous vous inscrivez avec moi sur la liste trop peu longue des amateurs du VIEUX BON, permettez-moi de vous assurer sur ce point, comme sur les autres, de ma sympathie affectueuse.

A. VERNEUIL.

A M. LE DOCTEUR PETREQUIN, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LYON.

Sur l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif.

Monsieur et très honoré confrère, auteur d'un médicament nouveau, vous l'adressez *à toutes* les phases de la digestion dyspeptique, c'est une grande affaire.

Vous aurez peut-être — à défendre vos idées théoriques, auxquelles on pourra objecter que l'alimentation donnant des torrents de lactates *tout faits* et d'acide lactique à l'économie, il est peut-être superflu de les rechercher pharmaceutiquement; — à démontrer par des faits hors de contestation que les lactates alcalins (de soude, de magnésie) ont plus d'efficacité que les traditionnelles *Eaux* de *Vichy*.

Votre talent, dont s'honore la médecine lyonnaise, saura assurément partout répondre.

Mais surtout vous pourrez avoir à combattre des médecins qui auraient obtenu des résultats différents des vôtres *pour n'avoir pas suivi* « de point en point » votre méthode.

A un titre analogue, je prends la plume contre vous ; dès lors, monsieur et très honoré confrère, je suis sûr que vous ne me désapprouverez pas.

Je vous remercie d'abord d'avoir bien voulu déclarer l'introduction de la Pepsine dans la thérapeutique « ingénieuse, rationnelle, bonne et utile ».

Le temps n'est plus où l'on me reprochait vivement mon audace, où l'idée de faire profiter l'économie des forces naturelles de la digestion d'autrui était ridicule, ma physiologie détestable au premier chef (1).

(1) On peut comparer, pour ces idées générales, mon *Mémoire sur la dyspepsie et la consomption*, publié en 1854, et le récent ouvrage de M. Monneret sur *l'alimentation dans la fièvre typhoïde*, où tant de points physiologiques communs sont traités d'une manière identique.

---

la saison où ils se font le moins sentir. Ainsi, ce n'est pas sur les bords de la Méditerranée qu'on ira changer d'air pendant le cœur de l'été. L'air chaud et sec de cette zone, en exagérant la transpiration cutanée et l'exhalation pulmonaire, n'agit pas comme dépuratif, ainsi qu'on le dit à tort; il a pour effet d'augmenter la soif, de diminuer l'appétit, de provoquer l'amaigrissement, de briser les forces et d'accroître d'autant la susceptibilité nerveuse, c'est-à-dire de faire précisément le contraire de ce qui est ordinairement indiqué. Les pluies abondantes et les émanations palustres sur plusieurs points font que l'automne n'y est pas non plus une saison favorable pour une cure. Ce n'est guère qu'à la fin de l'été et en automne, au contraire, que les personnes qui craignent un air trop vif vont à Arcachon et à Biarritz ; mais c'est en juillet et en août que les côtes de la Manche sont le plus fréquentées, et l'automne y est encore une très bonne saison pour ceux qui recherchent la vivacité de l'air et ont besoin surtout de se fortifier. S'il s'agit d'une station d'hiver ou de printemps, la Méditerranée est la plus apte à la fournir. Quant à la durée du séjour au bord de la mer, il faut qu'elle soit au moins d'un mois, plus si l'on peut, et quelquefois la plus grande partie de l'année, en ayant soin de changer de climat suivant la saison. Les bains se prennent du 15 juin au 15 octobre dans le nord, plus tôt et plus tard dans les stations du sud, en ayant égard partout à la météorologie spéciale de l'année.

Le choix de la demeure, quant à la distance et à l'exposition par rapport à la mer, n'est pas indifférent. Le désir de tout le monde est d'habiter le plus près possible du rivage, d'avoir vue sur la mer et d'en recevoir directement la brise et les émanations. Pour beaucoup de personnes, c'est un avantage ; pour d'autres, ce peut être un grand inconvénient. L'impression trop directe de l'air de la mer, à toute heure du jour et de la nuit, est quelquefois un danger, à cause de l'humidité et des variations de température qui accompagnent cet air dès qu'il n'est plus réchauffé par le soleil. Beaucoup de personnes qui se trouvent bien de la brise de mer pendant le jour en sont

Digitized by Google

Sans parler de vingt mémoires (1) publiés depuis huit ans, soit en France, soit à l'étranger, les idées que je n'ai pas craint de soutenir en 1852 progressent encore aujourd'hui bien vivement, car nos hôpitaux (2) et notre école (3) les adoptent, et des trois seuls ouvrages parus cette année sur la Dyspepsie par MM. Bayard (4), Nonat (5), Fonssagrives, tous trois à la Pepsine donnent leurs pleines mains.

Et M. Fonssagrives, après avoir déclaré que les faits que j'avais, il y a huit ans, apportés à l'appui de ma méthode « étaient trop frappants et trop bien observés » pour laisser l'incrédulité maîtresse, quant à lui, écrit à *Brest* (6) — qu'il n'est pas aujourd'hui de médecins qui ne lui ait dû des succès.

Si donc la Pepsine peut avoir perdu à Lyon « *un peu* » de sa vogue, comme vous le dites, monsieur et très honoré confrère, nul doute que le nouvel Agent que vous avez inauguré, patroné dans cette ville, *n'en soit le coupable.*

Il aurait fait oublier « un peu » l'agent peptique... tant mieux pour la méthode qui vous est personnelle.

Mais permettez-moi de vous remercier de n'avoir point eu le même oubli, et d'avoir formulé un bon nombre de préparations — de Pepsine aux Lactates, — cela prouve plus que bien des raisonnements.

Ceci me conduit au sujet précis de ma note.

La pepsine aurait-elle fait seulement la moitié des choses, aurais-je vraiment mal analysé le phénomène digestif, méconnu votre acide lactique, auriez-vous perfectionné ma méthode en ajoutant celui-ci ? Oh ! que nullement, monsieur et très honoré confrère, tout cela est fait, c'est la pepsine complète telle que vous l'appelez de vos vœux qui fait la base de toute ma méthode, je ne sache pas de médecin qui ait commis votre erreur, et je suis bien sûr que la lecture de mon premier ouvrage vous fera supprimer toute une grande colonne qui étonnera, autant que moi, tous les médecins qui prescrivent la pepsine.

Ainsi après m'avoir accusé (l'accusation est formelle) :

De deux substances essentielles du suc gastrique « de n'en avoir pris qu'une », vous vous félicitez d'avoir réalisé le perfectionnement d'associer les deux.

L'effet évidemment ne va-t-il pas à l'encontre de votre volonté ?

A cause de cet alcalin du lactate vous n'avez plus cette pepsine acide que vous aviez pour but d'administrer.

Dans la pratique et pour la dyspepsie, quel but aurait à remplir la pepsine aux lactates ?

Pour ajouter à la pepsine son perfectionnement, c'est-à-dire « son *acidité* nécessaire », vous lui associez des lactates *alcalins*.

Si vous *pensez* qu'il y a suffisance d'acide dans l'estomac, votre lactate alcalin n'a pas d'utilité. Pourquoi ne pas donner la pepsine neutre telle qu'on la prescrit journellement depuis mon mémoire, pour ce cas particulier ?

Que si vous pensez le contraire, je vous affirme que le lactate *alcalin* ne donnera nullement à la pepsine son acidité nécessaire — et que si votre préparation persiste dans l'économie en l'état où vous l'administrez, elle est par ce perfectionnement devenue incapable absolument de digérer quoi que ce soit.

J'ai eu bien du chagrin de lire bon nombre de perfectionnements des formules de pepsine que j'avais fait connaître ; vous allez en juger avec indulgence, monsieur et très honoré confrère, car le vôtre est le plus inoffensif.

J'avais par la poudre d'amidon incorporée à l'agent digestif assuré la préservation de la pepsine contre la putréfaction qui ne manque jamais d'atteindre toute substance animale en dissolution dans l'eau, — M. Heindenhain, en Allemagne, perfectionna mon procédé en faisant préparer des *macérations* d'estomacs de grenouille ! tout ce qu'il y a de plus altérable.

La plupart des poudres ou extraits pharmaceutiques, par leur porosité ou leur tannin, comme bon nombre de sels minéraux incorporés à la pepsine, détruisent l'activité digestive de celle-ci ; j'avais eu bien soin d'indiquer les seuls qui m'avaient paru inoffensifs, laisser la pepsine seule, tout était là ; M. Hogg alla associer la pepsine *à l'iodure de fer !*

Enfin M. Stanislas Martin (1), pour mieux préparer la pepsine, ne craignit pas *de la griller !* alors qu'une température *tant soit peu supérieure à celle du corps* (celle de + 75 th. c.) suffit déjà pour anéantir à jamais l'activité de cet agent avec l'agent lui-même.

Tant la vraie physiologie appliquée à la médecine est difficile à manier.

(1) Voy. *The Lancet*, 7 août 1858, et *L'Union médicale*, 12 avril 1860, où ces ouvrages originaux dus à bien des praticiens sont indiqués.

(2) La commission médicale des hôpitaux vient de demander et d'obtenir la faculté du libre usage de la pepsine.

(3) On peut consulter avec fruit à cet égard les ouvrages et les cours de MM. Grisolle, Bouchardat, etc.

(4) Non-seulement j'ai recommandé la pepsine dans un but thérapeutique, mais j'avais déclaré que l'essai de la pepsine constitue *le meilleur moyen diagnostique* des causes de la dyspepsie. M. Bayard (*Traité pratique des maladies de l'estomac*, Paris, 1862) écrit entre autres : « Nous ne pouvons trop recommander l'essai de la pepsine dans tous les cas pour le grand bien que nous lui avons vu produire. » (P. 286 et p. 1.)

(5) Nonat, *Traité des dyspepsies*, Paris, 1862, p. 1 et 148. Nous avons à remercier M. Nonat de l'attention qu'il a donnée à nos différents travaux sur la digestion, tant gastrique qu'intestinale. Ces derniers ne sont sans doute point tombés entre les mains de M. Petrequin, si nous en croyons sa note et son chapitre sur la phase intestinale.

(6) Fonssagrives, médecin en chef de la marine, *Hygiène alimentaire*, p. 266 à 273.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre 1858.

incommodées le matin et surtout le soir quand elle s'est refroidie. Celles-là doivent prendre leur habitation à une distance qui les soustrait, quand il le faut, à des influences qui leur sont contraires et leur permette de ne subir que celles qui leur sont favorables. Une direction du côté de la campagne, un accident de terrain ou une ligne de maisons qui masque la mer, suffisent pour cela.

Conformément aux mêmes principes, les personnes faibles, mais peu impressionnables, doivent passer presque toute la journée au bord de l'eau et respirer le plus possible la brise et l'odeur de la mer, en ayant le soin de marcher de temps en temps pour activer la circulation et la respiration : c'est prendre un bain d'air, et celui-là peut se prolonger sans inconvénient. Mais celles qui sont sensibles aux moindres variations de température doivent éviter de séjourner immobiles sur la plage quand le soleil n'est pas encore à une certaine hauteur, et surtout quand il a disparu de l'horizon. L'humidité est bienfaisante quand elle est suffisamment échauffée, c'est elle qui porte les sels de la mer ; mais, quand elle s'est refroidie, elle peut devenir la cause d'accidents qui forcent souvent à fuir en maudissant la mer, quand on ne devrait accuser que sa propre imprudence. Le plaisir de respirer la brise du soir au bord de l'eau après une journée chaude cache donc un danger pour beaucoup de personnes impressionnables, qui ne doivent s'exposer directement à l'air de la mer que pendant le milieu du jour ; il est bon même pour quelques-unes de n'en pas trop prendre et de varier les qualités de l'air qu'elles respirent en faisant des promenades à la campagne. Les promenades en bateau ne sont bonnes que pour les personnes qui n'ont rien à craindre et ont même besoin de multiplier et de prolonger leurs impressions. Les exercices du corps : danse, équitation, gymnastique, etc., dont les ressources se rencontrent dans toutes les grandes stations de bains, sont d'ailleurs de bons moyens de favoriser l'action de l'air. Enfin le régime tonique, auquel les produits de la mer fournissent des éléments précieux, en est aussi l'auxiliaire très utile.

Digitized by Google

Vous voyez, monsieur et très honoré confrère, combien j'ai lieu de craindre les perfectionnements.

Permettez-moi pour résumer, monsieur et très honoré confrère, de dire : que le perfectionnement de la Pepsine acide est depuis dix ans réalisé et que je crains que l'association ne le détruise.

Votre méthode doit assurément réussir—par elle seule—si elle est juste.

La mienne, et je suis bien sûr que votre esprit juste et sage excusera ma sollicitude paternelle, la mienne pour continuer à vivre doit rester ce qu'elle est.

Je craindrais pour elle ce que n'ont pas craint les grenouilles qui demandaient un roi.

En finissant, vous me direz peut-être : mais par la pepsine aux lactates j'ai obtenu des succès.

Soit ! mais la pepsine, malgré le bien que vous lui voulez, n'y est pour rien, tout l'honneur doit en être à vos sels seuls.

De leur prééminence sur les autres sels alcalins et les autres méthodes, il ne vous reste plus pour l'éclaircissement de la science qu'à donner les faits cliniques et les faits physiologiques nets et précis qui vous ont guidé (1).

Veuillez, etc. L. Corvisart.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Des mariages consanguins, par le docteur Gilbert W. Child (2).

Ce n'est point pour établir des lois positives sur les conséquences hygiéniques des mariages consanguins que j'ai entrepris ce travail ; mon but est plus modeste ; je désire étudier les éléments connus du problème, je veux tenter d'établir la véritable valeur de certains arguments, et rechercher si les faits invoqués jusqu'à ce jour ne sont pas l'expression pure et simple de quelque principe général ; puis, le terrain déblayé de la sorte, j'examinerai ce qui reste en réalité pour démontrer que l'union entre proches transgresse une loi spéciale de la nature ; je chercherai enfin si l'étude impartiale de toutes les données de la question justifie la condamnation absolue prononcée par les médecins contre les mariages de ce genre.

I. Mais avant d'aborder les considérations qui nous intéressent plus directement, il ne sera pas inutile de rappeler ici les mariages consanguins mentionnés dans les livres de l'Ancien Testament ; c'est là une question purement historique, et qui n'a nullement trait aux dogmes théologiques. Or, que nous apprend la tradition antique ? La femme d'Abraham était sa demi-sœur (1) ; Isaac, son fils, a épousé sa cousine germaine, et Jacob, son petit-fils, a pris également pour femme sa cousine germaine.

Le premier de ces liens réunissait des parents si rapprochés, qu'il est en dehors des lois modernes ; et certes, si les idées généralement reçues sur les unions consanguines étaient l'expression de la vérité, les douze patriarches, dont quelques-uns étaient issus de la troisième génération de ces mariages, auraient dû tomber dans une profonde dégradation ; et pourtant, ne pourrions-nous à bon droit accuser de témérité celui qui émettrait une aussi monstrueuse assertion ? Ne sommes-nous pas parfaitement en mesure de soutenir le contraire, quand nous voyons ces hommes donner naissance, en quatorze générations, à une nation qui comptait 600 000 combattants, ce qui suppose, au bas mot, 10 millions d'individus ? Le docteur Beniss (2), qui a déjà rapporté ces faits, convient qu'ils sont incompatibles avec l'idée de la dégénérescence de la race par suite des mariages entre proches, et pour tourner la difficulté, il ne voit rien de mieux que ces deux moyens : il faut supposer « que le peuple juif, ayant été choisi dans des vues toutes spéciales, jouissait du bénéfice de conditions exceptionnelles, » ou bien il faut admettre qu'au temps patriarcal l'organisation de l'homme était tellement supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui, que les lois naturelles de la dégradation ne pouvaient l'atteindre, ou que du moins elles n'avaient d'autre résultat que d'abaisser graduellement les limites de la vie. En présence de telles hypothèses, je ne sache pas de meilleure réponse que cette remarque de Hume sur l'idéalisme de Berkeley : « ce système ne permet aucune réfutation, il n'entraîne aucune conviction. » Il n'en va pas autrement pour de tels artifices d'argumentation ; il est bien vrai qu'on ne

(1) 1° Quelques connaissances nettes, telles que celles que promet M. Pétrequin sur l'influence, dans la digestion buccale, des lactates alcalins plutôt que des carbonates, des phosphates ou des chlorures, ou même sur l'influence des sels réunis que renferment les salives, sont appelées avec instance par la physiologie précise de notre temps, car elle est absolument ignorante sur ce sujet.

2° En exceptant, pour la seule digestion gastrique, les sels *acides*, il en est absolument de même sur le rôle des sels dans la phase digestive de l'estomac.

3° On lira avidement aussi des recherches précises sur l'intervention des sels sécrétés par l'intestin, car sur ce point on ignore également tout.

Ce sera un grand service rendu par M. Pétrequin que de résoudre ces questions.

Quittant les lactates, chlorures, carbonates et phosphates *sécrétés* pour les mêmes sels administrés, il sera intéressant de connaître les faits perceptibles par la vue et le toucher qui prouvent que les lactates alcalins excitent mieux les sécrétions que les autres sels alcalins, y compris les eaux de Vichy.

L'empirisme, on le voit, serait bien plus facile que la médecine basée sur la physiologie telle que la professe M. Pétrequin.

(2) Traduit de *British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, avril 1862.

(1) *Genèse*, chap. XX, verset 12 ; chap. XXIV, verset 15 ; chap. XXIX.

(2) *Journal of Psychological Medicine*, avril 1857, p. 368.

Les personnes qui ajoutent l'action du bain à celle de l'air ne doivent pas s'affranchir des règles que nous avons tracées, lorsqu'elles débutent surtout ; à mesure qu'elles s'habituent à l'eau froide, et il en est qui la prennent en passion, elles peuvent prolonger un peu le bain, surtout si elles savent nager, attendu que la réaction, pour elles, n'a pas besoin d'être trop vivement sollicitée. Elles doivent, d'ailleurs, se guider sur la facilité avec laquelle elles se réchauffent après le bain et adopter une mesure dont elles ne s'écarteront plus. Le nombre de bains à prendre n'est pas soumis, dans ces cas, à des règles aussi fixes que dans une cure ; il vaut mieux s'abstenir les jours de gros temps ou de mauvaise disposition, et, quand le séjour doit se prolonger, ne prendre que des séries peu longues, séparées par des jours de repos. D'autres pratiques hydrothérapiques peuvent remplacer le bain à la lame pour les personnes qui s'en trouvent mieux ou qui redoutent la mer ; cela se rencontre quelquefois. Les vieillards et les convalescents ne prennent même souvent que des bains tièdes qui les exposent à moins d'inconvénients et produisent un effet tonique parfaitement en harmonie avec le milieu dans lequel ils respirent.

Ne pouvant pas entrer ici dans tous les détails relatifs aux indications, nous nous bornerons à présenter par groupes les états constitutionnels ou morbides qui relèvent de l'hygiène des côtes maritimes. En tête doit se placer « cet ensemble de troubles fonctionnels, cet état de langueur, de faiblesse, de souffrance relative dans lequel vivent la plupart de ceux qui habitent les villes populeuses », et que M. Bourguignon désigne sous le nom collectif de *malaria urbana*. Ce sont les enfants qui sont plus particulièrement atteints par ce mal ; souvent ils le puisent dans l'hérédité, et, à peine au monde, ils ne trouvent dans le milieu qu'ils respirent que des causes qui l'entretiennent et l'aggravent. L'hygiène domestique lutte en vain contre ce poison ; dès l'âge de cinq à six ans, plus souvent à dix ou douze ans, ils s'étiolent, languissent et manifestent des dispositions physiques qui n'attendent qu'une cause occa-

peut les réfuter, mais il n'est pas moins certain qu'il est contraire à toutes les règles d'une saine logique, d'assigner à un phénomène une cause mystérieuse et inexplicable, alors qu'on a déjà argué du phénomène lui-même pour soutenir une théorie.

D'un autre côté, la loi de Moïse, dont toutes les dispositions avaient pour but principal la prospérité physique du peuple juif (1), ordonne que les filles se marient dans la tribu à laquelle elles appartiennent. C'était là un encouragement puissant, quoique indirect, aux mariages entre proches; remarquons d'ailleurs que dans le fait même qui donna lieu à la promulgation de la loi (2), il est question de quatre filles qui, toutes les quatre, avaient pris pour mari leur cousin germain. Si de tels mariages entraînaient avec eux toutes les fâcheuses conséquences qu'on leur attribue, on a peine à concevoir qu'une pareille loi eût été formulée.

Mais c'est assez m'arrêter sur un argument auquel je ne veux pas attribuer une bien grande importance.

II. Voyons plutôt ce qu'il faut croire de la prétendue analogie que l'on dit exister entre les mariages consanguins dans l'espèce humaine, et les accouplements des animaux domestiques. J'espère être en état de montrer :

1° Qu'il n'y a pas de similitude réelle entre ces deux ordres de faits ;

2° Que les résultats des rapprochements entre animaux de même sang ne sont pas aussi funestes qu'on le croit généralement ;

3° Que nous pouvons déterminer d'après ces résultats même dans quels cas les mariages consanguins auront de fâcheuses conséquences, dans quelles conditions ils ne produiront aucun effet nuisible.

Je n'ai peut-être pas de meilleur moyen d'élucider cette question que de rappeler à nos lecteurs la généalogie de quelques animaux connus; je prendrai mes exemples parmi les bêtes à cornes, parce que de tous les animaux domestiques, ce sont, avec les chevaux, ceux qui sont élevés avec la plus grande sollicitude, ceux dont on conserve avec le plus de soin la filiation généalogique. Quiconque connaît l'opinion de nos éleveurs, qui défendent d'une façon générale le rapprochement d'animaux de même sang, éprouvera, je pense, autant de surprise que moi-même, en ouvrant le Livre des troupeaux ; il apprendra alors ce qu'il faut penser de ces préceptes. Je me contenterai de citer ici deux ou trois exemples; ceux qui en désireraient un plus grand nombre pourront aisément s'en procurer à l'aide du livre que j'ai indiqué (3). *Comet* qui est l'un des plus célèbres parmi les anciens taureaux à cornes courtes, et qui a été la souche des meilleures races actuelles, a été engendré ainsi : *Foljambe* par *Bolingbroke* et *Phœnix* (*a*), a donné *Favorite*, 252 (*b*) ; *Favorite* (*b*) et *Phœnix* (*a*) ont engendré *Phœnix junior*, lequel avec *Favorite* (*b*) a donné *Comet*. (Les lettres *a* et *b* indiquent qu'il s'agit du même animal.)

Une vache célèbre, du nom de *Barmton*, a une généalogie dans laquelle le même taureau *Favorite* 252, est le chef de quatre générations successives (1). Et pour en venir à un exemple plus récent, le taureau *sir Samuel* (2), né en 1855, présente la filiation que voici : *Fitz-Leonard* et *Charity* ont donné *Crown-Prince*, lequel avec la même *Charity* a engendré *sir Samuel*.

Quoique ces faits puissent, à la rigueur, suffire pour établir la réalité de mes assertions, je n'ai pas voulu cependant m'en tenir aux renseignements puisés dans le Livre des troupeaux, et j'ai saisi avec empressement l'occasion qui m'a été offerte de discuter ce sujet avec l'un des éleveurs les plus heureux et les plus intelligents du Royaume-Uni. Ce gentleman, je dois le dire, est un adversaire déterminé des rapprochements entre animaux de même sang; par conséquent, si ses renseignements se trouvent être favorables à l'opinion que je soutiens, ils acquièrent par cela même une valeur bien plus considérable, puisqu'ils sont l'expression de la vérité qui échappe à un ennemi, et non pas le résultat du parti-pris d'un partisan quand même. Or, cet homme si compétent m'a appris qu'un éleveur bien connu de notre époque n'a eu, pendant les vingt années qui viennent de s'écouler, que trois taureaux générateurs, et pourtant il a, aujourd'hui encore, des bestiaux de premier choix; ses taureaux sont très estimés pour la reproduction ; ses animaux sont gros mangeurs, ils se développent à merveille et sont tous en parfaite santé ; toutefois, leur fécondité semble quelque peu diminuée, et cela surtout du côté des mâles.

Il y a quelques années, un éleveur, mettant à profit les luxuriants pâturages dont il disposait, a formé un ou deux animaux remarquables par leur grosseur; puis il les a fait reproduire entre eux; la race ne paraît pas avoir dégénéré, mais elle a un peu perdu de sa valeur, parce que la forme est moins parfaite, quoique la grosseur soit toujours la même. Mon interlocuteur m'a dit, en outre, que les unions qui sont regardées pour l'espèce humaine comme aussi rapprochées que possible, ne passent pas même pour consanguines dans l'élevage des bestiaux (3). La race chevaline nous fournirait bien des exemples semblables à ceux que je viens de citer; mais ils sont inutiles pour le but que je me propose. Je rappellerai seulement que l'illustre *Flying Childers* était issu, du côté de sa mère du moins, d'une union entre parents très rapprochés.

(1) *Nombres*, chap. XXXVI, verset 5.
(2) *Ib.*, verset 10.
(3) *Coate's Herd-Book*, volumes 1, 2, 3 (taureaux), p. 25, édit. 1846.

(1) *Id.*, vol. 1, 2, 3 (vaches), p. 36, édit. 1847.
(2) *Id.*, vol. XII, p. 216, édit. 1858.
(3) *Observations on Breeding for the Turf*, etc., by Nicolas Hanckey Smith. London, 1825. — Voy. aussi le *Registre des généalogies des chevaux*.

---

sionnelle pour se traduire en maladie grave. Si quelque chose est propre à corriger ces dispositions et à lutter contre les influences qui tendent à les accroître, c'est assurément l'usage hydrothérapique de l'eau froide, beaucoup trop négligé dans l'hygiène de la première enfance, dont il devrait être, au contraire, la règle journalière. Mais dans beaucoup de cas, cela ne suffit pas, et il faut absolument y ajouter le changement d'air, soit à la campagne, soit au bord de la mer, suivant l'indication ; ce n'est qu'en lui substituant le véritable *pabulum vitæ* qu'on parvient à détruire les effets de la *malaria urbana*. Cela est surtout indispensable pour les jeunes filles arrivées à l'âge de puberté faibles, nerveuses, anémiques vainement soutenues par les agents pharmaceutiques contre les efforts de la première menstruation. Deux ou trois saisons d'un mois à six semaines, pendant lesquelles vingt à vingt-cinq bains courts et à réaction, parviennent à modifier cet état et favorisent l'apparition des règles. Plus tard, quand arrive l'âge des passions, des plaisirs énervants, des labeurs et des soucis inhérents aux intérêts ou à la position, on voit encore s'altérer la constitution, se troubler les fonctions chez beaucoup de femmes et d'hommes, qui doivent aller demander à la mer l'action réparatrice de son air et de ses eaux. Les femmes se disent seulement affaiblies et nerveuses, et, si elles sont molles et chloro-anémiques, elles trouvent dans le bain hydrothérapique un moyen sûr et en même temps agréable de modifier leurs forces et leur sensibilité. Les hommes, fatigués des longues nuits de veille et des excès de tous genres, se croient atteints de maladies de la moelle, sorte d'expiation de leur genre de vie, inventée par la mode depuis quelques années, et plus souvent imaginaire que réelle ; la douche et le bain froid leur sont d'un grand secours, et leur permettent, en sortant des bords de la mer, d'aller affronter les fatigues, salutaires celles-là, de la chasse, et de recommencer plus tard la vie qui les ramènera l'année suivante aux bains dans le même état.

Dans la période fonctionnelle de l'utérus la femme tire en-

Avant de tirer quelque conclusion de cette partie de la discussion, je crois devoir rappeler à mes lecteurs les considérations suivantes :

1° Au point de vue physiologique et dans l'acception la plus rigoureuse du mot, l'homme est un animal, et c'est précisément dans la fonction de reproduction qu'il présente de la façon la plus complète tous les attributs de l'animalité; par conséquent, les résultats que nous donne l'étude de cette fonction chez les animaux peuvent, toutes choses égales d'ailleurs, être strictement appliqués à l'homme ;

2° Dans une espèce, chaque individu offre certains caractères particuliers, et chacune de ces particularités individuelles est, en quelque sorte, une déviation du type idéal de la race ;

3° Comme le semblable engendre le semblable, ces caractères individuels seront d'autant plus prononcés, d'autant plus développés, que l'on accouplera des animaux plus intimement unis par la consanguinité ;

4° Ces particularités individuelles sont primitivement sans danger; mais, si elles s'accroissent et se développent au delà d'une certaine limite, elles finissent par éloigner tellement les individus du type originel de la race, qu'elles créent un état d'imperfection positive.

Si nous ne perdons pas de vue ces principes qui sont incontestables et généralement admis, nous pourrons déduire des faits précédents un certain nombre de conséquences importantes :

1° L'accouplement entre animaux consanguins n'est pas *en soi* contraire à la loi de la nature ;

2° Comme on pouvait s'y attendre, à priori, ce mode d'accouplement tend à exagérer les caractères de l'individualité, et, lorsque ces derniers ont acquis un développement morbide, la dégénérescence de la race peut s'ensuivre ;

3° A moins que les parents ne soient eux-mêmes malades, les accouplements consanguins n'ont aucune tendance à faire naître des maladies chez les descendants ;

4° *Pratiqués* pendant plusieurs générations successives entre animaux très rapprochés par le sang, ces accouplements paraissent diminuer la fécondité, en amoindrissant la faculté génératrice des mâles.

Les écrivains qui ont regardé ces rapprochements comme contraires aux lois de la nature, ont négligé un fait qui a bien sa valeur. En effet, quoique nous n'ayons pas de renseignements positifs sur ce qui se passe à cet égard parmi les animaux à l'état sauvage, nous pouvons du moins admettre avec un haut degré de probabilité que les accouplements consanguins ont lieu dans bon nombre des espèces sociales. Du reste, lorsque, raisonnant par analogie, nous voulons appliquer à l'homme les résultats fournis par les animaux, nous ne devons pas oublier que, chez ces derniers, les mauvaises chances sont singulièrement diminuées par ce fait, que nous pouvons choisir à volonté pour reproducteurs des animaux parfaitement sains; mais, d'autre part, les accouplements dits consanguins dans les espèces animales se font entre individus tellement rapprochés par les liens du sang qu'il n'y a plus de comparaison possible entre les animaux et l'homme. Ainsi, un éleveur ne regardera jamais comme un rapprochement consanguin l'accouplement d'une vache avec le *frère de son père*.

III. J'arrive à l'espèce humaine. Il importe avant tout de discuter et d'apprécier la valeur relative des deux méthodes d'examen dont nous disposons ici. La théorie de la question peut être facilement obtenue par l'étude des animaux; mais je crois que nous devons subordonner l'application de ces premières données aux résultats de l'expérience sur l'homme. Chez les animaux élevés avec soin, nous réglons à notre gré toutes les circonstances de la reproduction bien plus aisément que chez l'homme ; dans le premier cas, nous connaissons l'origine, la filiation et la constitution des parents; nous pouvons laisser de côté tous les individus cachectiques, et compenser les défectuosités de l'un des reproducteurs en l'accouplant à un animal qui présente les qualités opposées ; et en fait, c'est l'appréciation et la libre disposition de toutes ces circonstances qui font chez les éleveurs toute la différence entre l'habile et l'inhabile, entre l'heureux et le malheureux. Nous avons, en outre, toute facilité pour placer l'animal nouveau-né dans les conditions les plus favorables à son développement et à son perfectionnement. D'ailleurs, la valeur des bons animaux à généalogies connues est assez grande pour encourager des hommes intelligents à consacrer à l'élevage et leur temps et leur fortune. Qu'en résulte-t-il? C'est que la reproduction des chevaux, des bestiaux, et les registres de leurs généalogies nous fournissent une série d'expériences conduites avec le plus grand soin, et que les conclusions qui en sont la déduction légitime présentent une grande valeur scientifique. En revanche, on ne saurait trop se pénétrer des difficultés qui entourent les recherches de ce genre, lorsqu'elles ont l'homme pour objet. Les faits isolés sont complétement insignifiants, l'expérimentation est impossible, pas d'autre moyen conséquemment que la réunion laborieuse de statistiques exactes ; mais sur une telle question, il faut l'avouer, les statistiques sont bien difficiles à colliger, et une fois réunies, elles n'ont pas de valeur.

Supposez qu'à l'exemple du docteur Bemiss on obtienne des renseignements suffisants sur 53 mariages entre cousins, et qu'on appuie son argumentation sur les conditions diverses des enfants issus de ces mariages, quelle sera la valeur de ces conclusions? Je passe condamnation sur l'insuffisance d'un pareil chiffre, je laisse de côté pour le moment, car j'aurai à y revenir, la question de l'origine des accidents observés à la suite de quelques-uns de ces mariages, et je me borne à faire remarquer la difficulté ou plutôt l'impossibilité d'arriver à la

---

core profit de l'hygiène des côtes maritimes. L'état de grossesse n'est pas une contre-indication de l'action de l'air marin dans les conditions ordinaires : il ne le devient que lorsqu'il y a pléthore; et, par contre, s'il y a anémie, faiblesse de la circulation, il s'en trouve très bien ; le bain de mer lui-même, entouré de précautions convenables, devient un auxiliaire dont nous avons plus d'une fois constaté les bons effets. L'épuisement qui succède aux couches répétées ou laborieuses, sans être précisément la maladie, enlève à beaucoup de femmes toute énergie physique et morale, et les force à demander à l'air de la mer et au bain froid hygiénique une réparation qui, ordinairement, ne se fait pas attendre longtemps. La ménopause, enfin, est souvent le signal de troubles de l'innervation et de la circulation qui mènent à la maladie, quand on ne parvient pas à les enlever à temps, et qui se régularisent souvent sous l'influence de l'air fortifiant des côtes et du bain de mer hydrothérapique. Quant aux hommes, dans la période des absorptions sérieuses du corps et de l'esprit, ils sentent moins le besoin et recherchent moins les distractions du séjour au bord de la mer, sauf dans certains états de maladie. Mais les vieillards des deux sexes, si fréquemment éprouvés par les hivers, suivant leur idiosyncrasie ou leurs maladies antérieures, reviennent souvent à cette source d'apaisement et de force, pour endormir leur ennemi et pour se mettre en état de résister à ses aggressions ultérieures. Les longues promenades au bord de la mer, avec le soin d'éviter la fraîcheur des soirées, les bains dégourdis deux à trois fois par semaine, sont les moyens par lesquels ils arrivent à ce but; il n'est permis qu'à ceux qui sont habitués depuis longtemps à la mer et sont assurés de ses bons effets, de prendre le bain froid après soixante ans.

Parmi les états de la santé où l'âge ni le sexe ne sont plus l'objet de considérations particulières, il faut citer les longues convalescences qui succèdent aux maladies aiguës et dont le caractère commun est l'alanguissement de toutes les fonctions et l'insuffisance des réparations plastiques, les états cachectiques qui suivent les fièvres graves ou les maladies infectieuses,

connaissance précise des antécédents des parents. Que d'histoires, que de secrets de famille à débrouiller! Mais les intéressés n'ont garde de les faire connaître, ou si parfois ils se décident à les révéler au médecin, ils les façonnent à leur fantaisie, et la vérité est constamment mutilée, soit par la mémoire imparfaite, soit par les sentiments puissamment excités du narrateur. Souvent aussi la syphilis ou la folie fait sentir son influence sur une famille, et la plupart des parents sont laissés à cet égard dans une ignorance absolue. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'un rapide aperçu des innombrables obstacles que doit surmonter celui qui prétend élucider une question de ce genre au moyen des statistiques; j'accepte même pour un instant cette opinion fort discutable que, dans les statistiques, les erreurs se compensent : il est évident que cette théorie si commode ne peut nous être d'aucune utilité dans ce cas particulier, puisqu'ici, en raison même des motifs qui les produisent, toutes les erreurs s'accumulent du même côté. Le docteur Bemiss n'a pas complétement ignoré ces difficultés, le passage suivant, que j'extrais du commencement de son mémoire, le prouve surabondamment : « On peut trouver quelques renseignements sur les fâcheux effets des mariages consanguins dans plusieurs traités de médecine du siècle passé et du nôtre; mais les conclusions des auteurs ne sont appuyées par *aucuns faits*, et on n'a publié, que je sache, aucune statistique qui puisse éclairer ce sujet; j'excepte les quelques faits contenus dans les remarquables rapports du docteur Howe sur l'idiotie (1). » (Les italiques sont de mon fait.)

Après un tel préambule, je puis hardiment prendre le travail du docteur Bemiss comme un exemple des arguments au moyen desquels on condamne les mariages incriminés; et, d'un autre côté, si je réussis à établir que, d'après ce travail même, ces mariages ne sont pas aussi dangereux qu'on le pense généralement, ma tâche sera accomplie, pour la plus grande partie du moins, car j'aurai fourni successivement à la partie négative et à la partie positive de mon argumentation.

Les statistiques du docteur Bemiss peuvent être divisées en deux groupes : l'un comprend 34 mariages, dont les particularités ont été colligées par l'auteur lui-même; dans l'autre sont les 17 mariages consignés dans le rapport du docteur Howe. Or, pour les faits de Bemiss, voici quels ont été les résultats :

28 mariages entre cousins au premier degré.	7 stériles.
6 entre cousins au second degré.	27 féconds.
34	34 (2)

(1) Un article publié dans la *Lancet* du 22 décembre 1860 reproduit les faits du docteur Bemiss sans en ajouter d'autres plus récents. Le seul travail qui, à ma connaissance, ait été inspiré par la même idée que le mien est une courte lettre de M. Anderson Smith en réponse à l'article ci-dessus. Cette lettre est insérée dans la *Lancet* du 22 février 1861.

(2) La moyenne des naissances pour chaque mariage était récemment encore, en Angleterre, de 4,31 pour 1. — Voy. l'art. POPULATION de l'*Encyclopedia Britannica*.

Le nombre total des enfants s'est élevé à 192, ce qui donne une moyenne de 5,6 pour chaque mariage, et de 7,1 pour chaque mariage fécond.

De ces 192 enfants, 58 sont morts en bas âge; les 134 autres sont parvenus à l'âge mûr.

Les causes de mort dans le bas âge ont été 15 fois la consomption, 8 fois les convulsions, 4 fois l'hydrocéphalie.

Quant aux 134 adultes, 46 sont donnés comme étant en bonne santé; 32 sont dits affaiblis, sans autre indication précise de maladie; les renseignements font défaut pour 9; enfin 47 sont signalés comme malades.

Les divers cas de maladies se répartissent de la façon suivante :

23 scrofuleux, 4 épileptiques, 2 fous, 2 muets, 4 idiots, 2 aveugles, 2 difformes, 5 albinos, 6 myopes, 1 choréique; ce qui donne un total de 51. Par conséquent, quelques-uns de ces individus ont dû présenter à la fois deux ou plusieurs de ces affections.

En étudiant ces chiffres, il est impossible de ne pas être frappé de ce fait, que la fécondité de ces mariages est grande, et que le chiffre de la mortalité qui frappe les enfants issus de ces unions, est inférieur à la moyenne que donne le docteur West pour les cinq premières années de la vie. Je rappelle ici cette circonstance que j'ai déjà signalée plus haut, à savoir que le premier, si ce n'est le seul indice de dégénérescence chez les animaux, après des accouplements consanguins, est une diminution de la fécondité.

Le nombre des cas de scrofule ou de consomption est assurément considérable; mais il importe de tenir compte d'un détail signalé par le docteur Bemiss : on est autorisé à croire que trois de ces familles étaient primitivement entachées de scrofule, et ces trois familles à elles seules ont fourni seize cas. D'autre part, l'expression « affaiblis sans autre indication précise de maladie » semble impliquer chez l'auteur une répartition un peu trop rigoureuse des résultats de ses recherches, et cette opinion acquiert plus de probabilités encore, lorsqu'on songe aux défectuosités légères qu'il a comprises sous le titre de maladies : ainsi l'albinisme, les troubles de la vue et la chorée, constituent ensemble près du quart du chiffre total. Or, l'albinisme est bien plutôt une singularité individuelle qu'une maladie; la myopie est un accident trop léger et trop fréquent pour qu'on puisse y voir une marque de dégradation dans la race, et la chorée est, dans la plupart des cas, une affection passagère et curable. Ces trois états cependant présentent cette analogie remarquable, qu'ils sont héréditaires; mais le docteur Bemiss ne fait pas mention, à ce point de vue, de la condition antérieure des familles.

Accordons à ces diverses considérations toute la valeur qu'elles méritent; reconstruisons, d'après ces données, cette table statistique, et nous arriverons à ces résultats :

---

les épuisements que laissent après elles les grandes lésions ou les grandes opérations chirurgicales, comme réclamant l'hygiène marine. L'air de la campagne, celui des montagnes, ont souvent été essayés d'abord, et ce n'est qu'au bord de la mer, surtout quand on a pu ajouter le bain à l'action de l'air, qu'on parvient en définitive à reconstituer la santé.

Il est enfin des maladies plus caractérisées contre lesquelles les traitements actifs de toutes sortes ont été épuisés et qui sont entrés dans la période des moyens plus doux et plus spécialement hygiéniques, dont le caractère marin est particulièrement recherché. Ainsi, il existe des troubles de l'innervation ou de la sensibilité qui sont devenus des états habituels de la santé, on pourrait dire des infirmités plutôt que des maladies, et dont les uns sont seulement fonctionnels, sans lésion apparente, dont les autres sont la suite de lésions matérielles incurables. Parmi les premiers se rencontrent les vertiges, les migraines, les névralgies périodiques, les troubles passagers de l'intelligence ou des sens; parmi les seconds, les paralysies anciennes; tous sont du ressort de l'hygiène marine proprement dite, mais à une condition, c'est qu'ils ne se lient pas à un élément de congestion sanguine active ou d'éréthisme nerveux prononcé, cas dans lesquels l'action excitante de l'air et de l'eau de mer pourrait devenir une cause d'aggravation. Autrement l'atmosphère maritime et diverses pratiques hydrothérapiques, telles que le bain à la lame, les affusions, les douches de toute forme, agissent comme moyens perturbateurs, toniques, reconstituants, parviennent presque toujours à calmer ceux de ces états qui ne tiennent qu'à des troubles de la sensibilité, et à ranimer par l'activité de la circulation ceux où la source de l'innervation a été matériellement atteinte.

Les affections chroniques du larynx, des bronches et des poumons, l'asthme, la phthisie déclarée ou seulement en puissance, sont également dans ce cas, et sont encore plus rigoureusement subordonnés aux caractères souvent tranchés des réactions constitutionnelles ou symptomatiques, quand on leur

Digitized by Google

Santé ordinaire	86
Sans renseignements	9
Malades	39
	134

Par conséquent, c'est un chiffre de 39 malades sur 134 individus, soit en nombres ronds 2 sur 5, et plusieurs familles, ne l'oublions pas, étaient sous le coup de la scrofule héréditaire.

Je passe aux 17 faits du docteur Howe, sur lesquels le docteur Bemiss a également étayé son opinion. En voici les détails :

Ces 17 mariages ont donné 95 enfants, soit 5,58 pour 1.

De ces 95 enfants,

37	étaient d'une santé satisfaisante,
1	était sourd,
1	était nain,
12	étaient scrofuleux et chétifs,
44	étaient idiots.
95	

Il me suffira de faire remarquer que ces chiffres prouvent beaucoup trop. Dire que plus de la moitié des enfants issus de mariages entre cousins étaient idiots, c'est dire tout simplement que les faits qui ont servi à cette statistique n'étaient point des cas simples. Les mariages entre cousins ne sont pas tellement rares, soit dans ce pays, soit ailleurs, qu'un résultat aussi monstrueux pût passer inaperçu, s'il était réel. Et d'ailleurs, étudiées sous ce rapport, les deux statistiques précédentes offrent un contraste des plus remarquables : sur les 192 individus du docteur Bemiss, nous n'avons que 4 idiots, c'est-à-dire un peu plus de 2 pour 100, tandis que, sur les 95 enfants du docteur Howe, nous trouvons 44 idiots, soit plus de 46 pour 100. Si dans ces deux groupes de faits l'idiotie est due à la consanguinité des parents, d'où vient une si profonde divergence dans les résultats?

Je me suis efforcé jusqu'ici de montrer que les données sur lesquelles repose l'idée du danger des mariages consanguins, sont insuffisantes pour prouver que ces unions sont en elles-mêmes contraires aux lois de la nature, et entraînent la dégénérescence de la race. Je vais maintenant exposer comment, selon moi, une telle opinion a pris naissance, comment elle est justifiée, en apparence, par un examen superficiel des faits.

Rappelons d'abord que tous les mariages de ce genre étaient et sont encore formellement interdits dans l'Église romaine. Cette interdiction fut levée pour la première fois en Angleterre par l'acte de mariage de 1540, sous le règne de Henri VIII. A cette époque, et cette manière de voir était toute naturelle alors, bien des gens ont regardé cet acte comme une concession blâmable à la faiblesse humaine : aussi les mariages ainsi contractés n'étaient-ils point, à leurs yeux, à l'abri de tout reproche; ils perdaient leur caractère d'illégalité, et voilà tout; c'est exactement ce qui se passerait si le bill du mariage prenait force de loi : un grand nombre de personnes persisteraient à mettre en doute la convenance sociale et religieuse de l'union avec sa belle-sœur, et cependant elles ne pourraient plus en contester la légalité. Or, dans une telle disposition des esprits, et à une époque où les hommes étaient bien plus accessibles aux considérations théologiques qu'aux enseignements de la physiologie, rien d'étonnant à ce qu'on ait vu dans les conséquences fâcheuses qui paraissaient résulter de tels mariages, la preuve de l'intervention spéciale de la Providence. Ces mauvais effets de la nouvelle loi furent signalés et enregistrés avec soin partout où ils se manifestaient, et bientôt cette opinion devint proverbiale; lorsque plus tard on se mit à étudier avec plus de soin l'accouplement chez les animaux, lorsqu'on eut constaté que des rapprochements consanguins semblaient, dans quelques cas, avoir les mêmes résultats que chez l'homme, on en vint à établir une analogie erronée entre ces deux ordres de faits, on conclut à l'existence d'une loi naturelle, qui se trouvait également violée et par les accouplements et par les mariages entre proches.

Telle est, je pense, ou à peu de chose près, la véritable histoire de l'opinion générale sur cette question; autant que j'en puis juger, cette manière de voir n'est pas justifiée par l'observation exacte des faits.

Il me reste maintenant à établir quels sont, à mes yeux, les résultats naturels des mariages consanguins; je dois montrer dans quelles conditions ils peuvent être nuisibles, dans quelles circonstances ils sont sans danger, et même avantageux. Soit, pour la facilité de mon argumentation, l'exemple suivant : Un grand-père, A., est affecté de l'une quelconque des formes de la scrofule; il transmet la diathèse à ses deux fils, B. et C.; B. a deux fils, D. et E.; C. a une fille, F., qui se trouve cousine germaine de D. et de E.; D. prend une femme dans une famille complétement étrangère, et indemne de scrofule; E. épouse sa cousine F. Dans ce cas, il est bien évident que les enfants de D. ont infiniment plus de chances d'être sains que ceux de E.; mais, qu'on y prenne garde, ce n'est pas parce que E. a épousé sa cousine, c'est parce qu'il a épousé une femme qui portait à l'état latent la même maladie que lui, et dont la constitution était probablement, à beaucoup d'égards, le pendant de la sienne propre. Voilà donc un fait auquel on peut appliquer, jusqu'à un certain point, les résultats fournis par les animaux; de même que chez eux des accouplements consanguins successifs reproduisent avec une grande variété les caractères de chaque individu, de même, dans le cas que j'ai supposé, nous devons nous attendre à observer, non-seulement une disposition marquée à la même maladie,

---

fait subir les influences de la mer. Aussi, l'opportunité de l'hygiène des climats marins dans cette catégorie de maladies est-elle l'objet de vives contestations de la part des médecins, ou de soucis très scrupuleux de la part de ceux qui s'en montrent le plus partisans, quand il s'agit de mettre en harmonie les diverses conditions de localité et de climat avec les indications qu'elles font naître. On ne semble pas voir, néanmoins, que l'efficacité qu'on conteste à l'atmosphère maritime, quand il est question des stations situées au Nord, et où se fait de préférence l'hygiène pendant l'été, on l'accorde presque unanimement, et quelquefois avec enthousiasme, quand l'hygiène doit se faire dans ce qu'on appelle depuis quelque temps les stations d'hiver. Qu'est-ce pourtant que ces stations qui se rencontrent presque toutes sur le littoral méditerranéen ou sur les îles, si ce n'est avant tout des climats plus ou moins maritimes, et qui ne doivent les qualités de leur météorologie qu'à l'influence de la mer? L'hiver est-il donc plus clément sur les côtes du lac méditerranéen que ne l'est l'été sur les rives de l'Océan ou de la Manche? Il y a certainement de l'exagération dans cette crainte comme dans cette confiance. Et ce n'est qu'en se plaçant franchement au point de vue des influences maritimes sur les maladies des organes respiratoires qu'on parviendra à éviter les dangers qu'a mis en lumière la statistique générale et à bénéficier des avantages non moins réels que constate tous les jours l'observation particulière. Le principe marin reste partout et toujours le caractère de cette hygiène; les conditions de météorologie, de saison, de climat, de localité, suivant l'application qu'on en fait, en constituent seules le danger ou l'efficacité. Pour faire un choix convenable, le médecin doit se rappeler que l'action de l'air marin, dans les maladies dont il s'agit, n'est tonique et reconstitutive que dans la mesure d'une excitation névrosthénique et hémoplastique modérée, et que, portée au degré d'irritation de la sensibilité et de la circulation, soit par les réactions de la maladie, soit par les conditions diverses du climat, cette excitation devient un danger d'autant plus grand qu'il existe ici une

Digitized by Google

mais de plus la même constitution générale, physique et intellectuelle; nous devons rencontrer, en un mot, des idiosyncrasies semblables ou identiques.

Supposons maintenant que le grand-père, ses deux fils, ainsi que leurs femmes respectives, n'aient présenté aucune trace de scrofules, et que les deux petits-fils D. et E., la petite-fille et cousine F., aient conservé tous trois une constitution saine et intacte, si alors D. prend sa femme dans une famille scrofuleuse, tandis que E., comme dans le cas précédent, épouse sa cousine F., il est certain qu'en ce qui concerne la santé des enfants à naître, les chances seront précisément renversées. Tout porte à croire que les enfants de E. et de F. seront parfaitement sains, tout en présentant, nettement accusées, les particularités de famille; mais il est fort à craindre que les enfants de D. ne soient entachés de scrofule, bien que le père n'ait pas contracté un mariage consanguin. Ajoutons toutefois que les mauvaises chances de D., dans ce second exemple, sont beaucoup moindres que celles des deux cousins unis ensemble dans ma première supposition.

Dans ces deux cas, tels que je les ai choisis, les différences sont extrêmement tranchées, et nous ne devons guère espérer rencontrer dans la pratique actuelle la réalisation exacte de telles hypothèses; mais le médecin instruit qui connaît la maladie, qui sait observer les caractères de famille, rencontrera certainement des cas plus ou moins semblables à ceux que je viens de signaler. Les faits de ce genre justifient les propositions suivantes, par lesquelles je termine ce travail :

I. Les mariages consanguins n'ont aucune tendance, *per se*, à amener la dégradation de la race.

II. Ils ont pour effet de confirmer et de développer chez les enfants les caractères individuels, physiques ou intellectuels, morbides ou autres, qui appartiennent aux parents; et, à ce titre, ils produisent souvent, en réalité, l'altération de la race.

III. Dans certains cas, il serait plus sûr (au point de vue de la santé des enfants à naître) d'épouser sa parente que de prendre une femme étrangère, sur la famille de laquelle on n'aurait aucun renseignement médical.

IV. En tenant compte des données connues relatives à la transmission héréditaire, un médecin est en mesure, dans chaque cas particulier, de prédire avec exactitude les effets probables d'un mariage consanguin, en ce qui concerne la santé des enfants; il lui suffira, pour cela, d'être suffisamment renseigné sur l'histoire hygiénique de la famille.

En conséquence, lorsqu'un médecin est consulté en pareille matière, il ne doit pas se borner, comme quelques-uns l'ont prétendu, à se garer de tout ennui en formulant une déclaration absolue; son devoir est de découvrir, autant qu'il est en lui, les conditions propres à chaque cas particulier, et de conformer sa réponse aux résultats de son enquête.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *Tigri* adresse de Sienne une note écrite en italien et ayant pour titre : ÉTUDES ANATOMIQUES ET CLINIQUES SUR UN CAS D'OBLITÉRATION SPONTANÉE ET COMPLÈTE DU SAC HERNIAIRE, ET GUÉRISON RADICALE DE LA HERNIE PAR SUITE D'UN DÉCUBITUS PROLONGÉ. (Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Cloquet et Jobert, de Lamballe.)

— M. *Flourens* fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur *Liharzik*, du prospectus d'un ouvrage intitulé : LA LOI DE LA CROISSANCE ET LA STRUCTURE DE L'HOMME.

Diverses figures au trait, images photographiques et figures de ronde-bosse représentant l'homme et la femme à différents âges, depuis le moment de la naissance jusqu'à l'état adulte, pièces préparées pour la publication de ce grand travail, sont mises sous les yeux de l'Académie et renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Quatrefages et Bernard.

MÉDECINE. — M. *Savalle*, à l'occasion d'une communication récente de M. *Beau* sur l'*angine de poitrine des fumeurs*, remarque que, dans un travail sur l'angine présenté à l'Académie de médecine en février 1861, comme pièce de concours pour le prix Civrieux et honoré d'une récompense dans la séance du 17 décembre, il a appelé l'attention sur l'usage abusif du tabac et sur son influence dans la production de diverses maladies dans lesquelles figure l'angine. (*Comm.:* MM. Serres, Andral et Bernard.)

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des deux candidats qu'elle doit présenter à M. le ministre de l'instruction publique pour la chaire d'entomologie vacante au Muséum d'histoire naturelle.

D'après les résultats des deux scrutins, les candidats présentés par l'Académie au choix de M. le ministre de l'instruction publique sont :

En première ligne . . . . MM. *Blanchard*,
En seconde ligne. . . . . *Lucas*.

---

affinité naturelle et forcée entre le modificateur hygiénique et l'organe malade. Comme on le voit, il y a bien des écueils à éviter, bien des difficultés à vaincre, une étude bien consciencieuse à faire du malade et des influences auxquelles on va le soumettre. Éviter les météorologies extrêmes, incliner vers un air plus vif et plus fortifiant ou vers un milieu plus doux et plus égal, et pour cela choisir une station sur les bords de la Manche ou de l'Océan pendant l'été, sur les bords de la Méditerranée pendant l'hiver; avoir égard aux ressources secondaires des localités, comme le lait et les étables de la Normandie et de la Bretagne, les forêts de pins du bassin d'Arcachon; telles sont, entre beaucoup d'autres encore, les ressources que présentent les climats maritimes à cette classe de malades, martyrs des intempéries de l'hiver et des feux de l'été dans les grandes villes du centre.

N'oublions pas non plus parmi les valétudinaires cette classe nombreuse des dyspeptiques et des gastralgiques, qui, fatigués de mille traitements pharmaceutiques et des nombreuses cures d'eaux minérales auxquels ils ont vainement demandé la santé, se bornent désormais au changement d'air et d'hygiène. Il leur suffit quelquefois de respirer l'air de la mer pour voir se modifier les fonctions de leur estomac; si rien ne s'oppose à ce qu'ils prennent le bain de mer, ils sont plus sûrs encore d'obtenir une modification durable. Ce changement n'est pas toujours définitif et disparaît souvent avec l'éloignement des côtes; mais c'est quelque chose que bien digérer pendant deux ou trois mois, pour ceux qui digèrent habituellement mal. Aussi voit-on se diriger tous les ans vers la mer bon nombre de ce genre de patients.

Enfin un grand nombre de rhumatisants et de goutteux, arrivés à cette période de chronicité et d'atonie où les traitements actifs n'ont plus le pouvoir de déraciner le mal et de refaire la constitution, se trouvent très bien d'une saison passée aux bords de la mer; à les entendre, ce n'est que là qu'ils retrouvent le repos et l'activité, et parviennent à retarder de nouvelles attaques, à la condition, toutefois, qu'ils mettent le

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport du M. le docteur *Jogeux* (de Mirecourt) sur une épidémie de variole. — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Moselle et de Loir-et-Cher. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports sur les eaux minérales de Vittel (Vosges), par M. le docteur *Patezon*, d'Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Pidoux*; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur *Marbotin*; des eaux minérales du département du Gers, par MM. les docteurs *Peyrecave*, *Matet* et *Noutreyt*; d'Aix (Bouches-du-Rhône), par M. le docteur *Goyrand*; du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Piglowski*, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Bossel*, des bains de mer d'Étretat (Seine-Inférieure), par M. le docteur de *Miramont*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une observation d'ovariotomie, pratiquée le 2 juin dernier et suivie de succès, par M. le docteur *Kœberlé*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Comm.*, MM. Nélaton, Malgaigne et Huguier.) — *b.* Un travail intitulé : *Quelques observations sur le suc gastrique, les peptones, et leur action sur la lumière polarisée*, par M. le docteur *L. Corvisart*. (*Comm.*: MM. Adelon, Longet, Poiseuille, Bouchardat.) — *c.* Des recherches historiques sur la variole, sur la vaccine et sur les revaccinations, par MM. les docteurs *Herbet* et *Lenoel*, professeurs à l'École de médecine d'Amiens. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Une note sur l'emploi du phosphore à l'intérieur et à l'extérieur contre le cancer, par M. le docteur *Marchal* (de Calvi). — *e.* Une lettre relative à l'organisation des hôpitaux de Londres, par M. le docteur d'*Espine* (d'Aix). (*Commission pour l'hygiène des hôpitaux.*)

M. *Bouillaud* offre en hommage, de la part de M. le docteur *René Marjolin*, une brochure sur l'hygiène des hôpitaux.

M. *le Président* annonce qu'une vacance est déclarée dans la *section d'accouchements*.

Lectures.

CHIRURGIE. — M. *Reybard* (de Lyon) lit un travail intitulé : CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES PLAIES DE L'ABDOMEN AVEC LÉSION DES INTESTINS, PRÉCÉDÉES DE NOUVELLES REMARQUES SUR LE MODE DE CICATRISATION APRÈS LES SUTURES.

L'auteur ne vient pas, dit-il, préconiser une suture nouvelle; il renonce même à un procédé d'entérorrhaphie qu'il a imaginé autrefois et qui pourrait rappeler le procédé par la planchette. La suture qu'il conseille est la plus simple, la plus ancienne, et on peut dire aussi la plus commune de toutes : c'est la suture à surjet ou du pelletier. Il a le soin d'arrêter le fil au commencement de la suture en serrant, comme dans une ligature, une très faible partie de l'une des lèvres de la plaie. Il rapproche le plus possible les uns des autres les points de suture et les place très près des bords de la plaie. Il les serre fortement, de façon à faire disparaître les fils. Il termine en coupant le fil au ras de la plaie, faisant ainsi ce qu'on appelle une suture perdue. Très peu de temps après la suture, il se fait autour de la plaie et sur les parties voisines une exsudation plastique qui fait adhérer l'intestin opéré avec les séreuses qui le touchent et protége la plaie aussi exactement que pourrait le faire un linge de toile trempé dans le collodion avec lequel on envelopperait l'intestin immédiatement après l'opération. L'inflammation ulcérative, qui est la condition de la chute des fils, n'entrave en rien ce travail d'agglutination. Du huitième au quinzième jour, les fils sont entraînés dans l'intestin. Peu à peu toutes les fausses membranes sont résorbées, de telle sorte qu'à la fin du travail de cicatrisation il peut se faire qu'il soit impossible de dire quel a été le siége de la lésion. Les bords de la plaie peuvent, en effet, présenter un accolement direct si l'affrontement a été très exact; dans le cas contraire, on observe du côté de la face muqueuse un sillon au fond duquel est la cicatrice. C'est là la seule trace de la blessure et de l'opération.

Il résulte des expériences de M. Reybard que la réunion par les bords similaires de la plaie constitue le mode de cicatrisation définitif, quel que soit le procédé de suture employé. L'adossement des séreuses n'est, en effet, que temporaire; les adhérences des séreuses adossées disparaissent; les bords libres de la plaie qui faisaient plus ou moins saillie dans la cavité intestinale se relèvent et finissent toujours par se réunir directement. La réunion par affrontement est donc, dit l'auteur, une réunion naturelle et en quelque sorte forcée. Aussi préfère-t-il la suture à surjet, qui est la plus simple et qui donne immédiatement ce résultat.

La suture à surjet est applicable aux plaies complètes comme aux plaies incomplètes de l'intestin. Elle peut donc remplacer toutes les espèces d'invaginations.

La simplicité de cette suture et les résultats heureux qu'elle lui a toujours donnés, soit sur l'homme, soit dans ses expériences sur les animaux, ont inspiré à M. Reybard l'idée d'en multiplier les applications; il conseille, dans les cas d'étranglements internes, de faire la gastrotomie, non pour établir un anus artificiel, mais pour détruire la cause de l'étranglement, et, au besoin, pour retrancher une portion d'intestin dont on réunirait ensuite les bouts divisés. Pour les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, sans issue de l'intestin, il propose d'aller à la recherche des solutions de continuité de cet organe en attirant les intestins au dehors. Pour cela, il augmente l'étendue de la plaie abdominale si elle est insuffisante; il amène au dehors la première anse intestinale qui se présente, l'examine minutieusement, ainsi que la partie correspondante du mésentère, fait les sutures ou les ligatures nécessaires, et réduit cette première partie de l'intestin pendant qu'il en extrait une autre. L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur les précautions à prendre pour ces extractions et ces réductions successives, et sur les moyens de retirer les corps étrangers et les liquides contenus dans l'abdomen.

Il examine les indications particulières que présentent les

---

soin le plus scrupuleux à éviter l'humidité froide de l'air du soir, qu'ils fassent un emploi prudent de leur temps, et qu'ils choisissent avec intelligence l'emplacement de leur demeure.

Nous ne pourrions pas étendre davantage ces indications hygiéniques sans entrer dans le domaine du traitement marin, qui ne se distingue souvent de l'hygiène que par des caractères peu tranchés. Toutefois beaucoup d'états morbides qui ne sauraient être soumis à un véritable traitement peuvent bénéficier des ressources de l'hygiène marine, telles que nous venons de les exposer. C'est pourquoi nous avons cru utile de faire cette distinction, pensant qu'elle pourrait être pour les praticiens un motif de plus nombreuses indications pour le changement d'air au bord de la mer.

Dr DUTROULAU,

Inspecteur des bains de mer de Dieppe.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu jeudi dernier, 26 juin, à la Maison-École d'accouchement, rue de Port-Royal.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Zoe Largillière, élève à ses frais. Les élèves qui ont été le plus souvent nommées sont : mademoiselle Philomène-Marie Becquenot, élève aux frais du département de l'Allier; mademoiselle Émilie Prouveur, élève aux frais du département de la Seine; mademoiselle Élise-Mathilde Amélie Mallet, élève aux frais du département de la Seine.

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse a tenu le 15 juin sa séance annuelle. Parmi les récompenses accordées, nous avons remarqué : une médaille d'or de 120 francs à M. Giraud-Teulon, docteur médecin à Paris, auteur d'un travail *sur la vision binoculaire*; une médaille de vermeil à M. Mallon, docteur médecin à Revel (Haute-Garonne), pour un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur les ouvriers en cuivre.*

Digitized by Google

plaies abdominales, suivant qu'elles sont produites par des armes à feu ou qu'elles sont produites par des instruments piquants ou tranchants. Par les considérations auxquelles il se livre sur le mécanisme de ces diverses blessures, M. Reybard explique tout à la fois la multiplicité des lésions intestinales par armes à feu, et la difficulté relative avec laquelle les instruments tranchants blessent l'intestin. Dans quelques cas rares, où le nombre et la gravité des lésions de l'intestin dans un point limité ne permettraient pas d'appliquer une suture à chacune d'elles, M. Reybard croit qu'on pourrait retrancher une portion d'intestin, et réunir les deux bouts divisés comme après une section complète. Il a pu, sur des animaux, retrancher impunément plusieurs mètres d'intestin.

Dans les cas d'éventration, il peut se présenter pour la réduction des difficultés qu'on diminuera, selon M. Reybard, en réduisant par quelques points de suture l'étendue de la plaie si elle est trop grande. Il ne faudrait pas, cependant, s'exagérer les dangers des efforts de réduction et des manipulations exercés sur les intestins. L'auteur cite l'observation d'un homme atteint d'éventration, et chez lequel les intestins, blessés en deux endroits, n'ont pu être réduits que huit heures après l'accident, et avec des violences et des pressions prolongées. Néanmoins le malade a guéri. M. Reybard insiste ensuite sur les effets du contact de l'air sur le péritoine. Ce contact n'a pas, à son avis, les dangers qu'on lui attribue : les intestins exposés à l'air, quand ils ne sont pas étranglés, au lieu de s'enflammer et de se gangrener, comme on pourrait s'y attendre, se recouvrent d'une enveloppe cicatricielle qui les protége, et se continue avec la peau, avec laquelle elle offre à la longue quelques traits de ressemblance. Ce qui fait, selon M. Reybard, la gravité des péritonites traumatiques, ce n'est ni le contact de l'air, ni la blessure en elle-même, c'est l'épanchement des liquides stercoraux ou des gaz intestinaux dans le péritoine. Les péritonites par simple contact de l'air diffèrent totalement par la marche, les symptômes, les produits phlegmasiques, des péritonites plus intenses de causes internes ou par étranglement. Ces considérations, jointes à l'innocuité de la suture, justifient, selon l'auteur, le mode de traitement chirurgical qu'il propose pour des plaies dans lesquelles on se borne, en général, à un traitement médical, abandonnant ainsi le malade à des chances de mort infaillibles. Une des raisons, dit-il, qui devront encourager ma manière de faire, c'est que le plus souvent, soit sur les champs de bataille, soit à la suite de rixes ou de duels, c'est chez les hommes jeunes et vigoureux qu'on rencontre les plaies de l'abdomen. Presque toujours donc les opérés présenteront les conditions d'âge et de constitution les plus favorables au succès de toutes opérations chirurgicales. Comparant l'opération qu'il propose à l'ovariotomie, M. Reybard montre que, au lieu de faire, comme dans cette dernière, de nombreux traumatismes, on n'ajoute aucun traumatisme nouveau aux lésions auxquelles on veut remédier. On répare, dit-il, les désordres existants, mais on ne fait pas de lésions nouvelles ; on n'augmente pas les chances de mort, on n'apporte que des chances de salut.

MÉDECINE. — M. *Desportes* lit un rapport sur un travail relatif à l'angine de poitrine.

M. *Briquet* commence la lecture d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée pendant la campagne de Crimée.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 4 JUILLET 1862.

Rapport de M. *Worms*.

Communications diverses.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 4 ET 11 JUIN 1862.

PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

PIEDS BOTS CONGÉNITAUX. — RÉSECTION DU PREMIER MÉTATARSIEN. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE BLÉPHAROPLASTIE. — NÉCROSE INVAGINÉE DU TIBIA. — FRACTURES DU COL DE L'HUMÉRUS COMPLIQUÉES DE LUXATION. — RÉSECTION DU COUDE.

M. *Debout* a présenté à la Société des moules de plâtre représentant, avant et après le traitement, les pieds d'un malade atteint de deux pieds bots congénitaux. Ces moules, envoyés par M. le docteur Delore (de Lyon), attestent un succès d'autant plus remarquable qu'il a été obtenu sur un malade âgé de vingt-huit ans.

Le traitement ne dura pas moins d'une année et exigea huit opérations de ténotomie suivies de manœuvres violentes de redressement pendant une demi-heure : sept ou huit personnes épuisaient tour à tour leurs forces dans ces tentatives énergiques sans qu'aucun accident soit jamais survenu, puis, pour maintenir le redressement obtenu, on appliquait un bandage amidonné.

Aujourd'hui les pieds sont complétement redressés, l'atrophie des muscles de la jambe diminue, les mouvements sont possibles dans tous les sens, enfin le malade marche toute la journée et sans fatigue.

M. Debout a rapproché de ce fait une observation qui lui a été communiquée par M. F. Martin, et qui est relative à la guérison d'un pied bot équin varus congénital chez un homme de trente-trois ans. Ces deux faits ne suffisent pas, selon M. Bouvier, pour faire admettre aisément la curabilité des pieds bots *congénitaux* quand les malades ont atteint dix-huit ou vingt ans. Dans ces conditions, l'incurabilité est la règle. Les pieds bots *accidentels*, au contraire, peuvent être guéris à tout âge.

Il paraît probable que la difformité était congénitale chez le malade de M. Delore ; cependant l'état des muscles permet de conserver quelques doutes. Les orteils *seuls* exécutaient des mouvements avant l'opération ; il y avait donc de la paralysie ; mais la paralysie est rare dans les pieds bots congénitaux. Une condition bien connue d'incurabilité réside dans l'état des os ; or, chez le malade de M. Delore, l'état du squelette ne permettait pas de désespérer de la guérison.

Enfin M. *Bouvier* déclare qu'à son avis il est dangereux de faire exécuter des mouvements violents au pied immédiatement après la ténotomie. En faisant les manœuvres quatre ou cinq jours plus tard, quand les parties molles superficielles sont cicatrisées, on a encore le bénéfice de la ténotomie et on ne court aucun risque.

A l'appui de ce dernier précepte, M. Guersant a signalé deux faits de sa pratique dans lesquels il s'est développé au dos du pied un érysipèle qu'il attribue aux mouvements faits aussitôt après l'opération.

— Dans la séance suivante, M. *Delore* a communiqué de nouveaux renseignements tendant à prouver que les pieds bots qu'il a guéris étaient réellement congénitaux.

Le malade affirme très positivement qu'il est né avec un double pied bot ; il n'a pas de muscles paralysés, quoiqu'il en ait de très peu développés, les gastrocnémiens surtout.

— M. *Chassaignac* a montré un malade âgé de soixante-trois ans, auquel il a pratiqué la résection du premier métatarsien. L'opération a consisté à faire une incision courbe à la face interne du pied, puis, après avoir relevé le lambeau, à passer une scie à chaîne autour de l'os pour le sectionner, et à faire la désarticulation en dernier lieu. La plaie recouverte d'une cuirasse de sparadrap n'a été pansée que tous les huit jours, et la cicatrisation a été complète au bout de trois semaines. Comme les tendons ont été ménagés, le gros orteil a conservé beaucoup de force, il occupe sa position normale et jouit de mouvements étendus.

Digitized by Google

— Le procédé de blépharoplastie, imaginé par M. A. Guérin, appartient à la méthode dite *par glissement*. Voici en quoi il consiste : on fait deux incisions qui se réunissent en Λ (V renversé), la pointe du Λ arrivant un peu au-dessous du milieu du bord libre de la paupière inférieure. De l'extrémité de chaque branche du Λ on fait partir deux incisions, menées parallèlement au bord libre de la paupière, et d'une étendue variable suivant le degré de la difformité. Les deux lambeaux ainsi obtenus en dedans et en dehors du Λ sont remontés, jusqu'à ce que les deux branches du Λ fassent une plaie verticale qu'on réunit par la suture entortillée. Il reste alors au-dessous de chaque incision latérale, ou pour mieux dire au-dessous du bord inférieur de chaque lambeau qui d'oblique est devenu horizontal, il reste, disons-nous, un espace triangulaire où la peau manque. Cet espace est facilement comblé et est tantôt remplacé par une cicatrice linéaire, ainsi qu'on peut le voir sur le malade présenté par M. Guérin, seize jours après l'opération, qui, du reste, a parfaitement réussi.

— M. *Verneuil* a donné lecture d'un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Champenois, médecin-major de première classe.

La première est relative à un cas de nécrose du tibia, comprenant presque toute la longueur de l'os, et dans lequel l'extraction du séquestre a été notablement facilitée par sa segmentation. Bien que l'auteur ait présenté ce fait comme un exemple de régénération sous-périostée, il ne s'agit réellement que d'un cas de nécrose invaginée, en tout semblable, ainsi que l'a fait remarquer M. Verneuil, à ceux sur lesquels les chirurgiens qui florissaient il y a un siècle nous ont légué des connaissances très complètes. Les erreurs de titre pour des observations de ce genre sont, du reste, très communes depuis quelque temps.

M. Champenois a adressé aussi trois observations de fracture du col de l'humérus, une de fracture simple, deux de fracture compliquée de luxation. Dans la première, la guérison fut *obtenue en mettant* le bras dans une attitude moyenne, entre la flexion et l'abduction, en d'autres termes, dans la position où le bras sain est placé par la contraction des fibres antérieures du deltoïde.

Dans l'une des deux fractures compliquées de luxation, la lésion fut méconnue et surtout masquée par l'application d'un bandage amidonné placé le jour même de l'accident et laissé jusqu'au cinquantième jour. M. Champenois vit pour la première fois le malade à cette époque et put constater tous les signes de la luxation et de la fracture, que le bandage n'avait fait que rendre plus marqués et plus fixes. Le malade n'a pu exécuter à la longue que des mouvements très incomplets et très limités.

La troisième observation est la critique la meilleure de la précédente : bien qu'il s'agisse aussi, dans ce cas, d'une luxation sous-coracoïdienne de la tête de l'humérus, compliquée de fracture du col, des manœuvres de réduction ont été faites immédiatement après l'accident et répétées quelques jours après pendant le sommeil anesthésique, et, grâce à ces tentatives faites avec douceur et patience, M. Champenois a obtenu la réduction de la luxation, la consolidation de la fracture et la conservation de tous les mouvements.

— M. *Bauchet* a montré à la Société une malade chez laquelle il a pratiqué en 1858, à l'hôpital Saint-Louis, la résection du coude. Le résultat est aussi satisfaisant que possible. La malade jouit d'une santé excellente et se sert de son avant-bras et de sa main comme si le coude n'avait pas été enlevé. Tous les mouvements sont facilement exécutés ; la sensibilité est intacte partout. La flexion est très complète. L'extension n'est nullement un effet en quelque sorte mécanique du poids de l'avant-bras ; elle se fait, au contraire, volontairement et avec une force dont on peut juger si, avec la main appliquée sur l'avant-bras, on essaye de résister à ce mouvement.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par Gustave Bernutz, médecin de la Pitié, et Ernest Goupil, médecin de l'hôpital de Lourcine ; t. II, 1 vol. gr. in-8. Paris, 1862, F. Chamerot, éditeur.

(Premier article.)

Ce nouveau volume renferme deux mémoires : dans le premier, M. Bernutz a exposé l'histoire clinique et dogmatique de la *pelvi-péritonite* ; dans le second, M. Goupil a consigné les résultats de ses recherches sur les *déviations utérines*.

Depuis 1857, époque à laquelle elles ont été émises pour la première fois, les idées de M. Bernutz sur la pelvi-péritonite ont acquis une notoriété universelle, elles se sont imposées avec cette puissance qui est le critérium infaillible de la vérité. Je n'entrerai donc point ici dans les détails minutieux d'un débat que cette nouvelle monographie me paraît clore définitivement, et je me bornerai à rappeler en quelques mots les preuves de divers ordres qui justifient la substitution de la *péritonite* péri-utérine à l'hypothétique *phlegmon* péri-utérin.

Pour constituer un phlegmon péri-utérin, il faut avant tout un tissu cellulaire péri-utérin ; c'est là une vérité tellement banale qu'il est presque ridicule de la formuler, mais comme les partisans quand même du phlegmon paraissent l'oublier, M. Bernutz s'est attaché tout d'abord à montrer l'impossibilité anatomique d'une telle lésion : « La plus simple dissection, dit-il, montre que le tissu cellulaire conjonctif sous-jacent au péritoine, est si peu abondant, si dense, si serré sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, à quelques lignes au-dessus de l'union du col et du corps de cet organe, qu'on ne peut, pour ainsi dire, séparer la séreuse du tissu utérin, et qu'il est par conséquent impossible de donner ce siége à des tumeurs qui, en quelques heures, dans les observations de M. Nonat, acquièrent le volume d'un œuf de poule. Il ne reste plus dès lors pour tout siége possible aux anté et rétro-phlegmons si volumineux, décrits par M. Nonat, que la mince bandelette celluleuse, de 2 millimètres d'épaisseur au plus, de 2 ou 3 centimètres de hauteur au maximum, qui existe à l'union du corps et du col de l'utérus... Passons à l'examen du siége que peuvent avoir les latéro-phlegmons... Une dissection attentive montre que le tissu conjonctif sous-jacent au péritoine, qui est presque nul, comme nous l'avons dit, sur toute la partie médiane des faces antérieure et postérieure de la matrice, ne commence à devenir isolable du muscle utérin et du péritoine qu'à 1 centimètre à peu près des bords latéraux, mais qu'il ne présente une certaine épaisseur que sur le bord même de l'utérus, au moment où les deux lames celluleuses, l'une antérieure, l'autre postérieure, se réunissent pour se continuer sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire des ligaments larges. Il n'y a par conséquent d'autre tissu cellulaire latéral à l'utérus que celui qui forme le canevas des ligaments larges, et qui est circonscrit inférieurement par les deux feuillets de l'aponévrose décrite par M. Jarjavay, supérieurement par une mince lamelle aponévrotique décrite par M. Goupil, et disposée de telle sorte, que, unie au feuillet aponévrotique postérieur, cette mince lamelle se porte en avant, au-dessous des ailerons du ligament large qu'elle tend pour ainsi dire, et vient s'unir ensuite au feuillet aponévrotique antérieur. Il résulte de cette disposition que les progrès de l'inflammation du tissu cellulaire tendent presque nécessairement à se produire vers les parois abdominales ou vers la fosse iliaque profonde, et que les phlegmons des ligaments larges ont été, à juste titre, et doivent être étudiés avec les phlegmons de la fosse iliaque, dont ils sont la variété la plus intéressante. »

Cet argument tiré de l'anatomie normale est sans réplique ; je n'ajouterai qu'un mot : les résultats des dissections de M. Bernutz sont en parfait accord avec ceux qu'ont obtenus

Digitized by Google

les anatomistes. Déjà, en 1860 (*Gaz. hebd.*, n° 4), je signalais cette conformité remarquable : « Ce qui n'est pas démontré, disais-je alors, ce qui ne saurait l'être, selon nous, c'est la présence d'une couche de tissu cellulaire entre le péritoine et le tissu propre de l'utérus, en avant, en arrière et en haut. Cependant, pour M. Nonat, ce tissu existe, un peu plus dense il est vrai ; et bien plus, l'auteur ajoute que c'est un fait admis aujourd'hui par tous les anatomistes. S'il en était ainsi, nous n'aurions qu'à nous incliner et à penser que nous avons mal vu, quoique nous ayons examiné sous ce rapport un grand nombre d'utérus, principalement chez des femmes mortes en couches, parce que tous les éléments histologiques sont alors plus développés; mais nous ne voyons pas un accord si unanime des anatomistes sur ce point. Loin de là, nous les voyons s'entendre assez bien sur l'opinion inverse. En veut-on la preuve? Hyrtl (de Vienne) ne mentionne pas ce tissu cellulaire ; Huschke ne signale aucune couche interposée entre la séreuse et la musculeuse ; même silence chez Kölliker, qui, pourtant, n'est pas avare de tissu conjonctif; MM. Malgaigne, Jarjavay et Richet, qui consacrent tous les trois un article très étendu à l'anatomie de l'utérus, qui s'appliquent à faire ressortir toutes les déductions pathologiques que l'on peut tirer de connaissances anatomiques exactes, ne parlent pas davantage de ce tissu conjonctif. » Quant au singulier raisonnement qui consiste à dire : le tissu cellulaire péri-utérin peut s'enflammer, donc il existe, je ne le signale que pour mémoire, je craindrais en vérité d'insister ; une telle proposition est un type de pétition de principe, mais elle n'est assurément point un modèle de logique. En fait, il ne saurait venir à l'esprit de personne de soutenir la réalité d'une disposition pathologique qui est en contradiction formelle avec l'anatomie normale ; aussi cet argument, fût-il le seul à invoquer contre les phlegmons péri-utérins, suffirait déjà pour trancher la question : mais les autres objections présentées par M. Bernutz ne sont ni moins graves, ni moins péremptoires.

La théorie du phlegmon péri-utérin est le fruit de l'induction, et non pas le résultat de l'observation directe ; à l'époque où MM. Bernutz et Goupil publièrent leur premier travail, aucune autopsie n'avait encore permis d'étudier *de visu* la composition de la tumeur constatée pendant la vie. Depuis lors, deux observations seulement ont pu être invoquées en faveur du phlegmon ; mais comme le fait remarquer avec juste raison M. Bernutz, l'un de ces faits manque de détails suffisants, l'autre n'a rien à voir dans la discussion, car c'est un exemple d'abcès critique survenu dans le cours d'une variole. Quant aux autopsies rapportées par M. West, elles sont sans valeur ici, car l'auteur anglais confond dans une même description les phlegmons péri-utérins et les phlegmons de la fosse iliaque ; or ceux-ci, comme on a pu le voir dans une citation précédente, ne sont point en cause, et ils doivent être soigneusement distingués des tumeurs dites phlegmons péri-utérins. Il est donc permis de reproduire aujourd'hui l'assertion que l'on pouvait soutenir en toute vérité il y a trois ans : il n'existe pas d'autopsie qui démontre la réalité de la tumeur phlegmoneuse péri-utérine. En revanche, les descriptions anatomiques de M. Bernutz sont de nature à satisfaire les plus exigeants ; qu'on prenne la peine de les lire avec l'attention qu'elles méritent, et il ne restera, j'en suis convaincu, aucun doute dans l'esprit ; non-seulement ces observations démontrent l'existence de la pelvi-péritonite, mais la comparaison des symptômes observés pendant la vie et des lésions trouvées après la mort permet d'affirmer que ces péritonites peuvent fournir au toucher une sensation analogue à celle que donne un phlegmon, alors même que le tissu cellulaire péri-utérin ne participe point au travail inflammatoire des parties voisines.

Ce n'est pas tout encore : les deux premières autopsies de M. Bernutz avaient été faites assez longtemps après le début des accidents, et pour atténuer les conséquences irréfutables de ces observations anatomiques, pour sauvegarder un peu plus longtemps l'existence chancelante du phlegmon, on avait objecté que si le tissu péri-utérin avait été trouvé sain, c'est que toute trace d'inflammation avait disparu, par suite d'une résolution complète, tandis que les adhérences de la séreuse pelvienne persistaient, témoignages indélébiles du travail morbide propagé au péritoine. Tout subtil qu'il fût, cet argument ne pouvait être annihilé que par une autopsie pratiquée dans la première période de l'inflammation. L'occasion de vérifier la valeur de l'objection ne s'est point fait attendre, et bientôt un fait nouveau (3ᵉ obs.) a permis à M. Bernutz d'étudier l'état du tissu péri-utérin *au douzième jour* : cette fois encore ce tissu était parfaitement sain, non-seulement dans les ligaments larges, mais aussi dans le cul-de-sac rétro-utérin. Or, dans ce cas, la courte durée de la maladie ne permet pas d'admettre que le tissu cellulaire a été le siége d'une inflammation, parvenue à résolution complète au moment de l'autopsie. Ainsi fut victorieusement réfutée l'objection précédente, ainsi fut complétée la démonstration mathématique de la pelvi-péritonite. J'ai dû me borner à donner ici le résumé de cette argumentation ; peut-être y perdra-t-elle en force, mais je le répète, que celui qui aurait encore quelque hésitation, veuille bien entrer dans le détail des faits, qu'il médite les observations, et bientôt le doute fera place chez lui à la conviction la plus absolue.

Avant de commencer l'étude descriptive de la pelvi-péritonite, M. Bernutz, abordant résolûment la plus grande difficulté de la question, a cherché à établir la valeur nosologique de cet état morbide, et il est arrivé à cette conclusion fort intéressante que l'inflammation de la séreuse pelvienne *est toujours symptomatique, et plus particulièrement symptomatique de l'inflammation des ovaires et surtout des trompes*. Il est vrai, et l'auteur le déclare lui-même, que souvent les signes prédominants incombent à la péritonite, tandis que l'affection utérine ou tubo-ovarienne n'est indiquée que par des symptômes obscurs, pour ne pas dire nuls; mais cette lacune de l'observation tient simplement à ce que, aujourd'hui encore, *la symptomatologie* de l'ovarite et des lésions des trompes est tout entière à faire. Il résulte de là que le plus souvent c'est l'autopsie seule qui permet de déterminer avec précision le point de départ de l'inflammation de la séreuse; mais ces difficultés n'enlèvent rien de sa valeur à la loi formulée et démontrée par M. Bernutz : la pelvi-péritonite n'est point une maladie, c'est toujours une détermination locale secondaire.

D'un autre côté, M. Bernutz, assimilant le péritoine pelvi-utérin à la tunique vaginale de l'homme, a montré que les lésions de cette séreuse chez la femme répondent exactement aux diverses variétés de l'orchite chez l'homme ; de là les noms d'orchite, de vaginalité féminine qu'il emploie souvent comme synonymes de pelvi-péritonite. Ce rapprochement, qui étonne au premier abord, devient incontestable lorsqu'on suit l'auteur dans l'étude des formes de la pelvi-péritonite. Non content, en effet, d'avoir démontré l'existence d'un état morbide dont la véritable signification était inconnue avant lui, le médecin de la Pitié ne s'est pas borné à en présenter une description générale, il s'est efforcé d'en donner dès maintenant une histoire complète, et dans ce but il a dû en indiquer, en catégoriser les diverses formes. Or, lorsqu'il s'agit d'une affection symptomatique ou secondaire, les formes ne peuvent être établies que d'après les conditions étiologiques; telle est en effet la base de la classification proposée par M. Bernutz : il reconnaît des pelvi-péritonites puerpérales, blennorrhagiques, menstruelles, traumatiques. Je me hâte d'ajouter que cette classification n'est point une vue de l'esprit, elle est la conséquence légitime du dépouillement et de la comparaison des faits; ainsi, sur 99 observations recueillies tant à l'hôpital de Lourcine qu'à la Pitié, il y avait 43 pelvi-péritonites puerpérales; 28 étaient blennorrhagiques, 20 menstruelles, 8 avaient succédé à une action traumatique plus ou moins intense.

Quelque satisfaisant que soit en apparence ce tableau, ce serait une erreur de croire qu'il embrasse la totalité des cas, et l'auteur

Digitized by Google

lui-même n'a pu rester fidèle à cette classification : en dehors des quatre formes indiquées ci-dessus, il décrit en effet, autant du moins que le lui permet le petit nombre des faits observés, des pelvi-péritonites tuberculeuses et des pelvi-péritonites cancéreuses (symptomatiques de tubercules ou de cancer des organes génitaux) ; d'un autre côté, l'inflammation de la séreuse péri-utérine ne reconnait pas toujours pour cause un travail morbide localisé dans l'appareil génital ; on la voit apparaître, avec une signification pathologique variable, dans le cours ou au déclin d'un certain nombre de maladies aiguës et chroniques ; de sorte qu'étant admis et démontré le caractère toujours symptomatique de la pelvi-péritonite, il me semblerait préférable de prendre pour point de départ d'une classification complète, cette division constamment vraie : pelvi-péritonite symptomatique d'une maladie aiguë, pelvi-péritonite symptomatique d'une maladie chronique. Les subdivisions se présentent d'elles-mêmes.

Du reste, je comprends à merveille pourquoi M. Bernutz n'a pas eu recours à cette classification, à laquelle il a songé, j'en suis certain ; il s'est fait une loi de n'émettre aucune assertion qui ne soit fondée sur l'observation directe, et c'est probablement le défaut de matériaux qui l'a seul empêché d'adopter une division qui était à la fois plus médicale et plus vraie. C'est sans doute le même motif, je dirais volontiers le même scrupule, qui explique l'omission d'une des formes les plus importantes de la pelvi-péritonite, je veux parler de celle qui est symptomatique du catarrhe utérin. Je sais toutes les difficultés de ce sujet, je sais que la question est entièrement neuve, je sais que l'histoire du catarrhe utérin n'est pas faite encore ; mais c'est précisément pour cela que j'espérais trouver les éléments d'une solution dans l'œuvre du médecin qui a élucidé en quelques années les points les plus obscurs de la gynécologie. Au surplus, cette omission n'est peut-être qu'un retard volontaire, et lorsque, dans un autre volume, M. Bernutz étudiera le catarrhe utérin, je ne doute pas qu'il ne complète, à ce point de vue, l'histoire de la pelvi-péritonite.

J'ai signalé plus haut une pelvi-péritonite symptomatique de tubercules des organes génitaux ; il ne sera pas hors de propos d'insister quelque peu sur ce point, car c'est là une des parties les plus originales, les plus intéressantes de l'ouvrage. Je ne puis mieux faire que de citer textuellement : « Quels que soient le siége des tubercules (*dans les organes génitaux*) et leur généralisation, cette altération de nutrition reste, actuellement du moins, ignorée pendant la vie lorsqu'elle ne suscite pas une pelvi-péritonite qui vienne révéler l'existence du travail morbide dont les organes génitaux sont le siége. Ce sont les signes de l'inflammation de la séreuse pelvienne, et en particulier la douleur à laquelle elle donne lieu, qui appellent l'attention sur l'affection des organes génitaux, génératrice de la pelvi-péritonite, et forcent, pour arriver à en déterminer la nature, à étudier les circonstances pathologiques dans lesquelles elle s'est développée ou qui lui succèdent... La tuberculisation des organes génitaux comprend deux ordres de faits tout à fait distincts, qui sont même si différents que, pendant la vie, ils ne semblent pas appartenir à la même affection. Dans les uns, le développement des tubercules dans les organes génitaux est une manifestation tardive de la diathèse générale, qui depuis longtemps a déterminé des altérations pulmonaires considérables et a suscité tous les phénomènes de la consomption ; c'est, pour ainsi dire, une altération de nutrition ultime, dont les symptômes passent le plus souvent inaperçus au milieu du trouble de toutes les fonctions, et qui n'est reconnue qu'à l'autopsie. Dans les autres, au contraire, les tubercules génitaux sont une manifestation précoce de la maladie générale ; ils se développent en même temps que ceux qui se produisent dans les poumons, ou ils les précèdent, et même parfois alors parcourent leur évolution fatale, sans que les organes thoraciques contiennent un seul tubercule. Il résulte de là que les faits de cette espèce, c'est-à-dire ceux dans lesquels la tuberculisation des organes génitaux est primitive par rapport à celle des autres organes, pourraient recevoir légitimement le nom de phthisie génitale. » Les faits de ce dernier groupe sont de beaucoup les plus intéressants, car il importe, dans les cas de ce genre, de déterminer de bonne heure la nature de la pelvi-péritonite, afin de ne pas précipiter, par une médication trop active, la marche des accidents généraux. Or, « sous le rapport de leur début, les orchites féminines tuberculeuses se partagent en deux variétés : dans l'une, le développement des tubercules dans les organes génitaux a lieu sans cause déterminante, tandis que dans l'autre il se produit dans le cours, quelquefois même à une période tardive d'une pelvi-péritonite, soit puerpérale, soit blennorrhagique, qui paraît avoir appelé vers les organes génitaux la détermination tuberculeuse ». Ces diverses propositions, ai-je besoin de le répéter, sont la déduction légitime des observations rapportées par M. Bernutz ; il n'y a là ni induction ni hypothèse ; c'est grâce à cette méthode analytique rigoureuse que l'auteur a pu constituer pour la première fois l'histoire clinique de la tuberculisation des organes génitaux. Il a cherché également à déterminer quel est le siége le plus fréquent des tubercules dans l'appareil utérin, et il est arrivé sous ce rapport à des conclusions qui méritent d'être signalées : contrairement aux idées généralement admises en France, il a trouvé les tubercules des trompes plus fréquents que ceux des ovaires ; de plus, lorsque la matrice est le siége d'une infiltration tuberculeuse, non-seulement les trompes offrent une altération semblable, mais elle est plus marquée que dans l'utérus lui-même. « Il semble résulter de cette prédominance des tubercules dans les trompes et de la possibilité de trouver assez souvent ces organes affectés seuls, ou affectés en même temps que les ovaires sans que la matrice le soit, que l'infiltration tuberculeuse de l'utérus ne survient que consécutivement à celle des oviductes. » Telles sont aussi, je suis heureux de le rappeler ici, les conclusions formulées par Rokitansky ; il serait impossible de trouver une conformité plus parfaite dans les résultats de l'observation. Qu'on en juge : « La tuberculisation des trompes, dit le professeur de Vienne, est très souvent liée à celle de l'utérus ; mais la prédominance qu'offrent alors les lésions de la trompe, les faits nombreux dans lesquels l'altération est bornée à l'oviducte nous enseignent que, dans la tuberculisation tubo-utérine, c'est le plus souvent la muqueuse de la trompe qui est primitivement affectée. » (*Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, t. III, p. 444, Wien, 1861.) — C'est encore au même résultat que sont arrivés deux médecins italiens, dont le travail date de 1858. Après des recherches nombreuses, Namias déclare qu'il ne lui a pas été donné de constater un seul exemple de tuberculisation primitive de l'utérus. (Giacinto Namias, *Sulla tuberculosi dell' utero e degli organi ad esso attinenti*, ANNAL. UNIV. DI MEDIC., Milano, 1858 ; De Christoforis, *Replica ed osservazioni alla lettera antecedente*, eodem loco.) — La question est donc jugée ; mais j'avais à cœur de signaler ces détails, parce qu'un accord aussi rare entre des observateurs qui ne connaissaient pas leurs travaux réciproques, est bien propre à démontrer avec quel soin, avec quelle précision M. Bernutz procède à l'étude des faits.

Bien que cette analyse dépasse déjà les limites d'un simple compte rendu, je ne veux pas la terminer sans faire connaître rapidement l'interprétation nosologique nouvelle que l'auteur assigne aux accidents puerpéraux. C'est à propos de la pelvi-péritonite des femmes en couches qu'il a été conduit à se prononcer sur cette question ; il repousse la disgrégation des affections puerpérales (péritonites, lymphangites, phlébites), et regarde ces manifestations si variées comme les diverses formes d'une seule et même maladie, la fièvre puerpérale, ou plutôt la puerpéralité. Pour M. Bernutz en effet, l'état puerpéral, quelle que soit d'ailleurs la bénignité des accidents qui l'accompagnent, est une maladie à laquelle il donne le nom de *puerpéralité* ; celle-ci présente des formes assez nombreuses, qui peuvent toutes cependant être ramenées à deux principales, la *forme bénigne* et la *forme maligne*. On conçoit aisément com-

ment se répartissent entre ces deux formes les accidents multiples de l'état puerpéral, et cette conception doctrinale qui oppose, tout en les groupant sous le même chef, les deux modalités extrêmes de la fonction, a quelque chose de séduisant à quoi l'on se laisserait volontiers entraîner. Mais j'avoue que je ne puis suivre M. Bernutz sur ce terrain, deux motifs puissants me retiennent : j'étudie l'état puerpéral, alors que les phénomènes, dans toute leur simplicité, me présentent le tableau parfait de la puerpéralité physiologique ; j'observe ensuite l'épouvantable maladie que nous connaissons tous, il m'est impossible alors de saisir la moindre analogie entre deux états si différents : en vain m'opposerait-on la variole bénigne et la variole maligne, les faits ne sont point comparables : dans la variole bénigne, si bénigne soit-elle, je retrouve une maladie, je constate entre les deux formes, malgré la distance qui les sépare, des phénomènes identiques qui en révèlent l'affinité. Il n'en est point ainsi dans l'état puerpéral physiologique comparé à la *fièvre puerpérale*. D'un autre côté, je ne puis me résoudre à qualifier de *maladie* une *fonction naturelle ;* je recule devant les résultats qu'entraînerait une telle dénomination en pathologie générale, car je vois arriver immédiatement à la suite la *maladie-fonction*, avec toutes ses conséquences. Que la maladie soit une modalité de la vie, je l'accepte de grand cœur, mais n'oublions point que c'est une modalité anormale, ou, pour employer l'expression traditionnelle, une modalité contre nature (*præter naturam*), notion qui est absolument incompatible avec celle de fonction naturelle (1). Or la fonction puerpérale est bien assurément une fonction naturelle, et je ne puis concéder qu'elle doive porter le nom de maladie, alors même qu'on ajoute à ce nom l'épithète de bénigne. M. Bernutz, je dois le dire, a prévu cette objection ; mais l'argumentation qu'il lui oppose ne me semble pas atteindre le but, précisément parce qu'il assimile la fonction puerpérale, fonction naturelle, je le répète, aux fonctions accidentelles qu'accomplit l'organisme, lorsqu'il élimine le virus de la variole ou d'autres maladies semblables. Mais c'est assez sur une question théorique, que je n'aurais même point abordée si je ne savais combien, en médecine générale, la terminologie influe sur le fond même des choses.

Heureusement cette influence fâcheuse n'est point à craindre avec un observateur tel que M. Bernutz, et je dois signaler ici les résultats que lui ont donnés les autopsies des femmes mortes en couches dans son service ; ils sont, comme on le verra, en concordance parfaite avec ceux qu'a fait connaître, il y a quelque temps déjà, mon savant et honoré maître M. Béhier. Du 1er janvier au 1er juillet 1858, M. Bernutz a perdu 34 accouchées : sur les 34, 33 avaient du pus dans un point quelconque du système veineux génital ; 1 n'en a pas offert. On a trouvé, à l'autopsie, une péritonite généralisée franchement purulente. On se rappelle, sans doute, que M. Béhier, sur plus de deux mille autopsies, a trouvé constamment du pus dans le système veineux des organes génitaux ; une fois seulement cette altération a fait défaut, et chez cette femme il y avait, comme chez la malade de M. Bernutz, une péritonite purulente généralisée. En présence de chiffres aussi significatifs doivent disparaître, ce me semble, toutes les discussions nominales, toutes les subtilités théoriques.

J'arrive à la fin de ce travail, et je m'aperçois, non sans regret, que j'ai pu à peine indiquer quelques-unes des questions qui y sont traitées. J'espère cependant en avoir dit assez pour inspirer à chacun le désir de méditer un livre qui marquera certainement une époque nouvelle dans la gynécologie. Inspiré par un esprit vraiment philosophique, empreint d'une doctrine médicale qui tend fort heureusement à se généraliser de jour en jour, l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil a une bien autre portée que celle qu'on serait tenté de lui attribuer tout d'abord : avec une nouvelle doctrine, il apporte une nouvelle méthode d'étude pour les maladies des femmes ; et déjà, en la jugeant par l'œuvre accomplie, on peut prévoir tout ce que cette méthode promet pour l'avenir ; elle ne tend à rien moins qu'à restituer à la science médicale et à la pratique usuelle une classe de maladies qui en avait été distraite sous le vain prétexte d'une *spécialité nécessaire*. Or, c'est là qu'est l'erreur : comprise et étudiée à un point de vue vraiment médical, la gynécologie n'a rien de plus spécial que la pyrétologie, par exemple ; l'une et l'autre doivent appartenir à la généralité des médecins, et non point à un groupe *privilégié* d'hommes spéciaux, car l'une et l'autre obéissent aux mêmes principes de pathologie générale, l'une et l'autre sont éclairées par les mêmes doctrines. Analysons pour l'étude, soit ; mais le malade est un et il y aurait péril à l'oublier : *Concursus unus, consensus unus, conspiratio una*.

Dans un prochain article, je m'occuperai du mémoire de M. Goupil sur les déviations utérines.

JACCOUD.

(1) C'est l'omission de l'idée *contre nature* qui a ruiné, dès le moment de son apparition, la doctrine de Cayol ; il avait pris, en effet, pour principe fondamental cette définition : La maladie est une fonction.

V

VARIÉTÉS.

Nous lisons dans la GAZETTE DE COLOGNE du 30 juin, immédiatement après une critique acerbe d'un opuscule homœopathique publié par un pasteur, que la reine de Hanovre, avec ses filles, se trouve à Goslar, où elle s'est soumise au *traitement d'un ancien cordonnier nommé Lampe, promu depuis peu au poste de directeur médical* (Heildirector). Le roi, arrivé depuis quelques jours, fut acclamé sur un signe de M. Lampe par un « vivat, » et répondit, selon la feuille hebdomadaire de Goslar : *Qu'il avait cru de son devoir, comme homme et chrétien, ainsi que comme père de la patrie, d'attacher à ses États ce médecin si richement doué par Dieu.* Sa Majesté n'est pas de l'avis d'Horace : *Ne sutor ultra crepidam.*

— Par décret du 22 juin, ont été nommés dans la *Légion d'honneur :* au grade d'officier, M. Gauthelme, chirurgien principal de la marine ; au grade de chevalier, MM. les chirurgiens de 3e classe Thomas et Latière.

— Par décision en date du 16 juin 1862, S. Exc. le ministre de la guerre a approuvé une nouvelle instruction et de nouveaux modèles pour l'établissement de la *statistique médicale* de l'armée, dont la production est prévue par l'article 3 de la loi du 22 janvier 1851.

— M. Labé, l'ancien et honorable libraire de la Faculté de médecine, qui a tenu pendant si longtemps et avec tant de probité l'une des premières librairies médicales de Paris, vient de mourir à l'âge de soixante-six ans.

— M. Hipp. Blot, professeur agrégé, chargé du service de la clinique d'accouchements à l'hôpital des Cliniques, commencera le samedi 5 juillet, à neuf heures du matin, des leçons de clinique obstétricale, et les continuera à la même heure tous les mardis et samedis. Le jeudi, conférences et interrogations au lit des femmes enceintes et en couches. Tous les jours, visite à huit heures du matin.

ÉTUDE DES EAUX POTABLES AU POINT DE VUE CHIMIQUE, HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, SUIVIE D'UNE APPLICATION PARTICULIÈRE AUX EAUX DE SOURCE DE LA VILLE DE NARBONNE, par le docteur *Armand Gautier*. In-8 de 245 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

MM. les docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE a expiré le 30 juin, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1862.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 11 JUILLET 1862. — N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie non officielle. Décret impérial. — **Partie officielle.** I. **Paris** — II. **Travaux originaux.** Hygiène publique : Dangers des mariages consanguins et nécessité des croisements. — Pathologie chirurgicale : Ovariotomie. — Médecine pratique : De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Diabète sucré guéri par l'usage du sucre à haute dose. — V. **Bibliographie.** Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions applicable à la pratique des arts plastiques. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** De l'hygiène au bord de la mer.

PARTIE OFFICIELLE.

Décret qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au grade d'officier de santé.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut.
Vu le règlement du 14 messidor an IV ;
Vu la loi du 19 ventôse an XI ;
Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 ;
Vu les ordonnances du 3 octobre 1841 et du 10 avril 1842 ;
Vu l'avis du Conseil impérial de l'instruction publique,
Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. — A partir du 1er novembre 1862, nul ne pourra obtenir le grade de docteur en médecine ou le titre d'officier de santé s'il n'a suivi pendant le temps ci-après fixé, comme élève stagiaire, en se conformant aux dispositions d'ordre intérieur déterminées par les administrations des hospices, le service d'un des hôpitaux placé près la Faculté ou l'École préparatoire où il prend ses inscriptions.

Art. 2. — Dans les Facultés de médecine, le stage prescrit par l'article précédent commencera, pour les aspirants au doctorat, après la huitième inscription validée, et se continuera jusqu'à la seizième inclusivement ; pour les aspirants au titre d'officier de santé, il commencera après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la douzième inclusivement.

Dans les Écoles préparatoires, le stage commencera, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la quatorzième inclusivement.

Art. 3. — Les élèves en médecine des Écoles préparatoires qui passeront dans une Faculté seront soumis, pendant le temps où ils achèveront leurs études, aux conditions de stage imposées pour la même période aux élèves des Facultés, quel que soit d'ailleurs le temps de stage qu'ils aient déjà accompli près l'école d'où ils sortent.

Art. 4. — Les inscriptions prises pendant l'accomplissement du stage ne seront délivrées, soit dans les Facultés, soit dans les Écoles préparatoires, que sur l'attestation du chef de service et du directeur de l'hospice, constatant que l'élève a rempli avec assiduité, pendant le trimestre expiré, les fonctions auxquelles il aura été appelé pour le service des malades.

Art. 5. — Les élèves des Facultés qui auront obtenu au concours le titre d'externe ou d'interne dans un hôpital seront toujours admis à faire compter la durée de leurs services en cette qualité pour un temps équivalent de stage.

Il en sera de même pour les élèves des Écoles préparatoires en ce qui

FEUILLETON.

De l'hygiène au bord de la mer.

(Cinquième et dernier article.)

TRAITEMENT MARIN.

L'hygiène marine portée à sa plus haute puissance devient un véritable traitement curatif. Celui-ci a, d'ailleurs, des formules plus variées et plus précises, et ses applications sont restreintes à des maladies mieux déterminées, mais toujours de même nature. C'est tantôt, et par-dessus tout, un traitement hydrothérapique et de caractère dynamique, tantôt et moins souvent un traitement plus particulièrement minéral, et le plus ordinairement c'est un traitement participant de ces deux modes à la fois. Le bain à la lame, court et suivi de réaction énergique, aidé ou non de la douche, est l'élément principal du premier mode ; le bain prolongé, pris dans un climat favorable, et les diverses pratiques balnéaires à l'eau de mer chaude, au sable et à la vase, caractérisent le second ; l'eau en boisson et en application topique est surtout ce qui les rapproche l'un de l'autre. Le genre de maladie, l'âge, les susceptibilités individuelles, sont l'objet de modifications assez nombreuses dans les pratiques du traitement marin ; il est soumis pourtant à quelques règles générales qu'il faut connaître et qui concernent les questions à résoudre avant la cure, les précautions qui doivent l'accompagner et la conduite qui doit la suivre.

Le choix du climat et de la localité doit d'abord fixer l'attention. Les indications les plus générales qui s'y rapportent sont les suivantes : le traitement hydrothérapique a plus de puissance sur les côtes du nord, le traitement minéral plus d'efficacité sur les plages du sud ; les malades très affaiblis et préférant un air vif doivent rechercher les premières, ceux qui sont plus sensibles au froid ou plus irritables se dirigeront vers les secondes ; par rapport à la maladie, les climats vifs

concerne exclusivement le stage qu'ils doivent accomplir près ces écoles. Les élèves externes ou internes seront tenus, comme les élèves stagiaires, de justifier de leur assiduité dans les hôpitaux par des certificats trimestriels délivrés en la forme indiquée en l'article 4.

Art. 6. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent, à moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, subir consécutivement les cinq examens de fin d'études et la thèse devant la Faculté où ils ont pris leurs deux dernières inscriptions, et près laquelle, par conséquent, ils auront terminé leur stage.

Art. 7. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes déterminera ultérieurement les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du présent décret.

Art. 8. — Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Fontainebleau, le 18 juin 1862.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur,

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 10 juillet 1862.

Le décret qu'on vient de lire, quoique daté du 18 juin 1862, n'est pas en réalité un acte récent, et qui se relie directement aux changements nouvellement introduits à la Faculté de médecine de Paris. La question qu'il a pour but de régler, celle du stage dans les hôpitaux, a été débattue et vidée au conseil impérial de l'instruction publique dans la session de juin 1861. Il a même été rédigé, à cette époque, un projet de décret qui ne diffère presqu'en rien du décret actuel; et la *Circulaire* par laquelle M. le ministre notifie ce dernier à MM. les recteurs, n'est que la reproduction à peu près textuelle de la *Note* soumise l'an passé au conseil impérial. Nous croyons savoir que le projet n'avait été tenu en suspens jusqu'ici que par certaines difficultés de détail survenues du côté de l'administration de l'assistance publique.

L'obligation du stage dans les hôpitaux, pour les élèves des Facultés comme pour ceux des Écoles préparatoires, avait été imposée déjà par les ordonnances du 3 octobre 1841 et du 10 avril 1842. Mais, d'une part, elle ne portait que sur les aspirants au doctorat et non sur les aspirants au titre d'officier de santé; d'autre part, elle était limitée à une seule année, qui était la troisième pour les Facultés, la deuxième pour les Écoles préparatoires; et ces deux stages des Facultés et des Écoles n'étaient pas cumulés, c'est-à-dire qu'un élève qui avait accompli son stage dans sa deuxième année d'étude à Reims ou à Lille, n'était pas tenu, s'il venait à Paris, d'y faire le stage de la troisième année.

On vient de voir que, dorénavant, dans les Facultés, les aspirants au titre d'officier de santé, aussi bien que les aspirants au doctorat, seront astreints à un stage de deux années qui courra, pour les premiers, depuis l'origine de la cinquième inscription jusqu'à la fin de la douzième, et, pour les seconds, depuis la neuvième inscription jusqu'à la fin de la seizième. Dans les Écoles préparatoires, le stage commencera, pour les deux ordres d'élèves, depuis la quatrième inscription validée jusqu'à la quatorzième inclusivement. De plus, aux termes de l'article 3, les élèves en médecine des Écoles préparatoires, passant dans une Faculté, y seront soumis « aux conditions de stage imposées pour la même période aux élèves des Facultés, *quel que soit d'ailleurs le temps de stage qu'ils aient déjà accompli près l'école d'où ils sortent.* »

La circulaire aux recteurs fait remarquer avec raison que de l'application du nouveau décret doivent découler, indépendamment d'une plus grande instruction pratique des élèves, deux résultats importants : le premier, d'assurer, pour un certain temps, la présence réelle de l'élève au siége de la Faculté ou de l'École préparatoire, et son assiduité au genre d'études le plus instructif et le moins pratiqué peut-être; le second, de mettre obstacle (art. 6) aux calculs de certains élèves qui, après avoir passé les examens dans une Faculté, vont ensuite passer leur thèse dans *une autre, principalement* à Paris, et se disent élèves de cette dernière Faculté.

— On a vu, par le compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie (*Gazette hebdomadaire*, n° 27, p. 427, à la *Correspondance*), que M. le docteur Kœberlé avait pratiqué avec succès une opération d'ovariotomie le 2 juin dernier. On trouvera ci-après la relation détaillée de ce fait (p. 436). Nous croyons devoir ajouter que le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES de juin 1848 contient une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès le 15 septembre 1847, par M. le docteur Vaullegeard, de Condé-sur-Noireau.

A. DECHAMBRE.

---

conviennent mieux aussi à celles qui ont surtout besoin d'une action fortifiante, les climats plus doux à celles dont le traitement réclame moins d'activité. Ces recommandations sont si naturelles qu'elles paraissent puériles, et pourtant on les néglige le plus souvent, malgré leur importance. On peut, d'ailleurs, éviter les inconvénients d'un climat en choisissant convenablement le moment où se fait la cure. Le bain de mer, bien entendu, est interdit en hiver; mais, sur les plages de la Méditerranée, il peut se prendre de mai à novembre inclusivement; de même à Arcachon et à Biarritz, quand la météorologie de l'année est favorable; mais ce n'est que du 15 juin au 15 octobre qu'on peut entreprendre un traitement sur les côtes de la Manche. Si l'on n'a pas le choix du climat, on pourra donc, jusqu'à un certain point, obéir aux indications fournies par la maladie ou aux susceptibilités individuelles, en choisissant bien sa saison, et on se rappellera que partout les températures de la mer, en mai et en juin, paraissent et sont en effet plus basses que celles d'octobre et de novembre, et que les différences entre l'air et la mer sont plus tranchées au printemps qu'en automne.

La durée du traitement marin, ou pour mieux dire d'une cure ou d'une saison de bain, a besoin aussi quelquefois d'être déterminée, et pour cela il faut avoir égard à deux choses : le temps, le nombre des pratiques balnéaires. L'expérience enseigne qu'il y a pour l'un et l'autre un minimum au-dessous duquel on ne peut pas compter sur un résultat durable et sur un effet véritablement thérapeutique : celui du temps est d'un mois, celui des bains de vingt à vingt-cinq. Quant au maximum, il n'a de limite que les effets observés ou les symptômes de fatigue et d'excitation qui indiquent la saturation. Quelques maladies commandent de ne pas prolonger au delà d'un mois, alors même qu'il n'y a pas encore de résultats évidents, sous peine de compromettre les effets déjà obtenus ou qui se déclareront plus tard. Mais pour beaucoup d'autres, quand on parle d'ajouter une demi-saison à la première, de la doubler, de la tripler, on a plus égard à ses arrangements

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hygiène publique.

Dangers des mariages consanguins et nécessité des croisements, mémoire lu à l'Académie des sciences le 16 juin 1862, par M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes.

Depuis quelques années, la question des mariages consanguins est à l'ordre du jour, sans que l'on soit parvenu, ni dans le public ni dans la science, à se mettre d'accord au sujet de leur nocuité ou de leur innocuité. En dépit de sérieux avertissements, nous voyons en France, chaque année, 3 à 4000 mariages se contracter entre proches; d'un autre côté, beaucoup de personnes, après avoir eu les mêmes velléités, hésitent ou renoncent même, en présence de faits qui leur paraissent d'un sinistre présage. Déjà des conseils généraux ont sollicité l'intervention de la loi pour arrêter un mal qui, dans quelques localités, paraît avoir atteint des proportions inquiétantes. Dans plusieurs États de l'Union américaine, la législature en est même venue à interdire formellement, et sous des peines sévères, les mariages consanguins. Le même désaccord s'observe dans la science : aussi, tandis que la grande majorité des hygiénistes se prononce ouvertement contre les mariages entre proches, quelques personnes taxent leurs craintes de chimériques, et cherchent à représenter les unions consanguines, non-seulement comme inoffensives, mais même comme avantageuses, pourvu que les conjoints se trouvent dans de bonnes conditions de santé.

En résumé, tandis que les uns affirment le danger des unions consanguines, les autres affirment leur innocuité et même leur supériorité; mais on peut dire que, de part et d'autre, il y a jusqu'ici plutôt croyance sentimentale que démonstration *scientifique*.

De quel côté est la vérité? On comprend que les familles, la société, l'État même, ont le plus grand intérêt à ce que la lumière se fasse, et il est du devoir de chacun d'apporter à la solution d'un si grave problème le contingent de son observation.

Nous avons résolu d'en appeler de l'opinion aux faits, des assertions aux preuves, de vagues appréciations aux chiffres. En effet, s'il est une question du ressort de la méthode numérique, c'est à coup sûr la constatation du nombre comparatif des infirmes qui peuvent se rencontrer parmi les enfants issus de mariages consanguins ou croisés. On peut même affirmer que, si la question a si peu progressé depuis quelques années, malgré les efforts persévérants de quelques hommes consciencieux et convaincus, la faute peut en être attribuée à ce que l'on n'avait pas fait une assez large part à la méthode statistique.

Il résulte des documents publiés par le bureau de la statistique générale qu'en France le nombre des mariages consanguins est environ de 2 pour 100.

Or, nous nous sommes assuré que le nombre des sourds-muets de naissance d'origine consanguine, comparé à l'ensemble des sourds-muets de naissance, est : à Paris, de 28 pour 100; à Lyon, de 25 pour 100; à Bordeaux, de 30 pour 100.

Il s'ensuit que la proportion des sourds-muets d'origine consanguine est, en France, de 12 à 15 fois plus élevée qu'elle ne le serait si la surdi-mutité était répartie d'une manière égale entre tous les genres d'alliance.

Nous nous sommes demandé si le degré de la consanguinité des parents avait une influence sur la fréquence de la surdi-mutité des enfants, et nos recherches nous ont conduit au résultat suivant :

Si l'on représente par 1 le danger de procréer un sourd-muet dans un mariage croisé, ce danger devient 18 pour les mariages entre cousins germains; 37 pour les mariages entre oncles et nièces; 70 pour les mariages entre neveux et tantes.

Tout le monde sait combien les mariages entre proches sont fréquents dans la population juive, en raison de la tolérance de la loi mosaïque, et en raison de la grande dissémination des Israélites. Or, M. Liebreich a trouvé à Berlin : 27 sourds-muets sur 10 000 juifs; 6 sourds-muets sur 10 000 chrétiens presque tous protestants; 3,1 sur 10 000 catholiques.

On lit, d'autre part, dans le Traité de physiologie de M. Elliotson le passage suivant : « En Angleterre, les juifs des » classes riches ont la mauvaise habitude de se marier entre » cousins germains : aussi n'ai-je vu nulle part ailleurs tant » de louches, de bègues, d'originaux, d'idiots et de fous à tous » les degrés. »

L'hérédité morbide ne saurait expliquer la fréquence de la surdi-mutité dans les mariages consanguins, car, d'une part, les parents des sourds-muets sur lesquels nous avons pu recueillir des renseignements jouissaient d'une santé parfaite; d'autre part, il est d'expérience que les sourds-muets qui épousent des sourds-muets *non consanguins* font, en général, des enfants qui entendent et parlent.

Si l'on examine la surdi-mutité dans sa répartition géographique, on voit combien la difficulté des communications avec l'extérieur, en augmentant le nombre des unions consanguines, tend à augmenter la proportion des sourds-muets. Ainsi, tandis que la proportion des sourds-muets n'est que de 2 sur 10 000 habitants dans le département de la Seine, elle s'élève, en Corse, à 14; dans les Hautes-Alpes, à 23 sur 10 000 habitants.

Mais la surdi-mutité n'est pas la seule infirmité dont les alliances consanguines favorisent le développement. Ces unions semblent favoriser aussi le développement de l'albinisme, de

---

particuliers qu'à des règles prescrites par les intérêts de la cure. Il en est pour lesquelles on peut passer tout l'été au bord de la mer et prendre des bains pendant tout le temps, en ayant soin de les interrompre de temps en temps pour ne pas arriver à la fatigue. Dans les cures peu prolongées, le bain peut, d'ailleurs, se doubler les beaux jours, s'il est bien supporté et qu'il y a indication, c'est-à-dire quand il faut lutter contre les effets d'une trop grande chaleur, qui pourrait détruire le soir ce que le bain a fait le matin, ou contre le retour à courte période de quelques symptômes morbides. On obtient ainsi un effet plus sédatif. On peut aussi faire alterner les douches avec le bain de mer en donnant l'un le matin et l'autre le soir indifféremment, quand on a affaire à une maladie localisée qui, outre l'action dynamique du bain, réclame une action révulsive ou résolutive spéciale, ou encore quand l'action perturbatrice doit entrer comme élément dans le traitement. Il faut même considérer quelquefois les divers procédés hydrothérapiques à l'eau de mer comme ayant autant d'importance que le bain à la lame, qui, tout en reconstituant les forces, n'agirait pas assez promptement contre les symptômes locaux. La douche froide est aussi un auxiliaire utile du bain minéral qui se prend dans les climats du sud, et la douche chaude entre très souvent dans le traitement par le bain de baignoire; ce dernier, étant plus promptement excitant, ne doit se prendre que par courtes séries. Enfin, quand l'eau en boisson est indiquée, elle peut se prendre à dose altérante pendant toute la cure, et à dose purgative de temps en temps.

Ceux qui vont pour la première fois faire un traitement au bord de la mer feront bien d'attendre deux ou trois jours avant de commencer le bain à la lame. Nous avons dit qu'il y a des malades et des maladies pour lesquels l'usage de deux ou trois bains tièdes préparatoires était une chose utile; il est prudent aussi de ne prendre le premier bain froid que par un beau temps. Les Anglais ont, dit-on, l'habitude de se purger avant d'entrer dans la mer; nous ne voyons pas que ce soit utile, à moins

l'idiotie, de l'épilepsie, de la folie et de diverses affections des organes de la vision.

En ce qui regarde la *rétinite pigmenteuse* en particulier, M. Liebreich a trouvé à Berlin que sur 100 individus atteints de cette affection 45, c'est-à-dire près de la moitié, étaient d'origine consanguine, et fort souvent d'origine juive.

Nous bornerons là notre première communication sur les mariages consanguins, et nous nous renfermerons pour aujourd'hui dans les propositions générales suivantes :

1° Les mariages consanguins représentent en France environ 2 pour 100 de l'ensemble des mariages, tandis que la proportion des sourds-muets de naissance, issus de mariages consanguins, est à l'ensemble des sourds-muets de naissance : *a.* à Lyon, *au moins* de 25 pour 100 ; — *b.* à Paris, de 28 pour 100 ; — *c.* à Bordeaux, de 30 pour 100.

2° La proportion des sourds-muets de naissance croît avec le degré de la consanguinité des parents. Si l'on représente par 1 le danger de procréer un enfant sourd-muet dans un mariage ordinaire, ce danger est représenté par : 18 dans les mariages entre cousins germains; 37 dans les mariages entre oncles et nièces; 70 dans les mariages entre neveux et tantes.

3° A Berlin, on compte : 3,1 sourds-muets sur 10 000 catholiques; 6 sourds-muets sur 10 000 chrétiens en grande majorité protestants; 27 sourds-muets sur 10 000 juifs.

En d'autres termes, la proportion des sourds-muets croît avec la somme des facilités accordées aux unions consanguines par la loi civile et religieuse.

4° On comptait en 1840, dans le territoire de Jowa (États-Unis) : 2,3 sourds-muets sur 10 000 blancs; 212 sourds-muets sur 10 000 esclaves.

C'est-à-dire que dans la population de couleur, dans laquelle l'esclavage facilite les unions consanguines et même incestueuses, la proportion des sourds-muets était QUATRE-VINGT-ONZE fois plus élevée que dans la population blanche, protégée par la loi civile, morale et religieuse.

5° La surdi-mutité ne se produit pas toujours *directement* par les parents consanguins; on la voit se manifester parfois *indirectement* dans des mariages croisés, dont l'un des conjoints était issu de mariages consanguins.

6° Les parents consanguins les *mieux portants* peuvent procréer des enfants sourds-muets; par contre, des parents sourds-muets, mais non consanguins, ne produisent des enfants sourds-muets que *très exceptionnellement*; la fréquence de la surdi-mutité chez les enfants issus de parents consanguins est donc *radicalement indépendante de toute hérédité morbide*.

7° Le nombre des sourds-muets augmente souvent d'une manière très sensible dans les localités dans lesquelles il existe des obstacles naturels aux mariages croisés. Ainsi, la proportion des sourds-muets, qui est, pour l'ensemble de la France, de 6 sur 10 000 habitants, s'élève : en Corse, à 14 sur 10 000 habitants; dans les Hautes-Alpes, à 23; en Islande, à 11; dans le canton de Berne, à 28.

8° On peut estimer à environ 250 000 le nombre total des sourds-muets en Europe.

9° Les alliances consanguines sont accusées encore de favoriser chez les parents l'infécondité, l'avortement; chez les produits, l'albinisme, l'aliénation mentale, l'idiotisme et autres infirmités; mais ces diverses propositions nous paraissent réclamer une démonstration numérique qui leur manque plus ou moins jusqu'ici.

Pathologie chirurgicale.

OVARIOTOMIE; OPÉRATION LE 2 JUIN, GUÉRISON COMPLÈTE LE 25 JUIN, par E. KOEBERLÉ, agrégé, ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

OBS. — Madame W... âgée de vingt-six ans, brune, bien constituée, mariée depuis deux ans, s'est aperçue pour la première fois il y a un an et demi de la présence d'une tumeur mobile dans le bas-ventre. Cette tumeur était formée par un kyste multiloculaire de l'ovaire avec prédominance d'une grande cavité pleine d'un liquide fluctuant : elle grossit peu à peu malgré toutes sortes de remèdes et finit par envahir toute l'étendue de l'abdomen, en repoussant fortement en avant le rebord des hypochondres. De fortes arborisations veineuses sillonnaient le ventre qui mesurait 106 centimètres de circonférence. La malade étant parvenue à un degré déjà considérable d'affaiblissement et d'amaigrissement, voulut à tout prix être débarrassée de sa tumeur. Je lui exposai les avantages et les inconvénients de la ponction et de l'extirpation. Elle se décida résolûment pour l'extirpation qui me paraissait pouvoir être pratiquée dans de bonnes conditions. Encouragé par les conseils bienveillants de M. le professeur Schützenberger, mon cher et honoré maître, partisan déclaré de l'ovariotomie, qui a bien voulu me prêter l'appui de sa grande autorité, et par mon cher et savant collègue, M. Aubenas, j'ai pratiqué l'extirpation de l'ovaire le 2 juin, avec le concours et l'assistance de M. le professeur Schützenberger et de MM. les agrégés Aubenas, Hecht et Herrgott. M. Elser, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, a bien voulu se charger de la chloroformisation qu'il pratique depuis bien longtemps avec une remarquable supériorité.

L'abdomen ayant été incisé sur la ligne médiane dans une étendue de 9 centimètres, à égale distance du pubis et de l'ombilic, la tumeur fut ponctionnée avec un gros trocart et attirée au dehors avec des pinces de Museux au fur et à mesure qu'elle se vidait. Une certaine portion du grand kyste put être extraite assez facilement, ainsi qu'une masse lobulée multiloculaire de la tumeur. J'amenai ensuite au dehors le grand épiploon fortement adhérent dans une étendue de 24 centimètres. Après avoir coupé les adhérences au ras de la tumeur, j'ai laissé sans m'en inquiéter l'épiploon dans l'angle supérieur de la plaie. Mais bientôt il me fut impossible d'attirer davantage le kyste. M'étant assuré avec le doigt que l'obstacle provenait d'un épaississement considérable de la tumeur, de kystes multiloculaires que je ponctionnai en vain, j'agrandis l'incision de 3 centimètres, ce qui me permit d'extraire toute la tumeur. Mais sans que les tractions aient été considérables, la masse lobulée extraite en dernier lieu s'était rompue transversalement dans une étendue de

---

d'indication spéciale. Quand rien ne vient l'interrompre, le bain doit se continuer tous les jours jusqu'à la fin de la cure quand celle-ci ne doit être que d'un mois à un mois et demi; mais, quand elle doit être plus longue, nous le répétons, il est bon de ne pas se baigner quand le temps n'est pas favorable, ou même de s'imposer un ou deux jours de repos par semaine. Les femmes, qui sont obligées de s'abstenir de toute pratique pendant le temps que durent leurs règles, sont moins assujetties à ces repos. Quelquefois aussi c'est un malaise survenu qui force à s'arrêter : la peau est irritée et cause des démangeaisons; la circulation, trop vivement excitée, donne des pesanteurs de tête; la digestion enfin est troublée par un embarras bilieux. Dans tous ces cas, il est bon de prendre un léger purgatif qui remet tout en état et permet de continuer au bout de deux ou trois jours. Les médicaments auxiliaires ne sont pas, d'ailleurs, absolument proscrits du traitement marin, à la condition qu'ils agissent dans le sens de son action dynamique ou minérale. C'est ainsi que les amers, les toniques analeptiques ou névrosthéniques, les astringents, les eaux minérales gazeuses, ferrugineuses, sulfureuses, suivant l'indication, en un mot tous les agents destinés à modifier les symptômes prédominants, en même temps que le bain agit sur la constitution générale, peuvent lui prêter un utile concours. Mieux vaut pourtant s'en dispenser quand on peut. L'alimentation tonique et les exercices du corps appropriés à l'état du malade sont encore plus de rigueur ici que pour l'hygiène.

Enfin le malade qui quitte les bords de la mer ne doit pas être abandonné à sa seule fantaisie, et a besoin encore de conseils sur la meilleure direction à suivre pour favoriser les effets consécutifs de la cure. L'air vif et l'eau froide sont les deux éléments qui ont fait la base de son traitement; il devra les continuer le plus longtemps possible après son départ, et, pour cela, il passera le reste de l'été dans un lieu frais et aéré : c'est pourquoi la cure d'automne, à la suite de laquelle on n'a plus à craindre les chaleurs, est quelquefois la meilleure. Il continuera aussi l'usage de l'eau froide, soit par des bains de

Digitized by Google

14 centimètres, et il s'en était écoulé une matière albumineuse très épaisse. Cette matière s'était répandue dans l'excavation pelvienne, où elle s'était mélangée avec une grande quantité de sérosité péritonéale sanguinolente, mêlée de caillots provenant de la rupture d'adhérences du kyste dans l'excavation pelvienne. En même temps que le kyste fut extrait, plusieurs anses d'intestin grêle s'échappèrent au dehors où je les maintins dans l'angle supérieur de la plaie. Le pédicule fut étreint dans une ligature et coupé ensuite très près de la tumeur. Je m'occupai tout aussitôt de déterger et d'éponger exactement l'excavation pelvienne en observant avec soin s'il ne s'opérait plus d'hémorrhagie dans la profondeur. Rassuré sur ce point, j'ai réintégré l'intestin et le grand épiploon dans l'abdomen après les avoir convenablement nettoyés et avoir placé deux ligatures sur des veines épiploïques. Le pédicule fut ensuite étreint très fortement dans un écraseur semi-lunaire et attiré dans l'angle inférieur de la plaie. La partie supérieure de la plaie fut réunie par quatre points de suture entortillée. L'opération a duré trois quarts d'heure. Il s'était écoulé 12 litres de liquide brunâtre du grand kyste, dont les parois avaient 1 millimètre et demi à 3 millimètres et demi d'épaisseur. La masse solide de la tumeur a pesé 1 1/2 kilogramme.

Deux vessies pleines de glace, reposant sur un drap plié en plusieurs doubles ont été maintenues en permanence sur l'incision pendant onze jours.

A la suite de l'opération survinrent des vomissements qui se répétèrent à de fréquents intervalles pendant trente heures.

Pendant les huit premiers jours l'opérée a pris chaque jour environ 10 centigrammes d'acétate de morphine : elle a été maintenue à la diète les trois premiers jours, puis la nourriture est devenue de plus en plus substantielle.

La plaie a été nettoyée trois fois par jour les huit premiers jours pour la débarrasser de la sérosité et du pus qui en suintait et qui tendait à se décomposer rapidement sous l'influence de la température élevée et malgré la glace. Dès le deuxième jour le pédicule commença à se putréfier. Pour obvier à sa décomposition je l'enduisis de perchlorure de fer qui arrêta net la putréfaction et il se dessécha du jour au lendemain.

La suppuration s'établit dès la fin du troisième jour, et je donnai issue à une petite collection purulente mêlée à des bulles de gaz qui tendait à se former sur le trajet des fils des ligatures. Le pédicule a été maintenu entre les mors de l'écraseur jusqu'au sixième jour. L'écraseur a été remplacé par deux morceaux de sonde liés à leurs deux extrémités et rendus rigides, qui restèrent en place jusqu'à la chute de la partie mortifiée du pédicule, au treizième jour.

Dès le quatrième, il survint peu à peu une tympanite intestinale considérable, en raison d'une constipation opiniâtre qui ne céda complètement que vers le seizième jour. La tympanite a été dans cette opération une complication très grave, et les précautions que j'avais prises pour le maintient du pédicule et des lèvres de la plaie me furent très utiles.

Les épingles des sutures ont été enlevées du cinquième au septième jour, mais je les ai remplacées aussitôt par des fils attachés à la paroi abdominale avec du collodion, et que j'ai pu serrer à volonté au moyen d'un nœud.

J'ai pu m'opposer ainsi facilement à l'écartement que les lèvres de la plaie tendaient à subir sous l'influence de la distension abdominale, mais il fallut trouver un moyen pour s'opposer à la traction considérable exercée sur le pédicule qui tendait à rentrer. J'y réussis pleinement au moyen d'un bourrelet de linge tortillé et disposé sous forme d'un anneau tout au tour du pédicule, et qui a eu de plus l'avantage de concentrer la suppuration vers ce dernier, autour duquel il n'existait aucune pression. Un bandage de corps assez serré maintenait le tout en place au moyen de liens disposés convenablement. Ce pansement a été continué jusqu'au dix-huitième jour.

Une collection purulente dont le point de départ parait avoir été la dernière épingle à suture, s'ouvrit spontanément sous l'influence de l'action du bourrelet circulaire et du decubitus latéral à l'extrémité inférieure de la plaie.

Le pouls marquait 95 pulsations le premier jour ; à la fin du deuxième jour, il marquait 82 ; à la fin du troisième, 86 ; et le sixième jour 128 pulsations. Après le huitième jour, le pouls n'a plus guère dépassé 95 pulsations, et à partir du dix-neuvième jour (20 juin) il n'indiquait plus que 85 à 82 pulsations. L'opérée d'ailleurs se levait alors d'elle-même, son appétit était excellent, elle prenait de l'embonpoint, et toutes les fonctions de l'économie s'operaient à merveille. Le vingt-quatrième jour la suppuration s'est complétement tarie.

1er juillet. — La plaie abdominale primitivement de 12 à 13 centimètres, est réduite à une cicatrice linéaire de 4 centimètres terminée à son extrémité inférieure par une dépression ombiliquée. Le ventre est également souple partout. La santé est parfaite.

Médecine pratique.

De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité ; travail lu à l'Académie de médecine, par le docteur Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine.

(Suite et fin. — Voir le numéro 25.)

Quelle influence exercent sur la mortalité des aliénés transférés, les causes morales, l'encombrement, le travail et les diverses formes ou états de la folie que nous allons étudier ?

Le brusque éloignement de la famille et des amis a certainement joué un rôle important dans la mortalité, mais comme cette cause s'est généralement fait sentir chez les aliénés transférés dans les divers climats, elle ne peut expliquer les différences signalées.

Toutefois, il n'est pas douteux que les nouvelles conditions morales, dans lesquelles sont placés les exilés de la Seine, n'agissent encore, tantôt comme causes fortifiantes propres à atténuer les maux du pays absent, tantôt comme causes déprimantes et capables de produire les plus déplorables effets. L'histoire des désastres de Moscou et la noble et intelligente manière avec laquelle le général Drouot sauva ses compagnons d'armes en leur communiquant, par son exemple, la science de la force morale, le courage de souffrir et d'espérer toujours, tandis que la mort moissonnait, sans pitié, les autres artilleurs privés de ce secours moral, sont là pour le prouver.

La force morale est donc une des conditions les plus favo-

---

rivière très courts, s'il le peut, soit par des douches de toilette, des immersions, des frictions, des ablutions à l'eau salée, continuées le plus longtemps possible. Le traitement marin, comme le traitement minéral, a ses effets éloignés, qui n'apparaissent quelquefois dans toute leur réalité que quelques mois après la cure, et tous les soins hygiéniques doivent tendre à les favoriser. Les maladies lymphatiques, les cachexies, les affections catarrhales, qui sont le partage de la plupart des malades qui vont à la mer, ont toutes, d'ailleurs, de la tendance à reparaître ou à s'aggraver pendant l'hiver, et c'est par une hygiène substitutive qui apprend à l'organisme à réagir contre les impressions de froid, qu'on parvient à diminuer et à déraciner les habitudes pathologiques. Pour cela, il faut nécessairement un temps assez long ; si l'on n'a obtenu qu'une atténuation ou un retard dans le retour des accidents primitifs, et qu'on puisse y voir, néanmoins, la preuve d'un résultat favorable dû à la cure marine, une nouvelle saison sera jugée indispensable pour achever la guérison. Il faut apporter beaucoup d'attention dans les conditions de cette nouvelle cure, qui, sans cela, pourrait donner des résultats différents de la première ; ce n'est pas toujours dans le même climat et par les mêmes procédés qu'il faut la faire.

Pour être fidèle à notre programme, nous ne tracerons qu'en courant les indications du traitement par la mer ; mais ceux qui nous ont suivi jusqu'ici suppléeront sans peine aux détails que nous sommes obligé de passer sous silence. Les maladies de l'enfance sont encore celles dans lesquelles il trouve ses plus nombreuses applications, et en tête de ces maladies se présente la scrofule. Ce n'est plus seulement le lymphatisme, la constitution qui crée l'imminence morbide, auxquels suffit l'hygiène, c'est la maladie se traduisant par des symptômes de diverses formes. La forme cutanée, éruption, engorgement mou, cellulaire ou glandulaire, catarrhe des muqueuses auriculaire, palpébrale, nasale, est celle qui guérit le plus sûrement et le plus promptement, et il faut le dire, autant par l'action topique de l'eau que par l'action

rables à l'acclimatation, et c'est pour agir dans ce sens que dans nos possessions africaines, en Crimée, et même dans nos camps, le génie militaire a organisé des théâtres et des distractions, qui rappellent la patrie et relèvent les forces, en excitant l'espoir de la revoir, et le courage de supporter les maux inhérents à la vie des camps.

Comment en effet méconnaître, dans les phénomènes de l'acclimatation, cette puissance du moral sur les fonctions du système nerveux, et la part que ces fonctions prennent dans la circulation, l'hématose, la nutrition et la calorification, ainsi que l'établissent les belles expériences de la physiologie moderne?

A ceux qui semblent répudier ou diminuer cette influence du moral sur les fonctions organiques, et se demander comment elle s'opère, nous répondrons en invoquant l'exemple de modifications apportées dans l'état des corps, lorsqu'ils sont pénétrés par certains fluides impondérables, l'électricité, la chaleur, etc., etc., qui, sans changer leur nature, changent leurs propriétés. Tel est le fer aimanté, tel est le fer rouge dont les propriétés diffèrent essentiellement du fer à l'état ordinaire.

Quelle a été la part d'influence exercée par l'encombrement, sur la mortalité des aliénés transférés?

Sans méconnaître les funestes résultats produits par cette cause, existant malheureusement à divers degrés (1), proportionnellement à peu près les mêmes, dans les asiles de province où sont admis les aliénés de la Seine, ce qui laisse à l'action des climats sa prépondérance dans la question qui nous occupe, on doit distinguer deux modes d'agir de l'encombrement.

Tantôt en effet l'aliéné, affaibli, pâle, cachectique, comme le sont en général les aliénés chroniques des hospices de la Seine, passe dans un asile bien situé, bien exposé, bien ventilé intérieurement et extérieurement, construit sous forme de petits pavillons isolés à deux étages, contenant un petit nombre de lits espacés, ainsi que le demandent justement MM. Malgaigne, Renault, Larrey, Lévy, etc., où il trouve tout en abondance : air pur, régime, vêtements, chauffage et ventilation, soins moraux, promenades extérieures, travail modéré, distractions, et où il meurt rapidement, à moins d'une réaction qui le guérit ou l'améliore. Tantôt un tel aliéné passe dans un asile où il trouve à peu près les mêmes conditions d'encombrement, de température douce et humide, au milieu desquelles il vivait dans les hospices de la Seine, ainsi sont les asiles situés dans l'ouest de la France, où il continue à y prolonger une existence végétative.

Si maintenant on consulte la statistique de ces asiles, en dehors du cadre des aliénés de la Seine, on verra que les asiles un peu élevés, qui offrent les meilleures conditions d'hygiène, et la faible mortalité annuelle de 1 sur 14, et même de 1 sur 20 chez les femmes, sont très favorables aux malades habitant cette même région, qui ont contracté des habitudes actives et en plein air, et funestes aux organismes inactifs et épuisés, vivant dans une plaine humide, qui y sont brusquement transférés; tandis que les asiles qui sont encombrés sont meurtriers et crétinisant pour les premiers, et permettent aux seconds qui les habitent de traîner, plus ou moins longtemps encore, une vie languissante et inutile.

Quel rôle le travail a-t-il joué dans la production de la mortalité des aliénés transférés?

Il est incontestable que les aliénés qui passent d'une vie inactive à une vie active, doivent éprouver une réaction qui peut être plus ou moins favorable ou dangereuse, selon la nature, l'intensité du travail et son rapport avec les forces du malade, ses habitudes et ses aptitudes acquises. Mais si l'on réfléchit que les travaux sont réglés à peu près de la même manière dans les différents asiles où sont transférés les aliénés de la Seine, on ne saurait assigner à cette cause les différences saillantes de la mortalité qu'on observe chez ces malades, selon les diverses régions de la France.

Ce sera donc, comme nous le verrons, aux climats que nous devrons les attribuer, c'est-à-dire à la réunion des phénomènes calorifiques, aqueux, lumineux, aériens et électriques qui impriment, aux diverses contrées de la France, un caractère météorologique propre ou, en d'autres termes, une réunion de conditions atmosphériques et météorologiques qui ont une action générale et constante sur les êtres organisés.

Le tableau suivant fera connaître l'influence que doivent exercer les divers états ou principales formes des maladies mentales sur le nombre des décès constatés dans les différentes régions de la France.

Nous trouvons d'abord 254 décès sur 371 paralytiques envoyés dans les asiles de province, *soit 1 sur 1,46, et faisant* partie des 3308 aliénés transférés, dans la proportion de 1 sur 9,18.

Ces décès paralytiques ont été ainsi répartis : Dans le nord, 71, quoique l'on n'ait transféré, dans les asiles de Saint-Venant et d'Armentières qui composent cette région que 64 paralysés, ce qui prouve que d'autres formes ou états morbides ont pu se transformer en celui-ci, ou se compliquer et donner lieu au décès; dans le midi : 6 sur 7 admissions, soit 1 sur 1,16; dans l'est : 68 sur 91 admissions, soit 1 sur 1,33; dans l'ouest : 27 sur 72, soit 1 sur 2,66; dans le centre : 82 sur 138, soit 1 sur 1,68.

D'où il suit que le climat du nord est meurtrier pour les paralytiques transférés; viennent ensuite le midi et à des degrés très inférieurs, les lieux élevés et secs, placés à l'est et au centre de la France, comme le sont les asiles de l'est et ceux

(1) Auxerre excepté, et c'est de lui qu'il est question plus bas.

---

dynamique du bain. Aussi ne doit-on pas craindre d'immerger les parties malades, et ne doit-on pas s'effrayer du surcroît passager d'irritation que causent les premiers bains; au bout de quelques jours tout s'apaise, se déterge, se nettoie sans aucun signe de rétrocession. Cet accident n'est pas à craindre, même chez les adultes; nous avons vu un homme de quarante ans ayant les membres engorgés comme ceux d'un éléphant, la peau recouverte des pieds à la tête d'une éruption sécrétante, arriver en un mois et par des bains à température décroissante d'abord, puis froids, à sécher toute cette vaste surface en suppuration, et à diminuer notablement les engorgements sous-cutanés. Le tubercule des glandes et des os présente une période d'activité pendant laquelle ne convient pas le bain froid; mais pendant la période d'élimination, d'abcès ou de carie, ce bain, aidé des applications topiques, reprend toute sa puissance; les tumeurs blanches se trouvent bien des enveloppements dans le sable; le mal de Pott se modifie par le bain court à la lame, ou, quand l'impressionnabilité est trop grande, par le bain tiède. C'est surtout dans la scrofule que l'eau en boisson est utile. Il n'est pas rare de rencontrer à la mer des enfants scrofuleux chez lesquels le traitement minéral n'a qu'incomplétement réussi, et qui ne parviennent que là à refaire complétement leur santé. Ces malades supportent facilement les cures prolongées et les bains doublés. Les déviations des membres et du tronc, qui reconnaissent pour cause le rachitisme, se traitent comme la scrofule et avec le même succès. L'épuisement causé par la croissance, par les premières études, par l'onanisme quelquefois, constitue encore chez les enfants une véritable maladie, que caractérisent divers troubles de la digestion et de l'innervation, et qui se trouvent très bien du bain à la lame répété et court; chez cette classe de malades, le traitement arrive assez promptement à la saturation, et une saison d'un mois suffit. Les maladies convulsives, qui sont liées à un état de faiblesse, et qui dépendent d'un trouble de l'innervation plutôt que d'une lésion anatomique des centres nerveux, entre autres la chorée, se trouvent quel-

de Blois, de Clermont et d'Auxerre, et enfin le climat de l'ouest qui, loin d'être funeste aux paralytiques, leur est au contraire favorable, puisque la proportion de la mortalité descend de 1 sur 1,16, à 1 sur 2,66, quoique les aliénés paralytiques aient été transférés dans l'ouest dès 1844.

En continuant à étudier l'influence des climats sur les formes du délire, nous trouvons 377 décès de déments sur 965 transférés, sans compter ceux qui sont devenus déments, ce qui donne une proportion de 1 sur 2,56 au lieu de 1 sur 1,16 paralytiques; mais il est essentiel, ici, de faire remarquer qu'un certain nombre de déments meurent paralytiques, et que la démence étant souvent la période ultime de toutes les formes de la folie, cette étude ne peut offrir que des données très imparfaites.

On compte néanmoins, dans les asiles du nord, 153 décès de déments sur 364 transférés, soit 1 sur 2,54; dans le midi : 5 sur 11, soit 1 sur 2,2; dans l'est : 103 sur 274, soit 1 sur 2,67; dans l'ouest : 37 sur 165, soit 1 sur 4,45; au centre : 79 sur 151, soit 1 sur 1,91.

Le seul fait important qui ressort de la mortalité constatée dans les divers asiles, notamment dans ceux d'Auxerre et de Sainte-Gemmes, 39 décès de déments, quoique l'on n'en ait transféré que 27, c'est que la simple démence peut passer à la paralysie ou se compliquer de cette grave affection, et que l'ouest est encore le climat le plus favorable à la conservation de la vie des déments.

Quelle a été la part d'influence exercée par les différents climats sur la mortalité des monomaniaques chroniques? On compte 55 décès sur 215 transférés, soit 1 sur 3,90, ainsi répartis : Dans le nord : 21 sur 38, soit 1 sur 1,80; dans le midi (sud-ouest) : 2 sur 18, soit 1 sur 9; dans l'est : 21 sur 91, soit 1 sur 4,33; dans l'ouest : 5 sur 35, soit 1 sur 7; dans le centre : 6 sur 33, soit 1 sur 5,5.

D'où il résulte que les régions du nord, de l'est, du centre, de l'ouest et du sud-ouest exercent, dans l'ordre énoncé ci-dessus, une influence funeste décroissante.

L'état ci-dessous fait connaître l'influence que les climats de la France ont exercée sur la mortalité des lypémaniaques chroniques, dont les décès s'élèvent à 91 sur 328 transférés, soit 1 sur 3,60 ainsi répartis : Dans le nord : 24 décès sur 46, soit 1 sur 2; dans le midi : 5 décès sur 12, soit 1 sur 2,4; dans l'est : 26 décès sur 83, soit 1 sur 3,12; dans l'ouest : 10 décès sur 71, soit 1 sur 7,1; dans le centre : 26 décès sur 116, soit 1 sur 4,46.

D'où il suit que le nord est funeste aux mélancoliques; puis viennent le midi, l'est, le centre, et enfin l'ouest, où la mortalité est bien inférieure aux autres régions.

En étudiant la part d'influence qu'exercent les climats sur la manie chronique, nous constatons 295 décès de maniaques sur 749 transférés, soit 1 sur 2,53, ainsi répartis : Dans le nord : 127 sur 181 transférés, soit 1 sur 1,80; dans le midi : 6 sur 30, soit 1 sur 5; dans l'est : 74 sur 208, soit 1 sur 2,85; dans l'ouest : 30 sur 126, soit 1 sur 4,2; dans le centre : 58 sur 204, soit 1 sur 3,51.

On voit par ces chiffres que les régions du nord de la France, celles de l'est, du centre, de l'ouest et du sud-ouest, exercent dans l'ordre décroissant établi ci-dessus l'influence la plus funeste sur la vie des maniaques chroniques.

En est-il de même pour les imbéciles et les idiots? Nous comptons 109 décès d'imbéciles et idiots sur 360 transférés, soit 1 sur 3,30, ainsi répartis : Dans le nord : 53 sur 143, soit 1 sur 2,73; dans le midi : 1 sur 6, soit 1 sur 6; dans l'est : 27 sur 93, soit 1 sur 3,44; dans l'ouest : 7 sur 47, soit 1 sur 6,71; dans le centre : 21 sur 71, soit 1 sur 3,38.

Nous retrouvons ici la même loi sur la mortalité. Les régions froides et humides sont funestes aux imbéciles et aux idiots transférés, tandis que les régions à température douce, uniforme, dont l'air est légèrement humide, leur sont favorables.

Sachons s'il en sera ainsi pour les épileptiques aliénés, exclusion faite des épileptiques paralytiques compris parmi les paralysés.

Ici, nous constatons 134 décès sur 242 transférés, soit 1 sur 1,80, ainsi répartis : Dans le nord : 49 sur 69 transférés, soit 1 sur 1,40; dans le midi : 2 sur 6, soit 1 sur 3; dans l'est : 37 sur 57, soit 1 sur 1,54; dans l'ouest : 14 sur 43, soit 1 sur 3,35; dans le centre : 32 sur 67, soit 1 sur 2,09.

Ces chiffres confirment pleinement la loi précitée. Ici encore les régions froides et humides du nord, celles sèches de l'est, du centre de la France, sont les plus funestes aux épileptiques transférés, le sud-ouest et l'ouest fournissant à la mortalité son plus faible contingent.

On pourrait maintenant se demander jusqu'à quel point est réelle l'influence que nous attribuons aux translations dans les divers climats. Elle est prouvée à nos yeux, pour la mortalité, par les faits suivants : Sur 3308 aliénés transférés depuis le milieu de l'année 1844 jusqu'en 1859 inclusivement et le commencement de 1860, on constate 1322 décès, soit 1 sur 2; tandis que, dans les asiles de la Seine, la mortalité, pendant la période de 1844 inclusivement à 1859 exclusivement, c'est-à-dire pendant à peu près le même laps de temps, n'a été que de 1 sur 3,17 à Bicêtre, et 1 sur 3,68 à la Salpêtrière. Notons qu'en raison de l'acuité des cas reçus dans les asiles de la Seine, et en raison de leur chronicité dans les asiles de province, la mortalité devrait être bien plus forte à Paris qu'en province, celle-ci étant en raison directe de l'acuité de la maladie et du mouvement des admissions. Notons encore, pour répondre à l'objection que les aliénés transférés sont les plus gravement atteints, que la mortalité était moins élevée dans les asiles de la Seine avant que depuis les translations, et

---

quefois très bien du traitement perturbateur et sédatif par le bain répété et court et par les diverses pratiques hydrothérapiques. L'épilepsie doit pourtant être exceptée de ces maladies, sans doute à cause de l'élément congestif qui fait partie de ses symptômes.

Après les maladies des enfants, celles des jeunes filles et des femmes sont celles qui réclament le plus fréquemment le traitement marin. La croissance trop rapide et la difficulté de la première menstruation causent des troubles qui constituent quelquefois une véritable maladie chez les premières, et nécessitent l'emploi d'un traitement sérieux. La chlorose et la chloro-anémie, si fréquentes dans les grandes villes, où les causes morales et les fatigues que laissent après eux les plaisirs du monde se rencontrent plus qu'ailleurs, se trouvent très bien aussi de ce genre de traitement, quand on a soin de mettre ses divers procédés en harmonie avec les formes éréthiques ou atones de la maladie; le fer doit presque toujours intervenir. Les troubles de la menstruation, dysménorrhée, aménorrhée, ménorrhagie, les flueurs blanches, la ménopause, sont quelquefois de véritables maladies, et sont dans le même cas. Enfin les lésions physiques de l'utérus, déplacements, inflammations chroniques ou catarrhes, ulcérations atoniques même, trouvent dans le bain à la lame pris à des heures fraîches, doublé quelquefois ou aidé de la douche à percussion, en cercle, ascendante, des modifications dont la sûreté et la promptitude ne sont égalées par aucun autre moyen. Nous n'avons pas besoin de dire que quand la stérilité cesse à la suite d'un traitement marin, c'est qu'elle dépendait d'un des troubles susmentionnés ou encore d'une altération de la sensibilité dans les organes de la génération.

Les névropathies protéiformes, que les femmes appellent crises nerveuses, état nerveux, et qui sont fréquemment liées aux troubles des fonctions ou de la sensibilité de l'utérus, diverses formes de l'hystérie, celles qui sont plus particulièrement convulsives, les troubles de l'intelligence allant quelquefois jusqu'à l'aliénation et présentant aussi le caractère

Digitized by Google

cela dans les proportions de 1 sur 4 au lieu de 1 sur 3,17 et 1 sur 3,68. Ces transferts, en effet, ne peuvent s'opérer qu'avec des aliénés valides ; ceux chez lesquels la maladie est trop avancée viennent encombrer les infirmeries, sous la forme desquelles les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière menacent d'être convertis, si le système des translations devait durer longtemps. (Voy. mon Rapport sur les asiles de la Seine.)

La statistique va encore fournir des preuves irrécusables à l'appui de notre opinion sur la fâcheuse influence de l'acclimatation sur les organismes affaiblis. C'est, en effet, pendant les trois premières années qui suivent le transfert des aliénés chroniques, c'est-à-dire pendant la période de mise en harmonie des fonctions organiques avec les nouveaux milieux ambiants, que l'on constate la plus forte mortalité, qui varie d'intensité selon les régions où sont transférés les malades.

Ainsi, sur les 1322 décès constatés chez les 3308 aliénés transférés dans les asiles de province, on trouve, pendant cette période triennale, 719 décès, soit 1 sur 4,60 par rapport aux aliénés transférés, et 1 sur 1,86 par rapport à la totalité des décès.

Ces 719 décès sont ainsi répartis : Dans la région du nord : 238 sur 921 aliénés transférés, soit 1 sur 4 ; dans la région du midi : 18 sur 91 transférés, soit 1 sur 5 ; dans celle de l'est : 185 sur 1207 transférés, soit 1 sur 6,52 ; dans celle de l'ouest : 83 sur 615 transférés, soit 1 sur 7,40 ; dans celle du centre : 195 sur 774 transférés, soit 1 sur 4.

En comparant ce chiffre de la mortalité des trois premières années avec celui des treize années qui les suivent, on voit qu'il meurt plus d'aliénés transférés dans cette première période que dans la seconde, et si l'on déduit de la mortalité le chiffre des décès paralytiques, on trouve encore que la proportion de la mortalité des trois premières années est à celle des treize années qui leur succèdent comme 1 est à 6.

Du reste, cette acclimatation, cette rupture des habitudes, ne se font pas seulement sentir dans le transfert des aliénés chroniques dans une des cinq régions de la France précitées, mais encore dans un simple changement du milieu ambiant, ainsi que j'ai pu le constater à Auxerre, lors de l'installation partielle et successive des aliénés dans les nouveaux quartiers contigus aux anciens, mais présentant des conditions très supérieures d'exposition, d'aération et de salubrité, et quoique toutes les autres conditions physiques et morales fussent les mêmes.

Des effets identiques se sont produits à Toulouse dans des circonstances semblables ; ils sont consignés par notre savant et honorable confrère le docteur Marchand, dans la note suivante :

« Les aliénés de Toulouse ont été transférés dans le nouvel asile (parfaitement salubre), situé à 5 kilomètres et demi de Toulouse, le 1er juillet 1858. Pendant les dix-huit premiers mois qui ont suivi les translations, la mortalité a été considérable, puisque sur 457 malades secourus, il y a eu 79 décès ainsi répartis :

» Premier semestre 1858, 29 décès ; année 1859, 50 décès ; total, 79 ; tandis que le premier semestre 1860 n'en a donné que 11.

» Les causes de cette mortalité, continue M. Marchand, doivent être attribuées aux modifications qu'a entraînées chez les malades un changement d'air, de régime et d'habitudes (supérieur à leur état précédent). Cette proposition me paraît d'autant plus fondée, que la mortalité a diminué tous les semestres, dans une proportion telle, qu'entre le premier semestre 1860 et le deuxième semestre 1858, il y a eu une différence en moins de 18 décès. »

Ne pourrait-on pas peut-être expliquer en partie de la même manière la mortalité plus élevée qu'on a signalée à l'hôpital Lariboisière ? Cette explication ne serait pas plus étrange que ne l'a paru d'abord la proposition que M. Malgaigne a si solidement établie sur des faits, savoir : qu'il meurt plus d'amputés pour causes traumatiques que d'amputés pour causes pathologiques.

N'est-ce point ici une brusque rupture des habitudes physiologiques et morales, une réaction trop souvent impuissante de l'organisme vivant pour rétablir l'harmonie préexistante, qui augmentent les chances de la mortalité ?

CONCLUSIONS.

De tous les faits qui précèdent et que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, je me crois en droit de conclure :

1° Que la mise en harmonie des fonctions organiques avec les milieux ambiants des régions du nord, du midi, de l'est, de l'ouest et du centre de la France, exerce sur l'organisme des aliénés chroniques acclimatés dans les hospices de la Seine et transférés brusquement dans ces régions, *une profonde influence* ;

2° Que la rupture de leurs habitudes physiques, physiologiques, intellectuelles et morales, et leurs rapports avec de nouveaux milieux occasionnent une secousse générale, des efforts de réaction qui enlèvent rapidement les organismes épuisés et deviennent, pour les autres, une sorte de crise qui peut tourner à la guérison ou à l'amélioration, mais qui le plus souvent leur est fatal ;

3° Qu'ainsi, il est dangereux de transférer indistinctement, dans les diverses régions de la France, les aliénés de la Seine, sans tenir compte de leur virtualité, de leur état, de leur âge, de leur sexe, de leur constitution, de leur lieu d'origine ou d'habitation ;

4° Qu'il importe d'éviter les brusques transitions, de choisir

---

nerveux ; tous ces états sont plus ou moins modifiés par le traitement marin bien dirigé. Les divers procédés hydrothérapiques appropriés aux symptômes, et multipliés en vue d'une action sédative ou perturbatrice, suivant les cas, sont ici les meilleurs moyens de calmer les accidents et d'éloigner les crises, quelquefois même de les faire disparaître complétement ; on comprend cependant combien cette classe de malades réclame d'attention de la part du médecin. L'hypochondrie de l'homme, qui a tant d'analogie avec l'hystérie de la femme, est dans le même cas. Certaines névralgies locales, qui font le tourment de l'existence de ceux qui en sont atteints, celles du crâne, de la face, du membre inférieur, quand elles sont arrivées à une période de dépérissement extrême de la constitution, ne parviennent quelquefois à se calmer que par le bain de mer agissant à la fois comme reconstituant et comme sédatif. Les gastralgies et dyspepsies passées à l'état de cachexie appartiennent aussi à cette catégorie et se traitent de même. Enfin les paralysies qui ne sont pas trop anciennes et ne dépendent pas d'une destruction complète de la partie correspondante des centres nerveux, surtout les paralysies *sine materia* de cause rhumatismale ou névralgique, cèdent bien souvent à une cure prolongée de bains à la lame et de douches hydrothérapiques. La paraplégie hystérique, particulièrement, est dans ce cas ; nous connaissons de ces malades qui ne peuvent user de leurs membres qu'au bord de la mer, et qui retombent dans l'immobilité dès qu'elles l'ont quitté.

Nous avons dit quel parti on pouvait tirer de l'influence des climats marins sur certaines formes de maladies chroniques des organes de la respiration. Il en est quelques-unes qui peuvent guérir complétement par un traitement suivi. Les catarrhes chroniques sans réaction fébrile, la toux catarrhale des enfants, les angines anciennes avec le gonflement des amygdales sont de ce nombre ; l'eau à dose purgative est alors un auxiliaire utile du traitement. Quelques essais tentés chez des enfants arrivés au bord de la mer avec des coqueluches peu anciennes ne nous ont pas réussi, mais ils n'ont pas paru non

les asiles, les saisons, pour opérer les transferts dans les divers climats, le commencement de l'hiver, par exemple, pour les translations dans le midi, celui de l'été pour les translations dans le nord, etc., etc., et d'envoyer de préférence les originaires ou habitants du midi dans le midi, ceux du nord dans le nord, à moins de contre-indications spéciales ;

5° Qu'il est essentiel de modifier le régime des aliénés transférés selon les climats où ils sont envoyés ;

6° Qu'il faut substituer à l'influence morale de la famille ou de l'amitié absentes, les procédés et les soins les plus affectueux, les consolations les mieux entendues et les plus propres à soutenir le courage et l'espoir.

Toutes choses qui appellent, de la part de l'administration supérieure de la Seine, qui s'en préoccupe à juste titre sous l'initiative d'une haute pensée, de profondes et sérieuses modifications.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

L'Académie des sciences n'a pas tenu séance le lundi 30 juin, à l'occasion de la mort d'un de ses membres les plus illustres, M. *de Sénarmont*, ancien président.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Blot* et *Mattei*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b*. Un mémoire sur l'action physiologique des eaux de Sermaize (Marne), par M. le docteur *Ernest Damourette*. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une formule et des échantillons de pilules d'extrait de lentisque, par M. *Dupeil*, pharmacien à Alger. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Une notice sur une épidémie de rougeole qui a régné en juin 1862 à Marmande, par M. le docteur *Dubourg*, membre correspondant. (*Commission des épidémies.*) — *e*. De nouvelles observations relatives au traitement des maladies utérines par l'application de l'élythroïde, par M. le docteur *Combes*. (*Comm : MM. Depaul et Huguier.*) — *f*. Une note sur le traitement consécutif à l'opération de l'ovariotomie, par M. le docteur *Baudot*. (*Commission déjà nommée.*) — *g*. Deux plis cachetés déposés, l'un par M. le docteur *Mascarel*, l'autre collectivement par MM. *Calvo*, *Boutmy*, *Banachon* et *Blondeau*. (*Accepté.*)

M. *Malgaigne* fait hommage, au nom de M. le docteur *Boeck* (de Christiana) d'un volume intitulé : ÉTUDES SUR LA SYPHILIS.

Lectures.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Michel Lévy* lit une *Note sur l'épidémie de fièvre jaune de* 1862, à la Vera-Cruz (Mexique), extraite d'une lettre de M. le docteur *Buez*, aide-major au corps expéditionnaire.

« Dans une ville aussi malsaine que Vera-Cruz, la fièvre jaune règne constamment à l'état sporadique ; mais l'époque à laquelle éclatent les épidémies annuelles est parfaitement déterminée : c'est depuis le mois de mai jusqu'en septembre, avec des degrés divers d'intensité.

» Cette année, le fléau a commencé ses ravages dès le mois de mars, et il est permis d'attribuer cette irrégularité à l'occupation étrangère. Les Espagnols ont payé les premiers le tribut à la maladie, et quoique déjà beaucoup parussent être acclimatés, grâce à un séjour antérieur à la Havane, ils ont été cruellement éprouvés.

» J'étais imbu, en arrivant ici, des idées émises par M. Dutroulau dans son excellent livre des MALADIES DES EUROPÉENS (1861), et je croyais observer comme il a observé lui-même. Il n'en a rien été. Les formes ataxiques, congestives, les périodes si tranchées avec rémission bien franche, décrites par cet éminent praticien, ne se sont pas montrées ici. La forme adynamique a été la plus commune, la seule en quelque sorte, et ses crises violentes, tantôt avec exacerbation, tantôt avec cessation subite de tous les phénomènes, ne se sont point manifestées. C'était le plus souvent une fièvre modérée avec tendance générale à l'adynamie.

» La fièvre dure ou vingt-quatre, ou trente-six, ou quarante-huit heures ; si elle dépasse le dernier terme sans offrir aucune rémission, c'est un grand signe de gravité. Bientôt apparaissent des vomissements, bilieux d'abord, puis noirâtres, et la mort arrive sans grande secousse et sans violente réaction.

» Que si le troisième ou le cinquième jour il y a rémission dans cette fièvre, l'on voit bientôt, surtout lorsqu'on arrive au sixième jour, un état adynamique intense ; c'est véritablement la stupeur, en un mot tout le *facies* de la fièvre typhoïde. Si l'on a sauvé quelques malades dans ces dernières conditions, on a pu difficilement les relever et les tonifier ; ce sont des convalescences interminables.

» La maladie a souvent une marche insidieuse. Beaucoup de malades ont succombé sans vomissements, sans offrir de teinte ictérique, de suppression d'urine, etc.

» Je veux surtout vous parler du traitement qui a été institué cette année : c'est la méthode évacuante préconisée par M. Belot (de la Havane). Les purgatifs, l'huile de ricin, entre autres, sont donnés dès le début et souvent répétés. On aide le travail d'élimination par la peau au moyen d'infusions de thé.

» On a été très sobre d'émissions sanguines. Du reste, on n'a pas eu à s'en louer, même chez les sujets à constitution pléthorique.

---

plus aggraver la maladie, et à une période plus avancée l'effet eût peut-être été plus satisfaisant. Quant à l'asthme nerveux et à l'asthme catarrhal, l'observation a suffisamment démontré qu'une cure de bain prolongée avec tous les soins désirables, et répétée plusieurs années de suite, n'avait pas seulement un effet hygiénique, mais procurait aussi des résultats thérapeutiques souvent très marqués, sinon radicaux. L'action sédative du bain joue ici un rôle aussi important que l'action reconstituante. Enfin nous avons fait voir que l'atmosphère maritime pouvait, dans certains cas, exercer une influence hygiénique favorable sur la phthisie ; mais existe-t-il des faits assez nombreux et assez bien observés pour permettre d'avancer que cette maladie guérit par le traitement marin quand elle peut se prêter à ses diverses pratiques ? Cette question ne peut pas être résolue en principe et d'une manière absolue. Il serait dangereux, d'après les quelques faits consignés dans les traités de bains de mer, et que nous ne voulons pas d'ailleurs contester, d'établir une règle sur ce point ; il faut regarder les cas de guérison comme des exceptions, et reconnaître tout au plus que, dans les conditions les plus favorables de climat et de forme de la maladie, on peut tenter, dans la phthisie, le bain de mer froid pris convenablement et aidé de l'eau de mer en boisson. Dans un travail lu à la Société d'hydrologie en 1857, nous avons rapporté un cas de guérison par la mer d'un abcès gangréneux du poumon qui avait résisté au traitement thermal par les eaux sulfureuses. Ne prendre le bain qu'aux heures chaudes du jour, éviter l'air humide et froid des soirées, sont des précautions capitales du traitement de ces maladies.

Les cachexies avec engorgement du foie et de la rate, quelquefois même avec ascite, suite des maladies chroniques de l'intestin ou de quelque autre organe de l'abdomen, peuvent trouver une modification utile dans le bain de mer si la réaction consécutive se fait suffisamment bien.

Les affections rhumatismales présentent d'assez nombreuses indications du traitement qui nous occupe. Toutefois, il est ré-

» C'est la vraie médecine des symptômes que l'on doit faire.
» La mortalité a été jusqu'au 30 mai de 12 pour 100. »

— M. *Nélaton*, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'occasion de l'érection du monument de Bonnet (de Lyon).

— M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

— M. *Briquet* achève la lecture de *son rapport sur le mémoire de M. le docteur Cazalas, relatif aux affections typhiques de l'armée d'Orient*.

Nous extrayons de ce rapport les passages suivants :

« Les affections que l'auteur nomme *typhiques* forment un groupe distinct de toutes les autres espèces morbides. C'est un genre particulier de maladies, aussi spécial que l'est le genre des éruptions varioleuses.

» Les diverses espèces qui composent ce genre ont toutes la même nature, le même fond, et elles ne diffèrent que par le degré. C'est toujours le même groupe de symptômes, produits par la lésion des mêmes appareils, depuis la fièvre typhoïde à son degré le plus léger jusqu'à la forme la plus grave de toutes, le typhus sidérant.

» Quand la maladie contagieuse est grave, comme le typhus, elle a beaucoup de tendance à se propager et à frapper les sujets exposés à son influence.

» La même maladie contagieuse peut également donner lieu, si elle est grave, à une maladie grave, ou, si elle est légère, à une affection typhoïde légère.

» Certaines conditions locales (humidité, défaut d'espace), favorisent l'émission et l'absorption du principe contagieux : d'autres (sécheresse de l'air, élévation du sol) empêchent le principe de se développer.

» Il faut une prédisposition pour que le principe contagieux puisse produire son effet.

» Le meilleur moyen d'empêcher la propagation épidémique d'une maladie contagieuse est d'établir, aussi loin que possible, l'aération dans les lieux où se trouvent les malades. »

Telles sont les principales propositions qui résument la première partie de ce travail.

Dans la deuxième partie, M. Cazalas traite de la pathologie proprement dite, expose les phénomènes communs aux affections typhiques, leur diagnostic différentiel et leurs complications.

Dans la troisième partie, relative à l'anatomie pathologique, M. Cazalas déclare que sur trente-cinq autopsies de malades atteints de typhus il a trouvé trente et une fois les follicules de Brunner et les plaques de Payer atteints par une altération pathologique analogue à celle de la fièvre typhoïde. L'auteur s'appuie principalement sur ces résultats nécroscopiques pour soutenir l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. M. le rapporteur ne trouve pas dans les faits qui ont été opposés à cette doctrine des raisons suffisantes pour rompre la liaison si patente, selon lui, qui existe entre toutes les affections typhiques.

La quatrième partie du mémoire de M. Cazalas est relative à la thérapeutique. M. Briquet pense qu'il est difficile d'asseoir un jugement sur la valeur du traitement que la nature des circonstances a fait adopter; « toutefois, dit-il, M. Cazalas a constaté de manière à n'en pas douter : 1° que dans les cas graves l'expectation pure et simple est une méditation sur la mort; 2° que l'emploi des toniques et celui des excitants, au début de la maladie, sont aussi préjudiciables au malade que l'expectation. »

La commission propose d'adresser des remerciments à l'auteur, et de renvoyer son travail au comité de publication. (*Adopté*.)

OBSTÉTRIQUE. — M. *Mattei* lit un travail intitulé : DE LA DYSTOCIE PAR OBLITÉRATION COMPLÈTE DU COL UTÉRIN. — Après quelques détails historiques, M. Mattei donne la description succincte des cas qu'il a observés, dépose sur le bureau un tableau donnant le relevé de quarante observations, et sur ces bases il fait l'histoire générale de la maladie. Il résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans la cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale; mais, dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° Cette oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme, quelquefois même elle cause son prolongement, et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever tous les doutes, on doit introduire *toute la main dans le vagin*.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte inaccouchée. Dans les cas mêmes où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 29 notés).

4° Les moyens employés jusqu'ici pour diviser l'obstacle ont été l'ongle et la sonde de femme longue. Cet obstacle étant peu résistant, on peut donc tenter d'abord ces moyens. Là où ils ont été insuffisants on s'est servi des ciseaux ou du bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement employé; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin, et ordinairement

---

sulté d'une longue et consciencieuse discussion sur le traitement de ces maladies par les eaux minérales, à la Société d'hydrologie, que les formes atoniques avec empâtement des articulations étaient seules justifiables du bain de mer. Le refroidissement par l'air est ici ce qu'il faut le plus redouter; aussi l'hydrothérapie marine faite dans les établissements spéciaux, étend-elle ses indications à des formes plus actives. L'hydrothérapie à l'eau chaude, les bains de sable, les frictions de vase, sont encore des ressources utiles dans ces affections. Le traitement des maladies de la peau est également subordonné à des questions de forme et surtout de diagnostic étiologique. Ce qu'on en peut dire de plus général, c'est qu'il n'y a guère que les espèces qui se lient à la diathèse scrofuleuse ou au moins au lymphatisme, qui soient attaquables dans leur période récente par le bain à la lame, et que celles qui dépendent des diathèses rhumatismale et dartreuse doivent être arrivées à la période d'épuisement de la maladie et du malade; que les formes sécrétantes guérissent mieux que les formes sèches, quoique Biett pensât le contraire; enfin qu'il faut tenir compte non-seulement de l'action dynamique du bain, mais aussi de l'action topique de l'eau, et mettre à profit son action altérante et purgative comme boisson.

L'hydriatrie marine convient encore à beaucoup de maladies. Les cachectiques vont lui demander l'embonpoint et les polysarces la maigreur, ce qui se comprend par l'action dynamique du bain, qui a pour résultat de régulariser la nutrition et de corriger, par conséquent, l'hypertrophie comme l'atrophie. Les altérations de sécrétion : hypercrinie cutanée, catarrhes muqueux ou séreux, spermatorrhée, les engorgements, les tumeurs et les épanchements atoniques, éprouvent, par l'impulsion imprimée à tous les actes organiques, des modifications qui aboutissent souvent à la guérison. Des maladies plus graves encore, et dont le nombre tend à s'accroître, lui doivent des modifications favorables; dans le diabète, le rétablissement des fonctions de la peau et l'amélioration des fonctions digestives sont des résultats observés depuis longtemps;

sans le secours de la vue, comme il divise des tissus éminemment vasculaires, et qu'il occasionne une perte de sang, comme les angles de la plaie en s'agrandissant peuvent porter loin la déchirure, enfin là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour ces motifs l'usage du bistouri n'est pas sans dangers.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse, en quelque sorte, une ouverture à travers les tissus utérins, et l'on évite les dangers auxquels expose le bistouri.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ. — DÉLIRE SINGULIER DU AU HACHISCH.

M. *Henri Roger* donne lecture d'un nouveau chapitre d'un long travail sur l'emphysème sous-cutané généralisé, dont il a déjà communiqué un fragment à la Société. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1862, n° 18, p. 286.) Il s'agit aujourd'hui de l'emphysème sous-cutané produit par des gaz provenant des voies digestives. L'auteur rappelle d'abord les faits observés chez les animaux herbivores, où les gaz se développent d'une manière permanente dans les réservoirs alimentaires par la fermentation des matières ingérées : qu'une perforation ait lieu, soit par une cause externe (plaie du ventre, ponction du rumen chez le bœuf ou du cæcum chez le cheval), soit par une cause interne (corps étrangers résistants ingérés par l'animal, etc.), les gaz pourront s'infiltrer dans la région abdominale et se propager de proche en proche dans le tissu cellulaire sous-cutané, notamment dans la région des lombes et des flancs. C'est ainsi du moins que MM. Bouley et Reynal expliquent l'apparition spontanée de tumeurs aériennes observées chez divers animaux par Schrœder et M. Lafosse (de Toulouse). (Voy. *Nouv. dict. pratique de méd., de chir. et d'hyg. vétér.*, t. V, p. 469.)

Chez l'homme, des accidents analogues peuvent se produire par la réunion de deux conditions, savoir : une solution de continuité des voies digestives, et un obstacle à la sortie des gaz par les orifices naturels. Tel a été probablement le cas cité par Morgagni (28ᵉ lettre, § 22). M. Demarquay (*Gaz. des hôp.*, 25 février 1860) a signalé un cas d'emphysème survenu à la suite d'une opération de fistule à l'anus ; l'orifice naturel étant obstrué par les pièces de pansement, les gaz intestinaux pénétrèrent dans le tissu cellulaire du périnée, des bourses et de la paroi abdominale. L'accident peut aussi se produire dans les cas de perforation intestinale, quand l'ulcération se développe en un point qui avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. M. Roger en a vu récemment un exemple chez un malade dont il rapporte l'observation. C'était un enfant de douze ans chez lequel, pendant le cours d'une péritonite tuberculeuse, on vit apparaître d'abord une tuméfaction circonscrite à la région cæcale, avec rougeur diffuse à la peau, matité, douleur, mais sans fluctuation sensible, et qui s'affaissa et disparut en huit à dix jours ; mais on vit alors se développer dans l'autre fosse iliaque une nouvelle tumeur plus saillante, et rendant sous les doigts la sensation caractéristique de la crépitation gazeuse. L'infiltration s'étendit rapidement sous l'ombilic, vers la région mammaire droite et dans les régions latérales du cou et de la face, où elle donnait au malade l'aspect que l'on observe ordinairement dans les oreillons. Le malade succomba à une pneumonie concomitante. L'autopsie démontra que les deux tumeurs apparues aux régions iliaques répondaient exactement à deux perforations intestinales, siégeant l'une au cæcum, l'autre sur une anse de l'iléon, et toutes deux de nature tuberculeuse.

M. Roger demande à ses collègues s'ils connaissent quelques faits qui pourraient prendre place à côté de cette observation intéressante, faisant remarquer que jusqu'à présent on n'a signalé dans les cas de perforation que des tumeurs aériennes localisées, mais pas d'infiltration générale.

M. *Béhier* n'a pas vu d'emphysème général partant des parois abdominales ; il a observé récemment une tumeur aérienne localisée à la région du cou, survenue à la suite d'un abcès, et où l'on put, par la ponction, déterminer la sortie du gaz et la guérison. Il voit en ce moment une autre tumeur aérienne formée par la perforation d'une caverne tuberculeuse, mais elle est limitée à la région thoracique et ne s'étendra pas.

M. *Moutard-Martin* a vu l'an dernier avec M. Monneret, dans un concours de bureau central dont ils étaient juges, un malade qui aurait pu mettre un candidat dans un grand embarras. C'était un forgeron très vigoureux, qui, s'étant endormi sur l'herbe aux environs de Paris, s'était réveillé entièrement gonflé d'air ; il avait essayé de reprendre sa marche, et, se sentant étouffer, il aurait lui-même donné issue au gaz avec ses ongles. Au moment de l'examen, l'emphysème était général, et la peau présentait en effet à la région du cou des érosions ressemblant à des coups d'ongle, et au ventre une petite plaie qui semblait faite avec un instrument tranchant. Le récit du malade était-il exact ? S'agissait-il d'un emphysème spontané ? Ce cas parut trop obscur pour être donné aux concurrents. On apprit depuis que cet homme s'était mis dans une ivresse complète, en compagnie de garçons bouchers, lesquels s'étaient sans doute amusés à l'insuffler pendant son sommeil, genre de

---

dans le cancer, des phénomènes de résolution locale et de reconstitution générale sont en voie d'être constatés et sont déjà, de la part de ceux qui les ont signalés, l'objet d'une revendication de priorité.

Terminons cette trop longue et pourtant incomplète énumération en rappelant que le bain de mer est considéré par beaucoup d'hydrologistes, les Allemands surtout, comme le complément très utile de certains traitements minéraux. Après un temps de repos qui doit être de quinze jours au moins, et lorsque la sensibilité de la peau n'a pas été surexcitée par ces traitements, une cure de bains ou au moins une saison d'hygiène au bord de la mer parvient à rétablir les forces très souvent altérées par les eaux minérales, sans détruire ni même contrarier leurs effets. L'opportunité de cette mesure appartient, d'ailleurs, uniquement au jugement du médecin qui a dirigé le traitement thermal.

Nous ne voudrions pas encourir pour les bains de mer le reproche souvent mérité qu'on adresse aux prôneurs trop enthousiastes des eaux minérales. Loin de prétendre qu'ils conviennent à tout et qu'ils guérissent tout, nous voudrions être parvenu, en insistant sur les principes de leur mode d'action, à faire comprendre qu'ils peuvent causer autant de mal que de bien quand ils ne sont pas indiqués ou que leurs règles ne sont pas observées. Leur utilité est limitée à une forme et à une phase des maladies : la forme où les symptômes dérivent d'un principe de faiblesse organique ou fonctionnelle, la phase où ces symptômes ont épuisé leur activité première. Que si le nombre de ces maladies est considérable, c'est que presque toutes celles qui sont inscrites dans le cadre nosologique peuvent, à un moment donné, se trouver dans ces conditions. Il serait donc convenable de ne pas traiter avec indifférence et de ne pas abandonner à la routine une source d'hygiène et de thérapeutique dont l'utilité ne peut être méconnue et qui a l'avantage, rare en médecine, de se présenter avec tout l'attrait du plaisir.

Dʳ Dutroulau,
Inspecteur des bains de mer de Dieppe.

facétie connu dans cette profession, et dont M. Marjolin avait déjà vu plusieurs exemples.

— M. *Delasiauve* rapporte un cas de délire singulier, dû à l'action du hachisch aidé de l'ivresse alcoolique. Au commencement du mois dernier, un homme de vingt-cinq ans, d'une stature athlétique, d'un type oriental prononcé, et parlant une langue inconnue, fut arrêté dans la rue Vanneau, où il se livrait à des actes insensés. Il fut conduit à la préfecture et de là à Bicêtre, comme atteint d'aliénation mentale. Ses premiers actes furent de se précipiter sur les ordures et de les dévorer; il ne présentait du reste qu'une agitation maniaque modérée et un certain état de stupeur que l'on chercha à combattre par une application de ventouses à la nuque; le soir, il se livra à quelques démonstrations érotiques sur les personnes qui l'entouraient. Le lendemain, un membre de l'ambassade persane venait le réclamer comme un compatriote, et se faisait parfaitement reconnaître et comprendre de lui. On apprit alors que ce jeune homme, envoyé en France comme plusieurs autres pour perfectionner son éducation, s'était livré spécialement à l'étude de la peinture, mais que son professeur lui avait déclaré récemment qu'il fallait renoncer à réussir dans cet art. Le jeune Persan ressentit un chagrin profond de cet arrêt qui brisait sa carrière, et se replongea dans des habitudes trop communes dans son pays. Il était mangeur d'opium, de hachisch, et s'adonnait en même temps à l'ivresse alcoolique pour se procurer l'extase. C'est à la suite d'un dernier excès de ce genre, où les doses de hachisch et d'eau-de-vie avaient été un peu dépassées, que s'était déclaré le délire où on l'avait trouvé. En ce moment, il se croyait dans le paradis de Mahomet, et rêvait des délices érotiques qui n'étaient pas celles de l'amour féminin. La sodomie passive était sa préoccupation incessante, et il faisait par gestes à toutes les personnes qui l'entouraient les propositions les moins équivoques. Au bout de quelques jours, ce délire se calma, et le malade revenu à la raison, confirma par son récit tous les détails donnés par le drogman, et avoua ses habitudes d'ivresse et d'extase délirante, où il retrouvait le souvenir des mœurs étranges qui avaient été les siennes en Perse, où elles sont en effet fort répandues, mais auxquelles il prétendait avoir renoncé en France. Il sortit bientôt de l'hospice en promettant de renoncer à ses excès.

M. Delasiauve fait observer à ce sujet que les qualifications de *lypémanie*, d'*état maniaque*, portées sur les certificats, qui avaient accompagné le malade à l'hospice, constituaient une appréciation inexacte de son état mental. Cet état se rapproche du délire des épileptiques, de celui de la fièvre typhoïde, de l'alcoolisme, de l'intoxication par le plomb, par l'opium ou par la belladone, mais diffère notablement de l'agitation maniaque. Dans celles-ci il y a incohérence des idées et des discours, quelles que soient d'ailleurs les formes délirantes, il y a toujours contradiction entre les idées. Au contraire, dans l'ivresse du hachisch, comme dans les délires qu'il vient de mentionner, M. Delasiauve remarque qu'il y a seulement embarras, confusion des idées, mais pas d'incohérences ni de contradictions; les idées paraissent provenir de fausses sensations, illusions ou hallucinations, mais elles se suivent et se traduisent par des actes logiques en rapport avec ces sensations. M. Moreau (de Tours), dans son TRAITÉ DU HACHISCH, a cru, il est vrai, devoir attribuer à cette substance l'incohérence, la monomanie, les hallucinations de la folie véritable, mais M. Delasiauve n'admet pas cette assimilation et maintient la différence clinique qu'il vient de mentionner: les effets du hachisch diffèrent pour lui essentiellement de la manie aiguë, de la monomanie et de la démence; ils sont au contraire très analogues à ceux du *delirium tremens*, du délire saturnin, où le malade est seulement trompé par des sensations fausses, mais où le raisonnement conserve sa justesse. Les idées délirantes ont paru ici en conformité avec les mœurs, les préoccupations habituelles du malade. Cette conformité n'est pas constante dans le *delirium tremens* et le délire saturnin; souvent dans ces cas les idées délirantes ne reposent sur rien de réel.

D^r E. ISAMBERT.

IV
REVUE DES JOURNAUX.

Diabète sucré guéri par l'usage du sucre à haute dose.

Le diabète consistant dans la production, au sein de l'organisme, de quantités anormales de glycose qui passent dans le sang et imprègnent les humeurs, il paraît assez naturel de sevrer les diabétiques de toute alimentation sucrée. Néanmoins, quelques médecins, arguant de certaines expériences de M. Cl. Bernard, d'après lesquelles la présence du sucre dans l'économie serait nécessaire à l'entretien de la vie, ont pensé que peut-être le dépérissement des malades tenait précisément à une trop grande élimination du sucre, et qu'il y aurait lieu conséquemment de faire entrer en proportion considérable dans leur alimentation les matières saccharines ou les matières susceptibles de se transformer en glycose dans le travail de la digestion. M. Chevallier donna ce conseil dès 1842, et M. Piorry le suivit en 1857. Cet honorable professeur se loua beaucoup de la médication, et plus tard MM. Pitta et Jordão en Espagne, et M. Budd en Angleterre, vinrent lui prêter l'appui de leurs expériences.

C'est aussi à mettre en faveur la médication sucrée dans la glycosurie que tend l'observation publiée dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS par M. le docteur Rigodin (de Buzançais). Un sujet atteint de diabète, qui fut mis à l'usage d'un café « excessivement sucré », gagna en embonpoint 13 kilogrammes dans l'espace de deux mois; en même temps la sécrétion des reins revint presque à son type normal.

Voilà le fait. Est-il aussi probant qu'il le paraît? Nous en doutons, et voici pourquoi : d'un côté, il faut s'en rapporter exclusivement au titre de l'observation pour accorder qu'il se soit agi d'autre chose que d'une *polyurie* simple ou *diabète non sucré*; car nulle part, dans l'exposé des caractères de la maladie, il n'est fait mention de la recherche de la glycose. D'un autre côté, le malade n'a pris par jour que la quantité de sucre nécessaire pour édulcorer, — fortement, il est vrai, — trois tasses de café, quantité petite relativement à celle que recommandaient les autres observateurs, notamment M. Chevallier qui voulait qu'on en élevât la dose à 500 grammes. En même temps le malade suivait à la lettre et libéralement la médication préconisée par ceux qui excluent le sucre du traitement du diabète, puisqu'il prenait, outre le café, du vin de Bordeaux, de l'eau-de-vie, du punch au rhum et de l'eau de Vichy. Il disait du punch au rhum : « Cela me rend la vie. » Il ne le disait pas du sucre. C'était là, croyons-nous, sous une forme banale, la vraie expression du fait scientifique.

Cette objection que nous adressons à l'observation de M. Rigodin, nous y insistons, parce qu'elle s'applique à un grand nombre des faits produits à l'appui de la médication sucrée. Nous avons vérifié de nouveau les observations de M. Budd, celle même qu'il a publiée en 1858 dans le MEDICAL TIMES en vue de répondre aux objections dont les précédentes avaient été l'objet, et nous y avons vu que le sujet soumis à l'usage du sucre prenait en même temps du xérès, du bitter, du quinquina et de l'huile de foie de morue. Il faut, d'ailleurs, ajouter que certains observateurs, M. Williams entre autres, disent n'avoir retiré de la médication sucrée que des résultats négatifs ou fâcheux.

La théorie du diabète, encore si débattue aujourd'hui, malgré de très remarquables travaux, ne sera parfaitement assise que le jour où elle pourra subir sans préjudice le contrôle de la clinique. Pour ne pas sortir du sujet de la note de M. Rigodin, si le fait que cette note tend à confirmer était exact, la théorie de M. Cl. Bernard recevrait une atteinte sérieuse. En effet, si la glycosurie vient de ce que le sucre formé en excès

Digitized by Google

dans le foie aux dépens des matières albuminoïdes et répandu dans le sang ne peut plus être détruit par la combustion, et doit être éliminé au dehors, on ne s'explique nullement comment on remédierait au mal en chargeant le sang et le foie d'une plus grande quantité de sucre. Mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Ce que nous sommes seulement disposé à croire, c'est que l'usage des substances saccharines n'est pas aussi nuisible qu'on l'en a accusé. Ce qui constitue la gravité du diabète, ce n'est pas la présence du sucre dans les humeurs, c'est la production même de ce sucre aux dépens de matières destinées à la nutrition : de là l'émaciation rapide des diabétiques. Ajoutez artificiellement du sucre à celui qui se produit dans l'organisme, vous grossirez un élément morbide, mais un élément peu grave par lui-même ; vous ne changerez rien au fond même de la maladie. Et c'est ainsi qu'on se rend très bien compte des succès obtenus par l'emploi combiné du sucre et d'un régime généreux : le sucre ne fait pas grand mal, le régime fait beaucoup de bien, et le résultat total est avantageux. (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 4e série, n° 28.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions applicable à la pratique des arts plastiques, par M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne) ; premier fascicule avec atlas de 74 figures photographiées avec texte explicatif. Grand in-8, Paris, veuve J. Renouard.

> « L'idéal moderne a son type dans l'art et son moyen dans la science. C'est par la science qu'on réalisera cette vision auguste des poëtes : le beau social. On refera l'Éden par A + B... »
>
> (*Les Misérables*, t. IX, p. 178.)

La physiologie, la plus noble et sans contredit la plus difficile des sciences d'observation, subit en ce moment une métamorphose complète ; elle est en pleine révolution. Les dogmes, les théories ont tout à fait changé de face depuis trente ans, grâce aux découvertes nouvelles, aux faits récemment observés et aux progrès incessants de la méthode expérimentale.

Dans ce mouvement, qu'on ne peut assimiler qu'à la rénovation des sciences physico-chimiques à la fin du siècle dernier, il faut signaler surtout la tendance qui consiste à rendre à la physiologie ses droits entiers et ses limites naturelles.

Dans l'opinion de beaucoup de gens, les médecins compris, cette science aurait pour but essentiel et presque unique, la connaissance des fonctions chez l'homme considéré en santé et à l'état isolé, et l'application de cette connaissance à l'hygiène et à l'art médical proprement dit. Toute excursion du physiologiste en dehors de ce cadre pratique constituerait une sorte d'usurpation sur les sciences voisines, un empiétement périlleux sinon sacrilége, inutile sinon puéril.

Depuis bien longtemps, au contraire, des esprits plus élevés ont donné à la science des fonctions un champ plus vaste, et ont proclamé son intervention immédiate et nécessaire dans les questions politiques et sociales, puisque les fonctions de relation président aux lois naturelles de l'agglomération et aux rapports réciproques des êtres réunis, — dans les questions de morale, de philosophie, d'éducation, de religion, puisque les croyances, les mœurs, les habitudes, les aptitudes innées ou acquises de l'homme dépendent très directement de sa constitution organique, de sa race, de son régime, de son genre de vie et du milieu où il se trouve — dans les questions artistiques enfin, puisque le degré le plus élevé où l'art puisse atteindre est la reproduction plastique ou graphique de l'homme vivant et animé par les passions.

Mais les petits esprits sont plus nombreux que les grands et les étroits horizons plus commodes que les vastes, de sorte que par une muette convention les médecins, les naturalistes, les savants qui seuls étaient capables d'embrasser l'ensemble, ont laissé la physiologie s'émietter, pour ainsi dire, abandonnant la psychologie aux philosophes et aux théologiens qui ne savent pas ou ne veulent observer, la morale, l'éducation, la politique à des hommes soi-disant pratiques, qui ne connaissent pas le premier mot de l'homme et s'inquiètent peu de le connaître, les règles de la plastique enfin à des artistes qui peuvent être doués d'une grande intuition et d'un remarquable talent d'observation, mais qui, abandonnés à leur instinct, manquent de guide sûr pour éviter l'erreur. D'où il résulte que l'abdication des physiologistes laisse la direction du vrai, de l'utile et du beau, aux mains d'hommes éminents sans doute, mais qui ignorent ou dédaignent les véritables procédés scientifiques, et n'ayant pas connaissance des propriétés innombrables et merveilleuses de la matière, se font une sorte de gloire de la mépriser et d'exalter à ses dépens des principes faux ou hypothétiques.

Par bonheur la grande science marche toujours et reprend ses droits ; non-seulement les fonctions de nutrition et de reproduction sont mieux connues de jour en jour, mais les fonctions de relation qui touchent aux points les plus élevés de la science de l'homme se dégagent peu à peu des obscurités qui les ont si longtemps couvertes. L'anthropologie et l'ethnologie éclairant les origines de notre espèce et la formation de notre société, démontrent définitivement la pluralité des races humaines et placent sur des bases solides l'histoire naturelle de l'homme.

L'étude du système nerveux et des fonctions cérébrales, poursuivie par des savants sans peur prépare les éléments d'une philosophie pratique purgée de mysticisme, et en attendant que notre science s'impose sans retour au législateur, elle formule hardiment des décrets destinés à régir plus tard le monde social. Enfin, et c'est par là que je termine ces généralités, la physiologie va faire passer sous ses fourches caudines l'art lui-même, non pour l'entraver, mais pour le guider, prévenir ses écarts et diminuer ses tâtonnements, non pour l'amoindrir mais pour l'épurer et pour lui fournir, presque malgré lui, une véritable syntaxe.

Les magnifiques travaux de M. Duchenne (de Boulogne) appartiennent précisément à cette limite extrême où la physiologie se fusionne avec la psychologie et la plastique, ce qui fait comprendre pourquoi le sujet a été peu ou imparfaitement exploré jusqu'à ce jour par les savants purs. Ces recherches forment un paragraphe important du grand chapitre des *fonctions d'expression*, paragraphe à peine ébauché qui comprendra la pantomime faciale et la pantomime du corps, c'est-à-dire le langage muet parlé par le système nerveux à l'aide du système locomoteur. Langage universel, uniforme, commun à tous les membres de l'espèce humaine et semblable pour tous, ayant pour radicaux invariables les sentiments et les passions, et pour agents d'expression les muscles à contraction silencieuse.

C'est le visage surtout qui parle ce langage, la main, quoique éloquente aussi, ne vient que bien loin après, et plus loin encore les attitudes du tronc et des membres. En abordant d'emblée l'étude du *mécanisme de la physionomie humaine*, M. Duchenne, on peut le dire, saisit résolûment le taureau par les cornes. Partant de ce principe que tout langage a des règles fixes et des signes précis, il cherche et découvre ces signes et les règles suivant lesquelles ils s'associent ; il décrit, en un mot, ce qu'il appelle l'*orthographe de la physionomie en mouvement*. Expression qui étonne d'abord et qu'on est disposé à critiquer, mais qui cependant, à mon avis, est juste au propre comme au figuré, d'ailleurs difficile à remplacer par une dénomination meilleure.

Le sujet, il est juste de le dire, avait déjà été exploré, et M. Duchenne prend soin lui-même dans une introduction historique, de nous faire connaître les essais de ses prédécesseurs ; mais jusqu'alors on n'avait procédé que par voie d'observation et d'induction. On avait bien compris que les mouvements du

visage, comme ceux du bras ou de tout autre partie, étaient dus aux muscles, mais l'action des muscles faciaux avait été déduite soit des rides et plis cutanés lentement produits par les contractions répétées, soit de la forme, de la direction, des insertions des fibres musculaires elles-mêmes. Ces données n'avaient pas conduit à la vérité et n'y devaient pas conduire. Ainsi, en ce qui concerne les plis et rides du visage, on démontre aisément qu'ils ne résultent pas exclusivement de l'expression des passions, et reconnaissent souvent pour causes des infirmités congénitales ou acquises, que d'ailleurs ils ne sont pas toujours, comme l'avait pensé Camper, perpendiculaires à la direction des muscles. C'est surtout pour l'étude de la physionomie au repos que ces stigmates ont de l'importance, mais ils n'apprennent rien de certain sur le jeu propre des muscles isolés.

M. Duchenne prouve tout aussi péremptoirement que les divers critériums qui servent si utilement à déterminer l'action des muscles du tronc et des membres, sont ici d'un faible secours, car les fibres musculaires du masque facial ne présentent ni les insertions précises, ni les points d'appui invariables, ni le parallélisme rigoureux, ni la condensation exacte des autres organes contractiles. Il y a là un enchevêtrement, une continuité fibrillaire apparente qui de plusieurs muscles n'en semble faire qu'un, ou bien des intersections, des séparations à peine appréciables pour l'anatomiste, et en vertu desquelles un muscle orbiculaire par exemple, dont l'action très simple semble se réduire au rôle de sphincter, peut cependant présenter des contractions partielles, limitées tantôt à son bord libre, tantôt à son bord adhérent, tantôt à sa moitié supérieure, tantôt à sa moitié inférieure, sans compter que, même dans une contraction partielle ou générale, les effets produits, les expressions traduites différeront notablement suivant que partie ou totalité des fibres juxtaposées entrera en action, et que l'intensité de l'effort sera plus ou moins grande.

Puisque l'à priori et l'à posteriori tirés de l'observation et de l'anatomie étaient impuissants, il fallait procéder autrement et employer la méthode expérimentale ; c'est à quoi se décida M. Duchenne, et c'est à l'intervention de cette puissante méthode que nous devons des notions nouvelles qui, cette fois, nous paraissent complètes et définitives.

M. Duchenne, personne ne l'ignore, s'occupe depuis longtemps d'électrisation, et il a acquis dans l'emploi de ce moyen une habileté incontestée. En faisant contracter isolément les muscles il a, dans maintes régions, élucidé leur usage et corrigé les notions qu'on possédait avant lui. Il suffira de rappeler ses travaux sur les muscles de la main, de la jambe et du pied, et sur quelques muscles de l'épaule et du tronc, etc.

Depuis plus de douze ans environ, son attention s'est également portée sur les muscles de la face, comme l'atteste un premier mémoire adressé aux sociétés savantes dès 1850. La publication d'aujourd'hui à laquelle on ne peut certes pas reprocher la précipitation, n'est que la quintessence de ces recherches patiemment poursuivies.

Il n'est pas inutile de faire connaître les difficultés particulières que l'on avait ici à surmonter. La physiologie expérimentale, et c'est là son caractère essentiel, s'est créé une voie indépendante ; elle ne tient compte que des résultats qu'elle obtient et ne se laisse pas asservir par les données de l'anatomie pure. Mais elle suppose une connaissance rigoureuse et préalablement acquise des dispositions normales de la région ou des organes sur lesquels elle opère. C'est une vérité incontestable dont, par malheur, ceux qui interrogent la nature vivante n'ont pas toujours tenu un compte suffisant. Cela est si vrai et l'expérience démontre à la longue une liaison si intime entre l'anatomie exacte et la connaissance précise des fonctions que plus d'une fois la physiologie expérimentale a fait découvrir des faits anatomiques restés jusqu'alors ignorés ou méconnus. M. Duchenne, pénétré des exigences de sa méthode favorite, a préludé à l'exploration électrique des muscles de la face par des dissections nouvelles portant à la fois sur ces muscles dont il a rectifié la description et sur les filets nerveux qui les animent. Ce dernier point était d'autant plus nécessaire que pour obtenir la contraction isolée des muscles faciaux, il fallait porter avec justesse l'excitation sur les rameaux nerveux moteurs qui s'y perdent, et trouver par conséquent pour chaque muscle et même pour chaque faisceau principal de ce muscle un lieu d'élection où les rhéophores pussent être appliqués. Cette détermination préparatoire indispensable à la netteté des résultats n'était pas une médiocre tâche, comme le comprendront sans peine tous ceux qui connaissent la disposition du nerf facial, et il est bon de la rappeler à ceux qui voudraient répéter les expériences afin de les prémunir contre les insuccès, les contradictions et les doutes que pourraient produire leurs premiers essais. M. Duchenne lui-même signale modestement les obstacles dont il a triomphé, et quelques planches de son album sont consacrées à montrer ce que produisent des manœuvres vicieuses.

Mais ce n'est pas tout : les filets sensitifs sillonnent en tous sens la couche sous-cutanée de la face, et il est bien difficile d'appliquer les rhéophores quelque part sans provoquer des sensations douloureuses. Or, on pouvait accuser ces sensations de réagir sur les muscles, ce qui ôtait aux contractions le caractère de précision et de limitation qu'on leur attribuait. Le hasard, ordinairement favorable aux chercheurs, a permis à M. Duchenne d'écarter cette objection en lui fournissant un sujet d'un âge mûr atteint d'anesthésie faciale, d'où la possibilité de faire contracter les muscles sans provoquer de sensations douloureuses, et, par conséquent, de supprimer une complication.

Enfin il fallait de toute nécessité reproduire graphiquement les expressions telles que l'électrisation les provoquait. La durée nécessairement restreinte des contractions artificiellement produites excluait tout autre procédé que la photographie ; mais si l'intelligence artistique est déjà si nécessaire pour de simples portraits, il était indispensable ici, pour représenter les expériences physiologiques, d'être bon photographe d'abord, puis d'être initié au but scientifique qu'on poursuivait. Pour y parvenir, M. Duchenne a pris une voie lente, mais sûre : il s'est fait photographe, et son album prouve qu'il a complétement réussi dans cette tentative. Se faire artiste à cinquante ans pour démontrer la physiologie, n'est-ce pas imiter J.-L. Petit qui se faisait latiniste à quarante ans pour devenir un savant chirurgien?

Les préparatifs ainsi faits et les difficultés vaincues, voyons les résultats obtenus pour la physiologie, la psychologie et les arts. Pour la physiologie, M. Duchenne propose une classification des muscles de la face tout à fait nouvelle et fondée sur leurs propriétés expressives. Il ne s'occupe guère de les rattacher à leurs régions respectives : nasale, buccale, palpébrale, génale, etc., mais les étudie tantôt isolément, tantôt deux à deux, trois à trois, suivant qu'ils se contractent seuls ou s'associent pour peindre sur le visage un état particulier de l'âme. C'est donc, à proprement parler, une classification psychologique. Exemple : l'orbiculaire des paupières n'est plus considéré comme sphincter des paupières, muscle du clignement, protecteur de l'organe de la vision et servant à la progression des larmes, mais comme traduisant, suivant les faisceaux qui entrent en action, la méditation, la bienveillance, le mépris. Le masséter n'est plus considéré comme muscle masticateur, mais comme servant à exprimer avec d'autres la colère, la fureur, etc.

De là des dénominations nouvelles ou du moins des épithètes très significatives qui, jusqu'à ce jour, avaient été sous-entendues dans les traités de physiologie et qui désormais devront trouver place dans le dénombrement des usages des muscles du visage : ainsi le frontal est le muscle de l'attention, le pyramidal le muscle de l'agression, le transverse du nez le muscle de la lubricité, le triangulaire des lèvres le muscle de la tristesse, du dégoût, de certaines expressions agressives, etc.

Digitized by Google

En envisageant les muscles de la face sous ce point de vue exclusif et particulier, M. Duchenne a laissé dans l'ombre les autres fonctions de ces organes. Aussi sa classification ne peut être considérée comme naturelle, puisqu'elle ne s'applique qu'à un des usages des muscles en question; mais elle est d'autant plus intéressante que cet usage avait été précisément trop négligé par les auteurs. Au reste, toutes les classifications physiologiques ont le sort commun d'être artificielles, et il n'en peut pas être autrement, ce qui n'ôte rien à leur utilité. Il y avait ici une lacune importante, elle est désormais comblée. Les physiologistes devront s'en souvenir, et, quand ils énuméreront à l'avenir les usages du muscle orbiculaire des lèvres, ils devront dire, comme à l'ordinaire, que ce muscle sert à l'occlusion de la bouche, à la préhension des aliments et de divers objets, à la succion, à l'articulation de certaines consonnes, à la production de certains sons, au jeu des instruments à vent, etc.; puis ils auront bien soin d'ajouter « que, par ses fibres excentriques, il concourt à exprimer le doute et le dédain, et que, par ses fibres concentriques, il augmente l'expression des passions agressives ou méchantes, » et ainsi de suite pour tous les muscles en particulier.

C'en est assez, je crois, pour faire comprendre la part qui reviendra aux recherches de M. Duchenne dans la physiologie descriptive générale, sans préjudice du rôle plus important encore qu'elles joueront dans les chapitres spéciaux, consacrés, d'une part, à la psychologie ou physiologie cérébrale, ce qui est tout un, et à la physiologie du système musculaire. A ce dernier propos, l'action des muscles de la face présente quelque chose de spécial qui a été mis en lumière par M. Duchenne et que je dois signaler ici comme exception à ce qui se passe pour la plupart des autres muscles du corps. On sait, en effet, que rarement un muscle du tronc ou des membres agit isolément et que la contraction efficace d'un seul d'entre eux suppose l'action de plusieurs autres occupés uniquement à réaliser sa condition nécessaire d'un point d'appui fixe. A la face, et pour des raisons que tout le monde comprend, la fixité du point d'appui existe naturellement; aussi les muscles du visage peuvent se contracter isolément. Les contractions simultanées ou associées (et elles sont fréquentes) remplissent un but distinct : elles modifient, augmentent, diminuent ou altèrent l'expression produite par un seul des muscles. Quand je dis qu'un muscle de la face se contracte isolément, je comprends l'action simultanée des deux congénères, et quand je dis, par exemple, que le grand zygomatique se contracte, cela s'applique aux deux grands zygomatiques, car parmi les caractères des fibres musculaires du visage, il faut compter la synergie des muscles symétriques, dont la contraction n'est pas facilement unilatérale ou alterne, comme celle des muscles de la jambe, du bras, etc.

Les paires musculaires du visage peuvent donc se contracter isolément ou associer leur action. M. Duchenne, qui a très bien élucidé ce point, s'en sert pour établir des catégories dans son sujet. Il divise les contractions en *partielles* et *combinées*.

Les *contractions partielles* sont celles qui résultent de l'action de l'électricité sur un seul muscle ou sur un seul faisceau d'un muscle. Elles peuvent être 1° *complétement expressives*. Ainsi il existe des muscles qui jouissent du privilége d'exprimer à eux seuls une expression qui leur est propre : tels le frontal, le surcilier, le pyramidal, etc. Ceci est tout à fait contraire à cette opinion classique, que toute expression exige le concours de plusieurs muscles. Aussi l'auteur s'efforce-t-il de démontrer son paradoxe.

2° *Incomplétement expressives*, c'est-à-dire ne donnant naissance qu'à des expressions factices auxquelles il manque quelque chose, un complément très léger qui sera donné par d'autres muscles agissant d'une manière presque imperceptible.

3° *Expressives complémentaires*. Exemple : le peaucier contracté isolément attire obliquement en bas et en dehors tous les téguments de la partie inférieure de la face, gonfle la moitié antérieure du cou, déforme les traits du visage, mais ne saurait peindre une expression quelconque; mais, dès qu'on lui associe la contraction de tel ou tel autre muscle, on fait sur-le-champ apparaître l'image saisissante des passions les plus violentes : frayeur, épouvante, effroi, torture.

4° *Complétement inexpressives*. Elles seraient rares, et M. Duchenne ne nous en cite point d'exemple. Ces contractions, d'ailleurs très évidentes, ne répondraient-elles pas à ces usages des muscles faciaux dont nous parlions précédemment, qui servent, soit à la nutrition, soit à tout autre usage, et restent étrangers à la manifestation des états intellectuels? Nous le pensons.

Les *contractions combinées* s'obtiennent en excitant simultanément plusieurs muscles de noms différents. M. Duchenne, après avoir essayé toutes les combinaisons musculaires, c'est-à-dire fait contracter tour à tour chacun des muscles avec un ou plusieurs muscles de noms différents, établit que les contractions combinées sont expressives, inexpressives ou expressives discordantes.

C. *Expressives*. — On peut les produire en agissant sur deux muscles. L'expression résultante est simple et naturelle, comme s'il s'agissait d'un seul muscle complétement expressif. Exemple : le rire produit par le grand zygomatique et l'orbiculaire palpébral inférieur. Mais la combinaison de trois ou quatre muscles donne naissance à des expressions beaucoup plus complexes et d'une analyse plus délicate (c'est surtout pour ces dernières que les études de M. Duchenne sont d'une valeur inexprimable). Exemple : faites contracter le frontal (attention), le grand zygomatique et l'orbiculaire palpébral inférieur (joie), enfin le transverse du nez (lubricité), et vous peindrez (ceci est un peu leste) « la situation des vieillards impudiques de la chaste Suzanne ».

C. *Inexpressives*. — Je suppose que l'on fasse contracter en même temps plusieurs muscles qui n'ont point l'habitude d'agir ensemble dans l'expression des passions; ou bien je suppose encore que l'excitation, au lieu de porter sur un filet moteur isolé, rencontre un nerf qui anime un plus ou moins grand nombre de muscles, il en résultera une altération multiple des traits du visage qui aura quelque chose de bizarre et ne traduira aucun sentiment; la physionomie sera bouleversée, mais inexpressive; pour parler un langage vulgaire, il y aura *grimace* : or, la grimace est à l'expression ce que le bruit est à la musique; des deux côtés l'harmonie manque.

C. *Expressives discordantes*. — M. Duchenne donne ce nom aux expressions produites par la contraction simultanée des muscles destinés à peindre des sentiments diamétralement opposés. Mettez en action, par exemple, les muscles de la joie et ceux de la douleur, et vous aurez un spécimen de *contraction combinée expressive discordante;* c'est comme si vous combiniez deux saveurs antagonistes, l'une sucrée et l'autre amère. On fait naître ainsi des expressions très délicates, comme, par exemple, le sourire mélancolique, ou bien encore une admirable image de la compassion en unissant le mouvement du sourire avec une action légère du muscle de la souffrance.

M. Duchenne, considérant que les expressions ainsi produites peignent un sentiment, pour ainsi dire, forcé, applique à ces contractions l'épithète de discordantes, et en fait une classe particulière. Nous ne partageons pas cet avis. En effet, elles ne sont point discordantes, puisqu'elles expriment un sentiment naturel : aussi nous semble-t-il superflu de les distraire de la première classe des contractions combinées.

Après avoir analysé de la sorte et réuni dans un tableau général les actions isolées ou combinées des muscles du visage considérés comme agents d'expression, M. Duchenne, procédant en sens inverse, énumère dans un second tableau les expressions primordiales qu'il a pu obtenir, soit par la contraction des muscles complétement expressifs, soit par la contraction combinée des muscles incomplétement expressifs et des muscles expressifs complémentaires. Nous ne trouvons

dans ce tableau pas moins de trente-trois expressions primordiales, sans compter les nuances, qu'on pourrait multiplier. C'est, comme on le voit, un clavier déjà riche, et pour les artistes une palette assez bien garnie.

En résumé, armé de ses rhéophores, et opérant sur un sujet à intelligence obtuse et à physionomie insignifiante, M. Duchenne a pu produire artificiellement et fixer très nettement par la photographie trente-trois expressions qui représentent les principaux états de l'âme : le tout sans que le sujet ait eu la moindre conscience des sentiments que l'opérateur lui faisait exprimer. La culture de la science et de ses miracles nous rend un peu réfractaire à l'enthousiasme et à l'ébahissement, et cependant comment ne serions-nous pas impressionné, comme homme et comme physiologiste, devant un masque exprimant une terreur indicible ou une joie ineffable, tandis que la respiration reste paisible, le pouls calme, et le cerveau tout à fait inconscient ?

Nous n'avons pu donner qu'une idée incomplète des belles études de M. Duchenne, pour les faire connaître dans tous leurs détails il aurait fallu reproduire d'abord presque toute la brochure, tant elle est concise, et reprendre encore une foule d'aperçus ingénieux et de remarques judicieuses semées dans le texte explicatif de l'album, pour bien comprendre l'ensemble du travail et son originalité ; il est d'ailleurs nécessaire d'avoir les planches sous les yeux en lisant le texte. Aussi nous nous arrêtons, satisfait si nous avons inspiré aux lecteurs le désir de connaître à fond cette œuvre remarquable. Nous n'aimons point l'emphase dans l'éloge, c'est pourquoi nous disons simplement que M. Duchenne a doté la physiologie d'un des chapitres les plus intéressants dont elle se soit enrichie depuis longtemps ; c'est un beau fleuron qu'il a ajouté à notre science française, et rarement voit-on tant de patience unie à tant de sagacité.

Désirant rester, dans cette analyse, sur le terrain de la physiologie pure, nous ne traiterons pas des applications de ces recherches à l'art, et cependant une courte digression est nécessaire pour compléter l'idée d'ensemble et indiquer la portée générale.

M. Duchenne termine son travail par l'*étude critique de quelques antiques au point de vue des mouvements expressifs du sourcil et du front ;* il examine ainsi trois types bien connus : l'*Arrotino* (remouleur), deux *Laocoon* et la *Niobé*. Tout en partageant l'admiration générale qu'on professe pour ces œuvres immortelles, il y constate des *fautes d'orthographe faciale*, ou, en d'autres termes, des contradictions expressives, physiologiquement impossibles dans la nature. Il va plus loin, et montre qu'en rétablissant la vérité physiologique, c'est-à-dire en supprimant l'un ou l'autre des traits discordants, on obtient à volonté (pour les Laocoon, par exemple) deux expressions bien distinctes d'un sentiment que le sculpteur a voulu produire avec raison, mais qu'il a gâté en péchant par excès.

M. Duchenne cherche à pallier sa critique, et ce n'est presque qu'en tremblant qu'il touche à ces arches saintes de l'art ; nous ne blâmons pas ces formes oratoires, mais nous les croyons trop timides. Depuis longtemps, en effet, une vieille querelle existe entre les artistes, d'une part, les anatomistes et les physiologistes de l'autre.

Les premiers contestent la compétence et la validité de notre critique, et nous refusent une certaine intelligence de l'art, qui seule pourrait légitimer nos conseils ; ils invoquent certaines lois de perspective et d'harmonie, certains raccourcis incompréhensibles aux profanes, et qui, d'après eux, rendraient insignifiant, parfois même nécessaire, l'accomplissement prémédité de certaines fautes qui nous choquent.

Nous prétendons, de notre côté, être bon juge de la forme ; comme anatomiste, quand il s'agit de la nature morte, immobile ou inexpressive, comme physiologiste lorsque l'artiste a voulu figurer avec le marbre ou le pinceau une action ou un sentiment. Certes, à nos yeux, la forme n'est pas tout, même dans la sculpture ; l'idée qu'elle est chargée de traduire la domine évidemment, et l'exécution manuelle elle-même n'est pas à dédaigner ; mais il nous semble que de ces trois termes aucun n'exclut les autres. Leur association doit se rencontrer nécessairement dans toutes les productions de l'intelligence humaine, depuis le tableau jusqu'à la sonate. A nulle œuvre la perfection ne saurait nuire, à nulle la négligence ne saurait profiter. Pour notre part, nous avons déjà rompu vingt lances à ce sujet, et comme nous croyons être dans le vrai, nous n'avons jamais cédé un pouce de terrain. A notre sens, les artistes devront tôt ou tard capituler. Une statue d'un sentiment profond et d'un idéal grandiose, qui présente des fautes de forme et une exécution matérielle médiocre, c'est une opération chirurgicale bien conçue, bien indiquée et pratiquée par un chirurgien myope avec un bistouri ébréché ; qu'en dirait le virtuose qui la subirait ? Terminons comme nous avons commencé, en achevant la phrase dont les premières lignes nous ont servi d'épigraphe. Si notre petit jugement est récusé par les artistes, ils accepteront sans doute celui du plus grand poëte des temps modernes : « Au point où la civilisation est » parvenue, dit Hugo, l'exact est l'élément nécessaire du splen» dide, et le sentiment artiste est non-seulement servi, mais » complété par l'organe scientifique. L'art, qui est le conqué» rant, doit avoir pour point d'appui la science, qui est le » marcheur ; la solidité de la monture importe. »

A. Verneuil.
Agrégé de la Faculté.

VI

VARIÉTÉS.

Erratum. — Dans le compte rendu de l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil (*Gaz. hebd.* du 4 juillet), il s'est glissé une erreur qu'il *importe* de rectifier : le chiffre des observations de M. Béhier s'élève à 2276 ; le nombre des autopsies pratiquées par lui est de 133.

— M. Ehrmann, médecin-major de 1re classe au corps expéditionnaire du Mexique, a été promu au grade de médecin principal de 2e classe, et M. Mouflet, chirurgien principal à la Guadeloupe, a été nommé second médecin en chef de la marine à la Martinique.

— Ont été promus : Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. les médecins-majors de 2e classe, Lelorrain et Claudel ; au grade de pharmacien-major de 1re classe, M. Merchier, pharmacien-major de 2e classe au corps expéditionnaire du Mexique ; au grade de médecin aide-major de 1re classe, M. Bernard.

— MM. Chadourne, médecin-major de 2e classe, Touraine, médecin aide-major de 1re classe, et Londe, médecin aide-major de 2e classe, sont désignés pour faire partie du corps expéditionnaire du Mexique.

— M. le docteur F. Barthez a fait don à la Société centrale des médecins de France de la somme de 100 francs. Un don de la même somme lui a été également fait par M. le professeur Marit, à Alger. Enfin M. le docteur Lucas (d'Orléans) lui a adressé en don une somme de 20 francs.

— Le Moniteur annonce que M. le docteur Grand-Boulogne, ancien vice-consul aux Antilles, et médecin à Paris, vient d'être chargé par le ministre de la guerre, avec autorisation de l'Empereur, d'aller à la Vera-Cruz pour s'y consacrer au traitement des malades des armées de terre et de mer qui pourraient être atteints de fièvre jaune.

— Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade de chevalier, M. Clary, médecin aide-major ; M. Thomas, pharmacien aide-major ; au grade d'officier, M. Coindet, médecin-major de 1re classe.

— M. Mouflet, chirurgien principal à la Guadeloupe, a été nommé second médecin en chef à la Martinique.

De l'éducation des enfants, conseils aux parents pour l'hygiène à suivre, par le docteur *Émile Le Roy*. In-18 de xi-270 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

Traité pratique des bains de mer et de l'hydrothérapie marine, fondé sur de nombreuses observations, par le docteur *Roccas*. In-18. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 18 JUILLET 1862. — N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Sur le stage des élèves en médecine dans les hôpitaux : Réponse à l'UNION MÉDICALE. — Question des lactates alcalins : Réponse de M. Pétroquin à M. Corvisart. — II. **Travaux originaux.** Obstétrique : Du forceps à traction soutenue et à progression progressive. — Pathologie chirurgicale : Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax. — III. **Correspondance**. La fièvre jaune au Mexique. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — V. **Variétés.** — VI. **Feuilleton.** Archéologie chirurgicale : Histoire de la périnéorrhaphie. — Trotula, Ambroise Paré, Viardel, Reuling.

Des circonstances particulières, qui ont amené l'absence momentanée des compositeurs du journal, ont retardé d'un jour l'apparition du présent numéro.

I

Paris, 17 juillet 1862.

SUR LE STAGE DES ÉLÈVES EN MÉDECINE DANS LES HÔPITAUX : RÉPONSE A L'*Union médicale*. — QUESTION DES LACTATES ALCALINS.

L'UNION MÉDICALE du 1er juillet s'exprime de la manière suivante au sujet de notre note sur le décret du 18 juin (*Gazette hebdomadaire*, n° 28, p. 434).

Le décret du 18 juin 1862, prescrivant un stage de deux années dans les hôpitaux aux élèves en médecine, quel que soit le titre auquel ils aspirent, est la réalisation d'une idée ancienne qui avait été déjà, d'ailleurs, mise incomplétement en pratique par les ordonnances du 3 octobre 1841 et du 10 avril 1842. C'est donc avec raison que la GAZETTE HEBDOMADAIRE fait observer que « ce n'est pas en réalité un acte récent et qui se relie directement aux changements nouvellement introduits à la Faculté de médecine de Paris. » Ce journal fait honneur de ce décret au Conseil impérial de l'instruction publique, qui l'aurait discuté et arrêté dans la session de juin 1861. Cette assertion est exacte en partie ; en ce qui touche l'obligation du stage imposée aux aspirants au grade de docteur, la GAZETTE HEBDOMADAIRE est dans le vrai. Mais nous croyons savoir que l'extension de cette obligation aux aspirants au titre d'officier de santé se relie directement, pour parler son langage, aux changements nouvellement introduits à la Faculté de médecine de Paris.

Cette idée a d'ailleurs une date plus respectable encore, et la GAZETTE HEBDOMADAIRE eût pu remonter plus haut dans ses souvenirs. Elle l'aurait trouvée formulée dans le projet de loi de M. de Salvandy, discuté et adopté par la Chambre des pairs. En remontant plus haut encore, elle eût vu que le Congrès médical de 1845 avait émis un vœu que le décret du 18 juin a complétement réalisé : « Chaque élève, dit le Congrès, sera tenu de faire un service actif dans les hôpitaux pendant deux ans au moins. » (*Actes du Congrès médical*, page 82.)

Nous ne savons sous l'empire de quelle préoccupation ou

FEUILLETON.

Archéologie chirurgicale.

(Deuxième article.)

HISTOIRE DE LA PÉRINÉORRHAPHIE. — TROTULA, AMBROISE PARÉ, VIARDEL, REULING.

L'*observatio princeps* de la périnéorrhaphie a fait l'objet d'un premier article, et c'était justice. En effet ce récit, si net, si précis, si riche en idées, avait été méconnu, mal compris ou mal traité par les auteurs, à ce point qu'il devenait nécessaire de le reproduire et de le commenter pour rendre à Guillemeau la place honorable qu'il mérite dans l'histoire de la suture du périnée.

Avant lui pourtant, il faut bien le dire, l'opération avait été fort explicitement conseillée, peut-être même mise en pratique, quoique rien ne le prouve d'une manière assurée. Si donc on refuse à notre auteur la *priorité d'invention*, on ne peut guère lui contester formellement la *priorité d'exécution*. Laquelle des deux l'emporte sur l'autre, que vaut-il mieux de concevoir ou d'appliquer? C'est ce que je ne veux pas décider pour le moment, remettant à une occasion plus opportune l'examen complet des diverses espèces de priorité et de leur rang respectif dans la hiérarchie scientifique. Au reste, du conseil donné par ses prédécesseurs, le candide Guillemeau n'en ouvre la bouche, c'était assez d'usage en ce bon vieux temps, et néanmoins la source n'était pas bien éloignée, car elle se trouve dans le livre du vieux maître Paré, livre que l'élève et collaborateur Guillemeau devait connaître mieux que personne. Ce passage est fort explicite :

« *Ce qu'il faut faire lorsque la sage femme a dilacéré et rompu le* » *perineum*, et s'il aduenoit, comme quelques fois se fait, que » par la violence d'auoir tiré l'enfant, on eust dilacéré les par-

Digitized by Google

de quelle distraction l'UNION MÉDICALE a pu écrire ce passage, qui, s'il était bien réfléchi, attesterait un oubli complet des éléments de la question.

Dans le projet de décret de 1861, les aspirants au titre d'officier de santé étaient, aussi bien que les aspirants au grade de docteur, astreints à l'obligation du stage dans les hôpitaux. L'article 1er posait le principe pour les deux ordres, et l'article 2 déterminait pour chaque ordre la durée du stage, dans les facultés et les écoles préparatoires. Seulement, dans le nouveau décret, en ce qui concerne les facultés, la durée du stage n'est restée la même (deux ans) que pour l'aspirant docteur; elle a été élevée d'un an à deux ans pour l'aspirant officier de santé. Quant au stage dans les écoles préparatoires, la disposition qui le concerne dans le nouveau décret est *textuellement* empruntée à l'ancien projet, aussi bien, nous le répétons, pour une catégorie d'élèves que pour l'autre (1). Que s'il s'est présenté récemment (ce que nous n'avons pas entendu dire) quelque difficulté concernant le stage des aspirants aux officiers de santé, nous croyons que M. Rayer était homme à les lever; mais cela n'autoriserait aucunement à dire que « l'extension de l'obligation du stage » à cette catégorie d'élèves « se relie directement aux changements nouvellement introduits à la Faculté de médecine ».

Cette idée, ajoute M. Latour, nous l'aurions trouvée, si nous étions « remonté plus haut dans nos souvenirs, formulée dans le projet de loi de M. de Salvandy, discuté et adopté par la chambre des pairs »; et antérieurement émise sous forme de vœu par le congrès médical. Ici nous cessons de comprendre. De quelle idée veut-on parler? — De l'idée mère du stage? Assurément oui, elle date de plus loin que 1861, puisque nous la rattachons à 1841, qui a précédé le congrès de quatre ans et le projet Salvandy de six ans. — C'est donc *l'idée* de l'extension du stage aux futurs officiers de santé que nous aurions rencontrée, si nous étions *remonté dans nos souvenirs* jusqu'au congrès et au projet de 1847? On n'y songe pas. Ni le congrès ni le projet Salvandy n'ont pu parler de l'obligation du stage pour les officiers de santé, vu que l'un et l'autre repoussaient le second ordre. — S'agit-il enfin de *l'idée* de fixer le stage à deux ans? Eh bien, il n'y a pas un mot de cela dans le projet de M. de Salvandy, pas un mot dans son Exposé des motifs, pas un mot dans le rapport de M. Beugnot, pas un mot dans le contre-projet de la commission qui a servi de texte aux débats de la chambre, pas un mot dans le compte rendu officiel de la discussion, pas un mot enfin dans les articles votés. Le projet (art. 10) comme le contre-projet (art. 55) se bornent à renvoyer la question des « internats obligatoires dans les hôpitaux » à un règlement ultérieur d'administration publique; en sorte que provisoirement la loi de 1847 maintenait les dispositions des ordonnances de 1841 et 1842. Qu'avions-nous dès lors à lui emprunter? Le seul fait exact qu'on puisse relever dans les assertions de notre collègue est celui qui est relatif au congrès médical. Le congrès avait réellement demandé un stage de deux ans; encore faut-il chercher l'expression de ce vœu à un autre endroit des ACTES DU CONGRÈS que celui qu'indique l'UNION, tant l'erreur imprègne sa note jusque dans les détails.

M. Latour, qu'il en soit bien convaincu, ne nous désobligera jamais quand il lui conviendra de noter les parts réciproques que nous croirons devoir faire au passé et au présent de la Faculté. Nous ne connaissons qu'une manière d'honorer le caractère des gens, c'est de se montrer équitable dans les choses qui les touchent. Nous sommes seulement en droit de demander que M. Latour mette à se donner ce plaisir un peu plus d'attention et de discernement.

A. DECHAMBRE.

(1) ART. 1er. — A partir du 1er novembre 1861, nul ne pourra obtenir le grade de docteur ou le TITRE D'OFFICIER DE SANTÉ, s'il n'a suivi..., comme élève stagiaire..., le service d'un des hôpitaux placés près la Faculté ou l'École préparatoire où il prend ses inscriptions.

ART. 2. — Dans les Facultés de médecine, le stage prescrit par l'article précédent commencera après la huitième inscription validée, jusqu'à la douzième inclusivement, POUR LES ASPIRANTS AU TITRE D'OFFICIER DE SANTÉ, et jusqu'à la seizième inscription inclusivement, pour les aspirants au doctorat. Dans les Écoles préparatoires, le stage commencera, POUR LES UNS COMME POUR LES AUTRES, après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la quatorzième inclusivement.

(Extrait du projet de décret adopté en 1861 par le Conseil impérial de l'instruction publique.)

A M. LE DOCTEUR LUCIEN CORVISART.

Sur la question des lactates alcalins et de la pepsine dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif.

Monsieur et très honoré confrère,

Je dois une réponse à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire par la voie de la presse touchant mon mémoire sur l'emploi des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif.

Vous commencez par me remercier tout d'abord d'avoir parlé favorablement de la pepsine et de son introduction dans la thérapeutique; j'aurais été très sensible à ces remercîments si je ne vous voyais écrire immédiatement : « *Je prends la plume contre vous.* »

Vous vous plaignez des altérations fâcheuses qu'on a fait subir à la pepsine en France et en Allemagne; on a eu grand tort certainement de violer les règles de la science; mais vous

---

» ties génitales de la mère, et que, des deux trous, il s'en fust » fait vn, alors il faudra faire quelques points d'aiguille pour » reünir ce qui seroit contre nature, séparé et traiter la playe » selon l'art; et lors que tel accident aduient, est vn grand dé- » sastre à la pauure femme, parce que si elle reuient à estre » grosse après, et que son heure soit venue d'enfanter, ses » parties génitales ne se peuuent assez suffisamment dilater » pour donner passage à l'enfant, à cause de la cicatrice; » par quoy on est contraint la couper vn peu, puis la dilacé- » rer, à raison que l'union se fait mieux, ou autrement la » femme ne pourroit iamais accoucher : ce que i'ay fait à deux » en ceste ville de Paris. » (*Le dix-huitième livre de la génération*, ch. XXXVIII.)

Comme bien on pense, un paragraphe aussi explicite n'a pas échappé à la sagacité de M. Malgaigne, qui a pris soin de le mettre en évidence par une note : « Afin d'appeler l'atten- » tion du lecteur sur ce passage perdu dans un chapitre où » l'on ne serait guère tenté de l'aller chercher, et où l'on » trouve cependant le premier conseil et la première exécu- » tion de la suture du périnée (1). »

J'appelle, à mon tour, l'attention du lecteur sur la note de M. Malgaigne, et je me demande s'il n'a pas été trop loin en attribuant à Paré la *première exécution* de la suture du périnée. Je lis bien dans la phrase terminale du bon Ambroise : *Ce que i'ay fait à deux en ceste ville de Paris*, mais il me semble que cela s'applique à l'action *de couper vn peu et dilacérer la cicatrice* résultant d'une déchirure non traitée, et mettant aux accouchements ultérieurs un obstacle, à la vérité, fort problématique, comme l'expérience le prouve. Le texte est obscur, et je n'y vois de clair que le conseil de coudre les déchirures; encore ne s'agit-il que des déchirures récentes, car il n'est pas question d'avivement. Mais dût-on résoudre la difficulté dans le sens de M. Malgaigne, je persisterais à soutenir les droits de Guillemeau qui, ne se bornant pas à mentionner vaguement la

(1) Ambroise Paré, éd. Malgaigne, t. II, note de la page 719.

Digitized by Google

me rendrez cette justice que je n'ai pas une faute pareille sur la conscience, car vous avouez, et je m'en félicite, que *mon perfectionnement est le plus inoffensif.*

Vous ne voulez pas absolument que la pepsine ait *un peu* perdu de sa vogue primitive; serait-ce qu'on lui a fait faire plus de promesses qu'elle n'en pouvait tenir? On l'a supposé; est-ce à tort? C'est là un fait d'appréciation, dont les meilleurs juges ne sont peut-être pas les auteurs eux-mêmes, qui sont assez sujets à se faire illusion. Vous ne me tenez aucun compte d'avoir dit : « *Ce n'est pas que la pepsine soit dépourvue de propriétés digestives très réelles*, » et vous me faites un grief de n'en être pas un assez chaud partisan; vous m'objectez vingt mémoires, et les auteurs de trois ouvrages publiés en 1862 sur ces matières, et qui, dites-vous, « *tous trois à la pepsine donnent leurs pleines mains* ». Or, parmi eux, je trouve M. Bayard, auteur d'un beau Traité des maladies de l'estomac; il dit, page 286 : « Quand un malade souffre de dyspepsie, quel » inconvénient peut-il y avoir à fournir un appoint de suc gas- » trique qui peut faire défaut? » Cela sent peu l'enthousiasme; il semblerait même que l'auteur veuille s'excuser en ajoutant : « L'essai, dans tous les cas, ne saurait produire aucun incon- » vénient; tout au plus pourrait-on lui reprocher de faire » perdre quelques jours en tâtonnements... » Écoutez encore sa conclusion, page 287 : « Quand, après quelques jours d'essai, » l'amélioration tarde à paraître..., *il faut renoncer à ces » poudres.* »

Vous me faites un aveu qui me touche : « Si la pepsine peut avoir perdu à Lyon *un peu* de sa vogue, comme vous le dites, nul doute que le nouvel agent que vous avez inauguré, patroné dans cette ville, *n'en soit le coupable.* » Je suis donc en droit de conclure que mes confrères ont trouvé à ma médication quelque efficacité; car il ne faut pas se faire illusion sur la portée et l'influence qu'a pu avoir mon patronage; les noms font peu dans ces questions à la longue.

Vous ne voulez pas qu'on touche à la pepsine; votre sollicitude *paternelle* s'irrite chaque fois qu'on cherche à lui associer un agent quelconque. Vous avez bien voulu m'accorder que mon perfectionnement était inoffensif; je suis plus touché encore de l'aveu suivant, que vous me faites en ces termes : « Vous me direz peut-être : mais, par la pepsine aux lactates » j'ai obtenu des succès! — Soit! mais la pepsine, malgré le » bien que vous lui voulez, n'y est pour rien, *tout l'honneur doit » en être à vos sels seuls.* » Je prends acte de cette bienveillante concession, qui parle bien haut en faveur de la médication nouvelle que je propose.

Vous avez pensé me faire une objection capitale en disant : « Vous adressez le médicament nouveau *à toutes* les phases de la digestion dyspeptique; c'est une grande affaire. » C'est là faire l'éloge de la méthode et en faire ressortir la valeur. Nous distinguerons les choses, s'il vous plaît, pour éviter toute confusion; je m'adresse aux trois phases de la digestion; cela est vrai, et c'est là une première différence entre les lactates alcalins dont la sphère d'action est fort étendue, et la pepsine qui n'a que des applications restreintes. Toutefois, notez-le bien, je ne m'adresse pas à tous les cas morbides de chacune de ces trois phases; je me suis appliqué à spécifier avec soin ceux auxquels ma médication paraît surtout convenir; et votre esprit juste et sage sera le premier à reconnaître que c'est là la marche de la bonne médecine pratique.

Je poursuis : « Vous aurez, — ajoutez-vous, — à défendre vos idées théoriques, auxquelles on pourra objecter que l'alimentation donnant des torrents de lactates *tout faits* et d'acide lactique à l'économie, il est peut-être superflu de les rechercher pharmaceutiquement. » Vous m'accordez très implicitement, par ces paroles, que je me suis conformé au procédé de la nature et à la marche qu'elle suit, et que j'ai précisément choisi pour agents médicamenteux les sels qui servent directement au travail digestif; mais je dois vous arrêter sur deux points : quand il y a *des torrents* d'acide lactique et de lactates dans les premières voies, ce n'est plus l'état normal; c'est là un cas morbide, et il y a précisément lieu d'y remédier en régularisant la fonction, comme j'ai cherché et réussi à le faire à l'aide des lactates alcalins. — Ensuite on ne peut pas dire que l'acide lactique et les lactates arrivent *tout faits* dans la cavité gastrique; vous savez mieux que moi que l'alimentation n'en fournit que les matériaux, et que c'est l'estomac qui les élabore dans l'acte de la digestion, et encore faut-il pour cela qu'il ne soit pas malade. « Il arrive parfois, dit avec raison M. Bayard, que les sucs gastriques s'altèrent par la longueur du travail, ou que *leur sécrétion vicieuse les rend inhabiles à parfaire la digestion.* » Dans ces cas, j'administre avec succès les pastilles et les prises de lactates alcalins. Je crois cette médication bonne et efficace; mais je n'ai garde de la présenter comme une panacée. Connaissez-vous un remède qui guérisse toujours, fût-ce même la pepsine? Pour moi, je n'en connais pas, et je me contente d'un bien relatif, faute de mieux.

Vous demandez des théories pour croire, et vous en faites vous-même pour conclure qu'il faut laisser la pepsine ce qu'elle est, et ne jamais l'associer ni aux lactates ni à quoi que ce soit. Croyez-moi! si vous êtes bien inspiré, vous désirerez qu'on touche à la pepsine, et même qu'on y touche souvent et beaucoup; rien ne prouvera mieux en sa faveur; ce ne sont que les bonnes choses que les esprits sérieux s'appliquent à utiliser. — Si vous ne m'en croyez pas, je vous dirai, pour vous rassurer, que les pastilles de lactates alcalins *à la pepsine* et les prises de même nature seront *relativement* peu employées; car elles sont réservées pour des cas spéciaux, proportionnellement assez rares, tandis que la méthode que je propose a pour but l'emploi des lactates alcalins dans la grande majorité des désordres digestifs.

---

périnéorrhaphie, décrit un véritable procédé dont l'application et la réussite ne sont point contestables.

Une remarque en passant : c'est en 1840 que parut l'édition Malgaigne d'Ambroise Paré; depuis cette époque, on a écrit en France un certain nombre d'articles sur la périnéorrhaphie, et cependant, dans la plupart de ceux que j'ai lus, il n'est pas question de la priorité du chirurgien de Laval; chose assez piquante, c'est par les chirurgiens étrangers que l'hommage est rendu au grand maître.

C'est Dieffenbach qui nous dit : « Si je jette un coup d'œil sur ce qui a été fait dans les temps anciens et modernes sur ce sujet important, je nommerai l'illustre Ambroise Paré comme le chirurgien qui, pour la première fois, a conseillé l'opération, etc. (1); » c'est M. Baker-Brown qui écrit : « Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne, indique la possibilité d'appliquer la suture à cet accident (1). »

Il me serait doux d'en rester là, et de conserver pour notre chirurgie française, pour Guillemeau et pour son maître, le double honneur de l'invention et de l'application. Malheureusement la vérité doit passer avant le patriotisme, et l'histoire doit être inexorable, car elle est la justice du passé : or la suture du périnée est clairement indiquée dans un recueil obscur, dont on ne connaît ni l'origine, ni l'époque, ni même l'auteur, mais qui cependant est antérieur à Ambroise Paré; je veux parler de Trotula. Qu'il y ait eu une sage-femme de ce nom; qu'il s'agisse, au contraire, d'un certain Eros, médecin affranchi de Julie, fille d'Auguste; que matrone ou affranchi ne soit autre qu'un médecin de Salerne ou de tout autre lieu; que l'ouvrage enfin ne soit déjà qu'une compilation et non point une œuvre originale, c'est ce que je ne chercherai

(1) *Die operative Chirurgie*, 1845, t. I, p. 633.

(1) *On Some Diseases of Women*, 1854, p. 15.

Digitized by Google

Je professe un grand respect pour les théories de la chimie physiologique ; mais quand je considère combien elles sont changeantes, et combien il y a peu d'accord parmi les coryphées de la science (et j'en appelle à vos propres ouvrages, où vous avez si souvent à réfuter des opinions contraires aux vôtres), je m'en méfie quelque peu ; je ne vous suivrai donc pas sur ce terrain, où le spectacle de plus d'une déception et de plus d'une chute doit me servir d'épouvantail et de leçon. La chose, au surplus, n'est pas absolument indispensable, et la médecine clinique a d'autres enseignements (1) ; elle a besoin surtout d'éclectisme. Nous pouvons dire, avec un auteur déjà cité : « C'est dans cet esprit que nous avons abordé les » affections de l'estomac, en nous attachant toujours au point » de vue pratique, sans nous occuper plus qu'il ne fallait de » théories trop souvent stériles. » (Bayard, *op. cit.*, *Préface*, p. 12.)

En dehors de toute théorie, une expérience personnelle de douze années, confirmée par la pratique de plusieurs de mes confrères (et il vous sera loisible de le vérifier vous-même), m'a prouvé que l'emploi des lactates alcalins favorise l'afflux des sucs digestifs, en régularise la sécrétion, *normalise*, pour ainsi parler, la fonction digestive, et rétablit l'action languissante ou pervertie de l'estomac et de l'intestin en les remettant à même de produire régulièrement les liquides nécessaires au travail de la digestion.

Aujourd'hui la question est portée devant le monde médical ; je la présente avec la confiance que peut inspirer une œuvre consciencieusement élaborée. Laissons faire la pepsine et les lactates alcalins, n'usons plus nos efforts en discussions personnelles, ne luttons plus que sur un seul point, celui de savoir laquelle des deux médications rendra le plus de services. Un esprit distingué comme le vôtre m'accordera sans peine que, pour des hommes dévoués à la science, c'est la façon la plus digne de se témoigner leur estime réciproque. Pour moi, sans adopter toutes vos idées, je rends hautement justice à l'importance de vos travaux et de vos persévérantes recherches.

Agréez, etc. N. Pétrequin.

Lyon, 6 juillet 1862.

(1) Les théories sont une bonne chose, sans doute ; mais pour le médecin, la pratique vaut mieux encore ; ce qu'il lui faut surtout, ce sont des faits bien observés plutôt que des systèmes, et le remède qui guérit sera toujours pour lui le meilleur remède, fût-il inexpliqué. Je laisse donc à d'autres le soin de remplir cette tâche. Au reste, qu'ont appris les théories chimiques ou physiologiques sur le mode d'action et l'essence des propriétés curatives des agents les plus héroïques ? Jusqu'ici on n'en a tiré aucune lumière pour nous révéler comment agissent les préparations d'opium dans les douleurs, le quinquina dans les fièvres et les névralgies intermittentes, le mercure dans la syphilis, l'arsenic dans certaines dermatoses, l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires de la syphilis, etc., etc.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Obstétrique.

Du forceps a traction soutenue et progressive du docteur Chassagny (de Lyon), extrait d'une note présentée à l'Académie de médecine.

Cet appareil se compose d'un arc de cercle qui prend son point d'appui sur les genoux de la malade, et présente à sa partie moyenne une manivelle qui, par l'intermédiaire d'une vis sans fin, met en mouvement un arbre sur lequel s'enroule une corde qui est attachée au forceps, aussi haut et aussi près que possible de la tête. En agissant sur cette manivelle, on opère des tractions aussi lentes et aussi modérées que peut le désirer l'accoucheur le plus prudent.

Cet instrument qui, à l'époque où il fut présenté pour la première fois à l'Académie, ne comptait encore que de rares succès, a fait ses preuves aujourd'hui dans les cas les plus difficiles, et en présence des praticiens les plus recommandables et des hommes qui, à Lyon, occupent en obstétrique les positions les plus élevées. Cependant il a soulevé et il soulève encore de nombreuses objections ; la plus grave, celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit, c'est que l'on substitue ainsi à l'intelligence de l'accoucheur une machine aveugle, brutale, inintelligente, incapable d'exercer des tractions rationnelles, pouvant bien par la violence triompher de quelques difficultés, mais en brisant tous les obstacles.

Nous nous élevons contre cette objection, et nous prétendons, au contraire, que notre instrument agit en tirant exactement suivant les axes du bassin, qui ne peuvent pas toujours être reconnus par l'accoucheur. Nous prétendons que dans tout accouchement, terminé à l'aide de notre appareil, *il a* été dépensé moins de force qu'il n'en eût fallu employer par la méthode ordinaire, et nous croyons pouvoir démontrer :

1° Qu'il est à peu près impossible à l'aide des tractions manuelles de diriger la tête du fœtus suivant les axes du bassin, et que notre appareil remplit parfaitement cette indication ;

2° Que les tractions hors de l'axe des détroits ont pour résultat de créer, dans des points limités du bassin, des pressions considérables qu'on peut mesurer, peser et traduire en chiffres ;

3° Que le précepte de tirer en arrière, dans le premier temps de l'opération, est irrationnel, et qu'en le suivant on atteint un but diamétralement opposé à celui que l'on se propose ;

4° Enfin, comme corollaire des propositions précédentes, qu'une tête qui a résisté aux efforts d'un homme vigoureux, pourra sans peine être extraite à l'aide de notre appareil, sans violence, et en ne dépassant pas une force de 40 ou 50 kilogr. au plus.

---

point à décider ici (1). Toujours est-il qu'on y trouve un certain chapitre XX, *De his quæ mulieribus sæpe post partum accidunt* ; et dans ce chapitre, le paragraphe suivant : « Sunt quædam » quæ ex gravitate partus incidunt in rupturam pudendorum... » Sunt enim quædam quibus vulva et anus fiunt unum foramen et idem cursus ; inde istis exit matrix et induresciт. » Matrici vinum callidum apponimus, in quo bullierit butyrum » et diligenter fomentamus, quousque matrix efficiatur mollis et tunc suaviter eam reponimus, *postmodum rupturam » intra anum et vulvam tribus locis vel quatuor suimus cum filo de » serico* : postea pannum lineum vulvæ imponimus ad quantitatem vulvæ. Deinde pice liquida linimus. Hoc enim facit » matricem retrahi propter sui fœtorem, demum sanamus » rupturam cum pulvere facto de consolide majori et minori » et cymino, hujus modi autem pulvis superaspergendus est, » et collocetur mulier in lecto ita ut pedes altiores sint et ibi » omnes operationes suas per octo vel novem dies faciat et » quantum necesse fuerit manducat, ibi egerat et omnia assueta » faciat, etc. (1). »

Traduisons librement ce passage en langage moderne : Il y a des femmes qui, dans un accouchement difficile, ont

(1) Ceux qui auraient la fantaisie de tirer au clair cette histoire devraient consulter la dissertation de Gruner, le livre de Ed. von Siebold, cité par M. Herrgott, et enfin divers passages de l'introduction à Ambroise Paré, par M. Malgaigne, pages XXI, XXII et XXIII.

(1) Je prends cette citation dans la collection de Spach, *Gynæciorum sive de mulierum, etc.*, dans la partie *Erotis medici liberti Juliæ quem aliqui Trotulam inepte nominant*, 1597. C'est le même passage que M. Herrgott a retrouvé dans l'ouvrage de Ed. von Siebold (*Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe*, Berlin, 1839, t. I, p. 314), et dont il a fait l'objet de son intéressante lettre (*Gazette hebdomadaire*, n° du 4 juillet 1862). Dans la courte réponse provisoire que j'ai faite à cette lettre, j'annonçais avoir de mon côté retrouvé Trotula en suivant une autre piste. J'annonçais aussi que je ne changerais rien à la rédaction du présent feuilleton et aux commentaires que m'avait inspirés le texte de Trotula. Le lecteur pourra voir en comparant la lettre de M. Herrgott à cet article que nous voyons tous deux dans l'opération indiquée la périnéorrhaphie appliquée au prolapsus utérin consécutif à la rupture du périnée.

Digitized by Google

L'appareil à l'aide duquel nous faisons ces démonstrations, se compose d'une espèce de boite rectangulaire, dans laquelle est fixé un bassin artificiel en tôle, dont on peut à volonté exagérer les rétrécissements du diamètre antéro-postérieur. Ce bassin est fixé de manière à pivoter sur deux axes, représentés par deux tiges métalliques, plantées à peu près au milieu de chaque fosse iliaque externe, et traversant les parois latérales de la boite, en dehors de l'une desquelles une autre tige métallique, fixée solidement sur l'extrémité du pivot, décrit des arcs de cercle d'autant plus étendus, que l'on dévie davantage le bassin. Une série de ressorts agissant sur cette tige tendront à rendre progressive la résistance que l'on éprouvera pour produire ces déviations, en même temps que deux aiguilles à frottement, placées à son extrémité, indiqueront sur deux cadrans jusqu'où elle a été portée, et la pression que la symphyse du pubis a dû supporter, soit à sa partie inférieure, soit à sa partie supérieure, suivant que la déviation a été produite en haut ou en bas. Cette pression a été pesée à l'avance, et cotée sur chacun des cadrans.

Un fœtus étant placé dans ce bassin, la tête étant saisie par le forceps, dès les premières tractions, on voit qu'elles ne s'exercent pas suivant l'axe du bassin, que les aiguilles sont considérablement déviées, et que par l'action de porter en arrière les manches de l'instrument, on porte la tête en avant, en exerçant une pression considérable sur la partie supérieure de la symphyse pubienne, pression qui atteint facilement 25 kilogr., limites extrêmes que l'instrument peut mesurer.

Il est donc évident que dans les tractions à la main, le forceps devient entre les mains de l'accoucheur un véritable levier et que la pression de dedans en dehors, que la tête doit exercer sur le bassin, ne se répartit pas sur toute la surface, mais qu'elle s'exerce sur des points limités et dans des proportions effrayantes; et cependant ces pressions indépendantes de la traction n'ont pas pour résultat de coopérer à la progression de la tête; au contraire elles lui nuisent; elles devront rendre les efforts de traction infiniment plus considérables, augmentant encore dans la même proportion la compression qu'auront à subir la matrice, la vessie, les os eux-mêmes, et multipliant les chances de produire des ruptures de symphyses, des fistules vésico-vaginales, des eschares gangréneuses.

Pour démontrer notre dernière proposition, nous tirons avec énergie sur la tête qui résiste à nos efforts; plaçant alors notre appareil, nous amenons la tête avec une force moyenne de 40 kilogr., sans que les aiguilles aient subi aucune déviation, prouvant ainsi que ces tractions se sont exercées rigoureusement suivant les axes du bassin, et que c'est à cette heureuse direction qu'on doit de n'employer qu'une force relativement si minime.

Pathologie chirurgicale.

Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax, par le docteur S. Feldmann.

Débridement, cataplasmes, régime approprié; voilà le traitement pour ainsi dire classique du furoncle et de l'anthrax. C'était la pratique de Dupuytren, c'est encore celle de presque tous les médecins et chirurgiens de France et de l'étranger. Néanmoins, et surtout par rapport au débridement, des opinions divergentes de grande autorité ne manquent pas. En France, c'est M. Nélaton qui proscrit toute incision. En Allemagne, ce fut de Walther qui protesta hautement contre l'opération, et il enseigna à cet égard des doctrines entièrement opposées à celles de M. Chelius de Heidelberg; mais l'illustre M. Chelius ayant le bonheur de survivre semble encore l'avoir emporté sur son célèbre adversaire dans la question en litige que tout le monde à peu près, au delà du Rhin, tranche maintenant par le bistouri. En Angleterre, Cooper ainsi que Brodie et tant d'autres pratiquèrent le débridement. Il paraît cependant qu'on y est devenu un peu plus réservé dans les dernières années, et déjà en 1856 Thomas Laycock (1) conseille de s'abstenir de toute incision dans les furoncles de peu de volume.

Pour quel motif préconise-t-on le débridement? Cette opération, disent la plupart des chirurgiens, a pour effet de simplifier la maladie, d'en abréger la durée. Les antagonistes prétendent au contraire qu'elle n'abrége rien et qu'elle ne fait qu'ajouter aux souffrances du malade. Les faits, en réalité, semblent donner raison tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces opinions extrêmes. Quand on a observé un certain nombre de furoncles et d'anthrax, on aura vu que le débridement produit dans une série de cas l'effet immédiatement satisfaisant qu'on en attendait, et que dans une autre série l'opération produit plus de mal que de bien. C'est que beaucoup de circonstances telles que la grandeur de la tumeur, son siége, la forme de l'incision, la constitution du malade, la constitution épidémique, etc., peuvent faire varier le résultat de l'opération. Mais, quoi qu'il en soit de cette diversité d'effets, le résultat immédiat est-il donc toute la question?

Qu'il me soit permis d'entrer ici dans une autre sphère d'idées, et de dire que *le débridement favorise la formation des furoncles et des anthrax consécutifs*. Si cela est, qui est-ce qui n'aimera pas mieux souffrir un peu plus et plus longtemps, mais une bonne et seule fois, que d'être exposé, quand le premier furoncle sera avorté, d'en avoir peu après un second qui atteindra la grandeur de l'anthrax, lequel anthrax sera à son tour débridé et aura, lui aussi, son très fâcheux successeur de furoncle, et ainsi de suite? Que la chirurgie veuille aller vite, c'est un peu

(1) *Edinburgh Medical Journal*, vol. II, p. 385. *On the Pathology and Treatment of the Contagious Furunculoid.*

---

le périnée déchiré, de manière que l'anus et la vulve ne font qu'un. A ces femmes, l'utérus fait issue au dehors et s'indure; pour y remédier, on fomente l'organe jusqu'à ce qu'il soit ramolli, puis on le réduit avec douceur; pour assurer la contention, on fait entre la vulve et l'anus trois ou quatre points de suture; on applique sur la plaie réunie un pansement et des médicaments qui favorisent la cicatrisation. L'opérée est placée dans son lit, les pieds élevés. Pendant huit ou neuf jours, elle garde cette position et fait toutes ses nécessités.....

A quelque époque que remonte ce passage et quel qu'en soit l'auteur, il renferme des idées qui méritent d'être tirées de l'oubli. J'y trouve nettement mentionnés non-seulement la déchirure complète du périnée et sa cause ordinaire, son traitement par la suture et les soins ultérieurs, mais encore la périnéorrhaphie appliquée à l'un des accidents consécutifs les plus fâcheux de la lésion en question, c'est-à-dire au prolapsus utérin. Cette dernière idée a sombré pendant des siècles, et c'est seulement dans le nôtre qu'elle a reparu sans qu'on ait mentionné son antique origine.

Si mon interprétation est acceptée, je n'aurai pas perdu mon temps en lisant Trotula, et j'aurai fait ma petite découverte bibliographique, et cependant je n'en suis fier qu'à moitié, et je vais dire pourquoi. Si contre mon espoir ce petit feuilleton historique était plus tard consulté par les érudits bienveillants, ils pourraient croire que, poussé par la curiosité, le basard ou l'amour des vieux livres, j'ai compulsé volontairement Trotula dans le but particulier d'y étudier l'histoire de la suture du périnée. Alors ils m'accorderaient l'honneur entier de l'exégèse; si même j'arrivais aux honneurs, à la puissance, il pourrait se faire qu'un concurrent dont je serais juge, ou un jeune écrivain dont j'aurais été le maître, crût devoir en termes plus ou moins flatteurs célébrer mon *infatigable activité et mon étonnante perspicacité de chercheur*.

Comme, en réalité, j'ai lu le passage de Trotula dans Trotula même, je pourrais sournoisement empocher ces éloges

dans son tempérament; mais ne serait-on pas autorisé — et le raisonnement y conduit — à demander si, par le fait du débridement, elle ne pratique pas une *inoculation* involontaire? On ouvre une tumeur à l'état *cru*, comme les anciens disaient, une tumeur qui est considérée par les uns comme contenant des éléments gangréneux, considérée par les autres comme renfermant un produit de sécrétion de nature spéciale; en tous cas, les éléments morbides, non détruits encore dans leur vitalité par la suppuration, mis en communication directe avec les bouches béantes des veinules et vaisseaux lymphatiques divisés, avec le tissu cellulaire fraîchement incisé, ces éléments doivent être absorbés et déposés ailleurs pour engendrer de nouvelles tumeurs. Autrement que par la résorption d'éléments morbides, toute cette succession de furoncles sur le même individu ne se comprendrait pas, surtout dans les cas où le premier furoncle a été occasionné par des irritations extérieures de la peau; et ces cas ne sont pas rares (1). Que l'inoculation artificielle avec la matière furonculeuse n'ait pas encore réussi, cela dépend peut-être des imperfections de la méthode. Laycock (d'Édimbourg), qui, dans l'article cité, en fait mention, croit qu'on a inoculé à une période trop avancée du furoncle. Il va sans dire que, dans le fait du débridement, le résultat de l'inoculation ne peut se manifester d'une manière analogue à celle de l'inoculation du vaccin ou à celle du virus syphilitique. L'inoculation s'effectue, dans notre cas, non pas sur le tégument intact, mais bien dans une grande plaie, et nous n'en aurons que des effets d'absorption qui ne peuvent aboutir qu'à une certaine distance de la plaie. Aussi voyons-nous de nouveaux furoncles surgir, soit dans le voisinage du premier incisé, soit à des endroits plus éloignés, selon que les éléments morbides auront été portés plus ou moins loin.

Il y a, sous ce rapport, une circonstance bien remarquable à noter. Dans la plupart des cas, les furoncles consécutifs à un premier, s'ils ne se développent pas tout à côté de celui-ci, paraissent suivre *la loi de la déclivité*. Ainsi, à l'anthrax de la nuque succédera le furoncle ou l'anthrax du dos, des fesses et du périnée; à celui du dos le furoncle de la cuisse, de la région du grand trochanter; à ceux de cette dernière région le furoncle de la cuisse et de la jambe. Si le malade est couché, la déclivité des parties va changer et expliquer quelques faits en apparence exceptionnels.

Les éléments morbides, entraînés par l'absorption, semblent migrer vers les parties de la peau situées inférieurement par rapport au furoncle d'où ils tirent leur origine, pour engendrer de nouvelles tumeurs là où ils s'arrêtent. A ce point de vue, les furoncles consécutifs sont des descendants dans le double sens du mot — descendants, c'est-à-dire engendrés de ceux qui les ont précédés — et descendants comme tumeurs ayant une tendance à descendre, à gagner les régions inférieures du tégument.

(1) Voyez *Des furoncles multiples de la nuque*, par le docteur Pfeiffer, de Paris (*Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, 30 mars 1861).

La maladie « furoncle et anthrax » — et nous ne traitons ici que de ces deux sortes de tumeurs, à l'exclusion de tout ce qui a rapport à la pustule maligne et au charbon — cette maladie, disons-nous, est si fréquente, que des cas bien observés ayant trait à son histoire devraient abonder, et cependant il est si rare qu'on prenne des notes détaillées sur cette forme morbide, qu'on risque presque de manquer d'observations nécessaires à l'appui des considérations scientifiques ou pratiques à développer. Mais le souvenir général de ce qu'on a vu peut bien ici suppléer aux observations multipliées, et des cas fournissant des détails très significatifs n'y font pas tout à fait défaut. En voici quelques-uns :

Le premier cas que j'ai eu occasion d'observer remonte à 1836. Ce fut, chez un arthritique de soixante-six ans, un anthrax considérable ayant son siége sur les parois de l'abdomen. Le traitement local se réduisit à l'application continue de cataplasmes préparés avec la mie de pain et le lait. Il ne survint après l'élimination du bourbillon que quelques petits furoncles un peu au-dessous du premier. La personne qui soigna ce malade eut, à la suite du contact réitéré des cataplasmes souillés par les humeurs de l'anthrax, un certain nombre de pustules aux deux mains.

En 1839, c'est moi-même qui fus atteint d'un anthrax à la région du grand trochanter droit. J'étais alors, comme je le suis encore, du côté des antagonistes du débridement. Les cataplasmes de mie de pain et de lait et les bains entiers suffirent pour amener le travail de réparation. Deux petits furoncles consécutifs, l'un au-dessous du principal et l'autre au mollet droit, séchèrent très vite. Dans l'espace de trois semaines je fus pour près de vingt ans débarrassé de tout furoncle.

C'est précisément après ce grand laps de temps, vers la fin de l'année 1858, que je fus pris de nouveau, et cette fois-ci très sérieusement, à la nuque. Un col de chemise m'avait frotté un point de la peau correspondant à la quatrième vertèbre cervicale. La douleur allant en augmentant, je mis un emplâtre de diachylon pour empêcher la friction ultérieure. Mais le mal était fait, le diachylon ajoutait à l'irritation déjà produite, et un anthrax volumineux se développa.

Mes confrères et amis, partisans du débridement, conseillent l'opération. Je résiste et préfère souffrir. On veut m'imposer des cataplasmes; je ne les supporte pas, et, pour tout pansement, je couvre l'anthrax de ouate qui me fait un bien considérable. La suppuration établie, la plaie se déterge. Je subis volontiers quelques cautérisations au nitrate d'argent, pour hâter le rapprochement des bords décollés. Deux ou trois furoncles consécutifs, mais très petits, se développent au-dessous de l'anthrax, en voie de guérison; et enfin, après cinq à six semaines, la cicatrisation était complète, et avec elle toute la maladie terminée.

Dans l'hiver de 1861, le bienveillant confrère qui m'avait prodigué ses soins en 1858, le Dr Pfeiffer, fut à son tour frappé de cette douloureuse maladie. Il avait un voyage en Hollande à faire, et, au moment de partir, un furoncle lui survient derrière

---

et n'aurais, pour en garder l'honneur, qu'à garder le silence. Mais je suis encore à l'âge où l'on croit au remords, et ne suis point de ceux qui, trouvant quelque part un historique laborieusement édifié, s'en emparent effrontément sans citer le pauvre érudit. Ainsi donc, pour ne pas charger ma conscience, j'avouerai fort ingénument que je n'aurais point songé à Trotula si je n'avais pas lu dans l'ouvrage de Kilian les lignes suivantes, perdues dans un article sur la périnéorrhaphie : « Car, de même que pour le bec-de-lièvre, on a également » pour la déchirure du périnée trouvé dans la suture sanglante l'unique moyen opératoire sûr, *comme déjà Trotula le* » *recommande sérieusement*..... (1). »

Et voilà pourquoi je suis remonté à la source et comment j'y ai trouvé plus que je ne cherchais, et une preuve nouvelle de l'avantage qu'on retire à retourner toujours aux champs moissonnés pour glaner même après les autres.

(1) Kilian, *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*, p. 10, Bonn, 1856. — M. Kilian renvoie à la *Gynécologie* de Spach.

M. Kilian m'a aidé en me donnant une indication bibliographique exacte sans laquelle je n'aurais sans doute point fait ma petite trouvaille; il est donc juste que je partage avec mon guide, de cette façon je dormirai tranquille.

Trotula, Ambroise Paré pour la priorité de conception, Guillemeau pour la priorité d'exécution, tel est le résultat de mon enquête. Cependant une phrase ambiguë de Roux tendrait à faire admettre une quatrième personne au partage. Après avoir parlé de Guillemeau, Roux ajoute : « Indépendamment de la grande confiance que ce célèbre chirurgien » inspire, le fait est rapporté avec les circonstances les plus » propres à en garantir l'authenticité. Je n'en puis dire autant » d'un cas de succès attribué à un chirurgien obscur dont il » est parlé dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, recueil » qui n'a pas toujours un caractère suffisant de vérité (1). »

Mettre en doute l'authenticité d'un fait parce que celui qui

(1) *Quarante années de pratique chirurgicale*, t. I, p. 335.

Digitized by Google

et un peu au-dessous de l'oreille droite. Arrivé à Rotterdam, un chirurgien très distingué lui fait une incision cruciale (on voit que l'on coupe en Hollande aussi bien qu'en France), et le furoncle guérit vite. A peine revenu de cette excursion, un second furoncle paraît au-dessous et en arrière du premier. Celui-là n'étant pas de grande dimension, n'est pas incisé, mais recouvert d'un emplâtre. Peu après, un troisième se forme à la nuque et revêt les dimensions de l'anthrax. Je déconseille l'incision.

M. le Dr Caudmont croit l'opération urgente; M. le Dr Fano est du même avis, et cet habile chirurgien fait une profonde incision en divisant l'anthrax en deux parties. Immédiatement après l'opération les douleurs diminuent. Toute la tuméfaction s'affaisse, une bonne suppuration s'établit. Le résultat est des plus satisfaisants. Mais à peine la plaie était-elle fermée, qu'à côté un quatrième anthrax surgit. Notre confrère, qui avait bien le courage de son opinion, se soumet encore au débridement.

Cette fois-ci, c'est une incision cruciale qui doit faire justice de la tumeur; mais elle ne jugule rien, les douleurs continuent au même degré, et la maladie traîne en longueur. (Ce fait est presque la contre-partie du fameux cas de Dupuytren en 1812, où le débridement multiple l'emporta sur l'incision simple. — Voyez Nélaton, *Pathologie chirurgicale*). Enfin, la cicatrisation survint, quoique difficilement. Mais la chaîne des furoncles n'était pas encore rompue; il s'en forma de nouveaux, descendant, les derniers, au périnée. Las de guerre, le malade tâche d'éteindre cette diathèse furonculeuse au moyen d'un traitement arsenical. Enfin, il réussit, après six mois de lutte incessante : j'étais, sans débridement, entièrement débarrassé après six semaines.

Tous les faits de débridement que j'ai observés ont eu une marche analogue; les anthrax consécutifs ne firent pas défaut. Dans un cas il a fallu deux ans pour voir cesser ces reproductions fâcheuses.

Le débridement effectué sur des individus à *constitution rhumatismale ou arthritique* a quelquefois d'autres suites aussi promptes que graves, qui doivent bien faire réfléchir le chirurgien avant d'opérer. Voici la courte relation d'un fait très récent dont j'ai connaissance.

M. J..., âgé de cinquante-quatre ans, homme grand et fort, mais rhumatisant au plus haut degré, venait d'être atteint d'un accès rhumatismal fort violent, aux muscles du membre inférieur gauche. Des frictions calmantes avaient été employées. Quinze jours après cette attaque, qui avait duré une semaine entière, un grand anthrax survint au côté externe de la cuisse gauche. Le sixième jour, incision cruciale.

Le surlendemain de l'opération, une tuméfaction érysipélateuse se développe autour de la plaie; la plaie elle-même devient d'aspect blafard, la fièvre s'allume et prend le caractère pernicieux. Ce n'est qu'à force de hautes doses de quinine que le malade est sauvé. La convalescence est assez longue.

Les auteurs anglais avertissent déjà de ce que l'incision des furoncles peut amener des complications chez les rhumatisants et les arthritiques.

Que faire dans les cas d'*anthrax de volume insolite?* Le débridement multiple paraît ici indispensable. Et cependant, que de fois l'expérience s'inscrit-elle en faux contre cette indication? Lisez l'intéressante observation de MM. les docteurs Philippeaux et Vulpian (1). Il s'agit d'un vieillard de soixante-treize ans qui avait, à la région dorso-lombaire, un anthrax de 14 centimètres de diamètre. En quoi le débridement multiple a-t-il empêché cet anthrax d'augmenter, et d'atteindre, après les incisions, un diamètre de près de 30 centimètres?

Et ce terrible cas, cité par le docteur Ledwich de Dublin (2)? Le malade dont il parle n'a que trente-six ans, mais il est d'une faible constitution. L'anthrax occupe toute la région postérieure de la cuisse, à partir des fesses jusqu'au pli du genou. Une incision profonde est faite tout le long de la tuméfaction; deux incisions transversales pénètrent jusqu'au fascia. L'hémorragie est peu abondante. Mais à peine l'opération est terminée, grande agitation et frissons, et, malgré l'administration de toniques et excitants, la mort dans deux heures.

Les limites de ce travail ne me permettent pas de mentionner encore d'autres faits analogues, et je dois aborder maintenant la question des *fomentations émollientes*.

La grande et la meilleure fomentation c'est sans contredit le *bain tiède*. Toutes les fois que le furoncle ou anthrax est situé sur des parties faciles à baigner, il y aura énorme avantage à renouveler le plus souvent possible et à prolonger les bains. Dans les cas graves où nous voyons le débridement présenter les plus grands dangers, on aura recours aux bains de 30° à 32° centigrades de température, et de trois à six heures et plus de durée. Je crois devoir rappeler ici les magnifiques résultats que M. Hebra (de Vienne) obtient de l'immersion permanente, dans les cas de brûlures étendues. Dans un fait de ce genre, le célèbre dermatologiste a laissé la malade pendant trois semaines, jour et nuit, dans le bain, et elle en est sortie guérie (3).

Dans les cas de moyenne intensité on emploie les *cataplasmes*. Ces sortes d'applications ne représentent, en réalité, que des bains locaux. Le water-dressing des Anglais (des substances imbibées d'eau tiède), les cataplasmes de farine de riz et d'eau, ceux préparés avec la mie de pain et une décoction de fleurs de mauve, remplissent le but. Les cataplasmes de farine de lin doivent être abandonnés, à cause de l'huile qu'ils contiennent; ils sont du reste très mal supportés. En général, tout ce qui est huileux ou corps gras (pommade, emplâtre) doit être banni du pansement du furoncle. Les substances onctueuses favorisent la résorption des éléments morbides. Laycock est de cet avis. Les remarquables tra-

(1) *Gazette hebdomadaire* du 6 décembre 1861.
(2) *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, 1856, novembre.
(3) *Wochenblatt der Wiener Aerzte*, 1861.

---

le rapporte est un chirurgien obscur, et que le recueil où il se trouve n'inspire pas une entière confiance, me semble un peu cavalier; de grandes choses ont été découvertes par des hommes obscurs, et des faits très importants peuvent être publiés dans d'assez méchants recueils. Une telle fin de non-recevoir n'est pas un argument et pour décider si réellement Guillemeau avait été précédé ou suivi, imité ou surpassé dans les pays d'outre-Rhin, il eût mieux valu citer le fait récusé, ou du moins en indiquer la source. En effet, chercher sans date, sans titre et sans nom d'auteur une observation dans les *Éphémérides des curieux de la nature* n'est pas une petite besogne, et il m'a fallu tout le désir que j'avais de trancher la question pour m'engager à secouer la poussière de cette indigeste collection.

Avec quelque peine je trouvai mon affaire parmi les treize observations qui furent envoyées à l'Académie Césaréo-Léopoldine le 18 juin 1717 par Justus Fredericus Dillenius.

Voici le titre de l'observation : *De ruptura perinæi muliebris per suturam curata*, et voici le texte :

« Non multo post tempore heic Gissæ accidit, ut honesta
» honesti ac eruditi cujusdam viri uxor puerpuera inciderit
» in rupturam perinæi sive interfœminei, anusque et matrix
» unum atque continuum fierent foramen, utrum obstetricis
» ineptæ vellicatione : consultus ego de medela sive unione
» rupturæ hujus, commendavi fomentationem et gluten ab
» Timæo descripta.

» Enimvero cum nec obstetrix nec chirurgus Reulingius
» ἐγχείρησιν sive applicationem glutinis a Timæo prescriptam
» recte administrare nossent, unica spes in sutura superfecit,
» qua ipsa rite a chirurgo præmemorato adhibita ac Timæano
» glutine desuper imposito isthmus iste brevi tempore adeo
» perfecte coaluit ut aliquoties ex illo tempore puerpuera ista
» minus laboriose pepererit (1). »

(1) *Éphémérides germaniques de l'Académie des curieux de la nature*, 1719, cent. v et vi, obs. 44, p. 70.

Digitized by Google

vaux des docteurs Batailhé et Guillet (1) mènent aux mêmes idées. Moi-même je pourrais citer des faits bien aptes à démontrer que la résorption des matières morbides sécrétées dans une plaie est singulièrement favorisée par les topiques huileux ou gras. La résorption des matières malsaines, du reste, se fera certes quelquefois spontanément, et surtout à la suite de pressions intempestives qui font saigner le foyer furonculeux.

Pour revenir aux cataplasmes, disons qu'ils servent à modérer le travail inflammatoire et à diminuer la grande douleur tensive. Mais ils n'atteignent ce but qu'à la condition qu'ils soient soigneusement appliqués. A cet effet, on couvre d'abord la plaie elle-même d'un léger plumasseau de charpie. Ce plumasseau, en mettant les parties dénudées à l'abri du contact immédiat du cataplasme, fait que le topique chaud est plus facile à supporter. Une fois le cataplasme posé, on tâchera, au moyen de taffetas gommé, de lui conserver sa chaleur le plus longtemps possible. — L'emploi continu des cataplasmes, toutefois, a l'inconvénient d'occasionner l'éruption de pustules sur les parties environnantes de la peau. C'est une complication qu'on pourra éviter en recouvrant ces parties d'une couche de *collodion élastique* (formule Robert de Latour). Laycock insiste particulièrement sur cette précaution, parce qu'il admet que les sécrétions morbides de l'anthrax qui salissent les parties saines, engendrent, par leur simple contact déjà, des pustules ou furoncles. Mais la macération de la peau ainsi que son irritation, produites par le contact prolongé du cataplasme, suffisent peut-être pour expliquer cette éruption accessoire.

Le collodion a de plus le grand avantage d'être un antiphlogistique par excellence; son application exacte et bien surveillée a pour premier effet de faire baisser la température élevée qui existe dans la tuméfaction dure du furoncle; avec cet abaissement de la température, la tuméfaction elle-même diminue, et tous les autres phénomènes du travail inflammatoire perdent de leur intensité (2).

En ne recouvrant de collodion que l'*auréole inflammatoire*, on rend possible l'action du cataplasme sur le centre de la tumeur, et on ménage une issue facile au bourbillon qui se produit toujours.

Jusqu'ici j'ai raisonné dans le sens de l'indication donnée pour le soi-disant indispensable cataplasme. Mais cette indication même n'est pas toujours aussi impérative qu'on veut bien l'admettre. L'anthrax que j'avais à la nuque, je le couvris de *coton cardé*, et je m'en trouvai bien. Depuis, j'ai fait beaucoup usage du coton. C'est un topique qui protége admirablement bien contre tout frottement; c'est un excellent moyen pour entretenir une chaleur douce une sorte d'incubation autour de la plaie. *Sous la double influence du coton et du collodion* le furoncle, pris au début, avorte, ou il reste dans des limites peu étendues. S'il avorte, le bourbillon se dessèche et forme croûte au-dessus du niveau de la peau. Notons que, si le furoncle a son siége à des endroits déclives, il est extrêmement facile de faire adhérer le coton par ses bords, au moyen encore d'un peu de collodion.

Il nous reste à faire mention d'un topique qui rend des services éminents dans les cas où l'anthrax est suivi de *suppuration fétide*; c'est le *chlorure d'oxyde de sodium*. Des lotions ou des compresses trempées dans un mélange du chlorure étendu de cinq à six fois son volume d'eau, suffisent pour enlever, en très peu de temps, toute fétidité.

Dès que la suppuration est en bonne voie, le simple pansement à la charpie est indiqué. Sous son influence, les granulations s'élèvent, et ce n'est qu'au moment où elles ont atteint un niveau qu'elles ne dépasseront plus, et qu'une véritable membrane pyogénique s'est formée, qu'il est nécessaire de modifier la surface en la touchant avec le crayon de nitrate d'argent. Les bords, décollés de la peau, deviendront adhérents, et la plaie marchera à grands pas vers la cicatrisation.

Médication interne et régime. L'abstinence plus ou moins complète des aliments, les boissons délayantes, les lavements émollients, les purgatifs doux seront utiles dans les cas quelque peu intenses, à leur première période. On ne doit pas se hâter de recourir aux toniques, le travail inflammatoire de l'anthrax en serait augmenté. L'opium calmera l'irritation nerveuse et combattra l'insomnie des premiers jours; les toniques dans la période de suppuration.

Traitement consécutif. Dans les cas où, par une cause ou une autre, les furoncles récidivent, il y a lieu, et on nous le demande impérieusement, d'établir un traitement dit dépuratif. Le meilleur dépuratif, c'est l'eau *intus* et *extra* : boisson aqueuse abondante, bains tièdes souvent répétés. Les dermatologistes recommandent l'arsenic.

Conclusion générale. Que le furoncle ou l'anthrax provienne de cause externe ou interne, la tumeur une fois donnée, il s'agit de la circonscrire dans son foyer, de ne rien entreprendre qui lui fasse engendrer, de par elle-même, d'autres tumeurs analogues, qui lui crée une descendance directe. S'abstenir de toute incision, éviter les topiques irritants, huileux ou gras : voilà les conditions négatives indispensables pour arriver à ce résultat. Puis les bains, le pansement fait avec des soins minutieux et une médication appropriée, amèneront la résolution finale et feront que la maladie restera localisée.

(1) *De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie.* Paris, chez Coccoz, 1859.

(2) *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation*, etc., par le docteur Robert-Latour. Paris, 1853.

Ce récit, j'en conviens, ne vaut pas à beaucoup près celui de Guillemeau, mais il n'a rien d'invraisemblable et ne m'inspire aucun soupçon. Toute question de priorité tombe d'elle-même devant cette date de 1717, aussi faut-il chercher ailleurs matière à commentaires. Il s'agit évidemment d'une déchirure récente cousue par le chirurgien Reulingius ou Reuling (1), en présence de Dillenius et de l'accoucheuse inepte qui, en tirant (*vellicatione*), avait causé tout le mal. Le curieux de l'affaire, c'est que la suture ne fut employée qu'au pis-aller, parce que la sage-femme, le chirurgien et probablement Dillenius lui-même, ne savaient comment s'y prendre pour appliquer le précieux gluten de Timæus. Heureuse ignorance qui marque un pas dans l'histoire de la périnéorrhaphie ! Dans la suite, l'épouse honnête de l'honnête érudit accoucha plusieurs fois moins laborieusement ; que Dieu en soit loué !

Je remarque en passant que Reuling opéra *rite*. Si l'on traduit cet adverbe par le mot *convenablement*, félicitons ce praticien ; mais si l'on traduisait *rite* par *comme à l'ordinaire*, on en conclurait que la suture du périnée était passée déjà dans la pratique allemande au commencement du XVIII^e siècle. Je n'ose me prononcer entre ces deux versions, mais je pense qu'à l'avenir Reuling devra prendre son rang dans l'histoire ancienne de la périnéorrhaphie.

Puisque je suis en train de ressusciter les petits faits oubliés, puisque j'ai exhumé Trotula et Reuling, j'en puis bien faire autant pour un de nos compatriotes, qui s'est montré prompt à imiter Guillemeau ; je veux parler de maître Cosme Viardel, accoucheur fort en réputation dans la seconde moitié du XVII^e siècle. Personne n'a daigné citer l'exemple fort concluant de suture du périnée que renferme son modeste livre (1) ; c'est ce qui m'engage à le faire connaître.

(1) Je lis Reulingius, mais ne vaut-il pas mieux dire Reuling ? Il est vraisemblable que c'est là le nom véritable et que la terminaison en *us* est due à la manie qu'on avait autrefois de latiniser les noms propres.

(1) *Observations sur la pratique des accouchements naturels, contre-nature et monstrueux*, etc. (le titre de l'ouvrage a dix lignes environ). Paris, 1674, in-8,

III

CORRESPONDANCE.

La fièvre jaune au Mexique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher Rédacteur,

Je vous demande à dire deux mots au sujet de la lettre lue à l'Académie de médecine par M. Michel Lévy, dans la séance du 8 juillet courant.

On pourrait croire, d'après cette communication, que la fièvre jaune du Mexique ne présente ni la même physionomie, ni le même caractère de gravité, que celle que j'ai observée à la Martinique et à la Guadeloupe, et qui ne diffère pas de celle de Cayenne, du Sénégal, de Lisbonne en 1857, de Saint-Nazaire tout récemment. Il n'en est rien pourtant, et il serait prématuré de prendre les symptômes décrits par M. le docteur Buez comme l'expression habituelle de la maladie dans cette localité.

Quoique toujours la même au fond, la fièvre jaune est variable dans ses manifestations. C'est le premier point sur lequel j'ai appelé l'attention, en inscrivant en tête de l'article de mon livre qui traite de la symptomatologie, le paragraphe suivant : « La fièvre jaune est une des maladies les plus susceptibles de se modifier suivant la localité, suivant les épidémies dans une même localité, suivant les diverses saisons pendant une même épidémie, quoique restant au fond la même ; aussi ne peut-on avoir une connaissance un peu complète de ses caractères, que lorsqu'on a traversé plusieurs périodes épidémiques dans des lieux différents, et qu'on a observé attentivement chacune des phases, d'intensité et de caractères variables, que présentent habituellement ces longues périodes. Alors seulement on s'explique les dissidences souvent très radicales que présentent entre eux les écrits des auteurs qui, n'ayant observé la maladie que pendant un temps limité et sous une de ses faces, sont arrivés à des résultats différents sur ses caractères symptomatiques, sur sa nature, sur sa mortalité, sur son mode de transmission et sur le degré d'efficacité de son traitement. »

C'est pourquoi, au lieu d'en donner une description synthétique, je me suis appliqué à faire connaître ses principaux types suivant le degré de gravité qu'elle affecte, suivant la phase épidémique ou la saison de l'année pendant laquelle elle sévit, suivant la prédominance des symptômes qui caractérise chaque épidémie. Si, en me lisant, M. Buez, moins frappé des formes graves, avait porté son attention sur toutes ces distinctions, il aurait vu qu'au degré de moyenne intensité, je signale la forme insidieuse des symptômes du début ; qu'aux formes graves, je décris les complications typhoïdes de la dernière période ; que, dans les périodes d'apaisement qui séparent les épidémies et qui correspondent à la saison fraiche, je constate des modifications « constantes et remarquables », parmi lesquelles l'absence du vomissement et de l'ictère ; que, d'après les observations de M. Maher, des complications paludéennes de diverses formes sont particulièrement fréquentes au Mexique, et que, dès lors, il n'y a pas à s'étonner que, dans cette localité, la maladie se soit montrée sous le masque typhoïde à M. Buez, qui ne l'a observée jusqu'ici que pendant la saison des fraicheurs et en dehors des épidémies graves. Mais qu'il ne se hâte pas de conclure ; car, sans se faire prophète de malheur, on peut lui prédire qu'avant la fin de septembre, il aura eu l'occasion d'observer autre chose que ce qu'il a vu jusqu'ici.

Une mortalité de 22 p. 100 est aussi un résultat assez fréquent, et même inférieur à celui qu'on obtient quelquefois pendant la saison des cas sporadiques ou endémiques, et même dans quelques épidémies. Toutefois il est prudent, en général, de ne pas trop en faire honneur au traitement qu'on a adopté et qu'on est trop souvent forcé de modifier, quand apparaissent ces cruels moments où 3 et 4 malades sur 5 succombent, malgré tous les efforts et au grand désappointement du médecin.

De bonnes mesures préventives, voilà la première et la plus sûre défense contre le danger qui attend nos troupes à leur débarquement, et, en tête de ces mesures, il faut inscrire l'éloignement immédiat du littoral, ou l'élévation au-dessus du niveau de la mer. Il n'y a pas de saison où des troupes arrivant d'Europe seraient assurées de l'immunité en séjournant seulement quinze jours sur le littoral d'un pays endémiquement habité ou épidémiquement envahi par la fièvre jaune. Il n'y a pas de point de ce littoral situé au niveau de la mer, qui puisse abriter contre les atteintes du mal, surtout si c'est un centre de population. Il y a pourtant une saison plus favorable pour le moment de l'arrivée ; elle est connue ; il y a aussi partout des points plus sûrs les uns que les autres pour le débarquement ; c'est aux médecins à s'en enquérir avec soin. Mais il n'y a jamais sécurité tant qu'on reste aux bords de la mer.

D^r Dutroulau.

Dieppe, 15 juillet 1862.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

A l'ouverture de la séance, M. *le Président* explique à l'Académie pourquoi, lorsque les derniers devoirs ont été rendus à

Le fait ne constitue pas une observation régulière et méthodiquement composée ; il se compose de plusieurs paragraphes éparpillés dans un chapitre intitulé : *Des deschirements et escorcheures qui surviennent aux parties basses de la femme après l'accouchement*, p. 365. Après quelques considérations générales que j'omets, Viardel dit : « que ces meurtrissures, contusions ou fentes sont souvent bien dangereuses....., car, si elles sont mal pansées, elles peuvent dégénérer en ulcère et même amener la gangrène par la corruption ; ou, si la fente est considérable, venant à se cicatriser, elle peut rester durant toute la vie au même état, etc., etc. »

« C'est pourquoi, ajoute-t-il, pour y obvier, je dis premièrement qu'il faut procéder de la même manière que je fis à une damoiselle de Paris..... » Une page plus loin, nous apprenons que chez la damoiselle infortunée « la fente était considérable et que tout le périnée et l'entrefesson étaient fendus. » Suit la thérapeutique que je résume. Si la contusion ou écorchure est petite, Viardel préconise des lotions avec divers liquides ; si elle est ancienne, il décrit brièvement un procédé fort analogue à celui de Guillemeau ; mais si la déchirure est à la fois large et récente, l'auteur se montre plus original, et c'est le passage suivant que nous signalons aux chirurgiens (p. 369).

« Mais si le deschirement est rescent comme à cette damoi-
» selle dont j'ay parlé, lequel n'estoit que de trois jours, il
» faudra pour lors laver la playe avec une décoction astrin-
» gente, comme je fis, et faire une cousture à surget, commen-
» çant auprès du trou de l'anus jusqu'à la fente qui estoit
» naturelle, où le deschirement auait commancé, metant par
» dessus un deffensif, commandant à la malade ou à la garde
» de tenir avec les deux doigts l'entrefesson le plus long-temps
» qu'on pourra, pour affermir davantage la playe, la pansant
» comme les blessures ordinaires, saignant la malade s'il en
» est besoin pour empescher l'inflammation, et, par ce moyen,

2e édition. La première est de 1671. Une faute d'impression s'est glissée (n° du 4 juillet de la *Gazette*, p. 419, 2e colonne) dans ma réponse à M. Herrgott, on a imprimé Viadel au lieu de Viardel.

Digitized by Google

M. *de Senarmont*, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. Un membre de la section de minéralogie s'était chargé d'exprimer les regrets unanimes de l'Académie, et de rappeler en peu de mots le caractère et l'objet des travaux les plus remarquables de celui qu'elle venait de perdre. Les autres corps savants auxquels il appartenait se disposaient à remplir le même devoir lorsque l'on a appris que l'intention formellement exprimée de M. *de Senarmont* était qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Cette volonté a dû être religieusement respectée.

PATHOLOGIE. — *Sur la nature des taches ou macules noires de la muqueuse gastrique chez les sujets morts de la fièvre jaune*, par M. *Guyon*. — A part les cas rares où la fièvre jaune se termine par la mort sans avoir offert quelques phénomènes de réaction, cette maladie laisse assez ordinairement, sur la muqueuse de l'estomac, des taches ou macules noires parfaitement dessinées, tranchées. Elles se décèlent à l'observateur avant même l'ouverture de l'organe, à travers la transparence de ses deux autres membranes, la séreuse et la musculeuse. La forme en est variée. Dans cette variété de formes, il en est deux sur lesquelles nous appellerons plus particulièrement l'attention : la forme de points plus ou moins arrondis, qui en est la plus commune, et celle de raies ou raimures pouvant mesurer plusieurs pouces de longueur sur plusieurs lignes de largeur. Cette dernière forme, que rappelle, on ne saurait mieux, la trace de la cautérisation dite *transcurrente*, occupe surtout la partie supérieure de l'organe ou sa partie cardiaque; elle est bien évidemment déterminée par le rebord des duplicatures de la membrane, rebord qui en est toujours le siége. Les autres formes de macules sont disséminées çà et là sur les autres parties de l'organe indistinctement.

Les macules dont nous parlons étaient considérées par nos devanciers comme des lésions gangréneuses, comme une gangrène des surfaces muqueuses qu'elles occupent.

Les progrès de l'anatomie pathologique ne permettent plus de voir de la gangrène dans la lésion en question; car, outre qu'elle n'en a pas l'odeur *sui generis*, et qu'elle n'exhale même aucune mauvaise odeur, les parties sous-jacentes, comme les parties environnantes, n'offrent aucun des caractères d'une inflammation dont la gangrène pourrait être la conséquence.

Selon nous, les macules noires dont nous parlons ont été successivement, pendant la maladie, d'abord des ecchymoses, ou, en d'autres termes, des extravasations sanguines au-dessous de l'épithélium et dans tout le tissu muqueux qu'il recouvre, puis des surfaces *saignantes*, *hémorrhagiques*, ou, mieux peut-être, *hémorrhagico-phlegmatiques*; car, à part les cas assez rares de fièvre jaune foudroyante, il faut bien admettre qu'au premier abord du sang dans les parties qui en sont le siége, celles-ci conservent encore assez de force, de vitalité pour réagir sur le sang, et devenir le siége d'un léger travail inflammatoire. Ce travail, toutefois, lorsqu'il se développe, cesse bientôt pour faire place au phénomène passif de l'hémorrhagie; car l'inflammation et l'hémorrhagie, comme on sait, s'excluent mutuellement. Envisagées sous ce point de vue, les macules en question seraient donc le produit d'une sorte de phlegmasie ou inflammation avortée, tout à l'encontre de la gangrène qui, elle au contraire, est le produit d'une inflammation portée à ses dernières limites, à son *summum* d'intensité.

C'est dire assez que, pour nous, la fièvre jaune n'est pas une phlegmasie gastrique, en tant que cette phlegmasie constituerait la maladie elle-même; la fièvre jaune, pour nous, est une maladie générale de *toute la substance*, comme on dit, maladie dont l'inflammation gastrique, lorsqu'elle a pu s'établir, n'est que la manifestation d'un effort critique semblable à celui constituant l'inflammation dermique dans la variole et quelques autres maladies éruptives. Aussi ne serions-nous pas éloigné de croire que c'était en irritant l'estomac, ou en ajoutant à son irritation lorsqu'elle existait déjà, qu'agissait un mode de traitement prôné de mon temps dans nos colonies des Antilles, où il n'est même pas, je crois, tout à fait abandonné. Nous voulons parler du traitement par le suc de citron administré sans mélange par cuillerée à bouche, et nous en dirons autant de quelques autres traitements également préconisés aux Antilles à différentes époques, mais se ressemblant tous plus ou moins, au point de vue de leur action commune, l'excitation, tels que le traitement par le gingembre en infusion (Gillespie) et celui par le poivre de Cayenne en pilules (Wright, Cabanellas), ainsi que le traitement brownien en général, par le madère ou toute autre boisson plus ou moins alcoolisée.

Je ne terminerai pas ma communication sans faire remarquer que, tout en établissant la nature de la lésion qui en fait le sujet, elle me paraît établir en même temps celle des prétendues ulcérations mentionnées dans la fièvre jaune par quelques auteurs.

ORGANOGÉNIE. — *Mémoire sur le développement embryonnaire des tissus musculaires chez les Vertébrés*, par M. *Ch. Rouget*. (Comm. : MM. Andral, Cl. Bernard, Longet.)

STATISTIQUE MÉDICALE. — *Fréquence de la surdi-mutité chez des enfants nés de mariages consanguins*, extrait d'une note de M. *Brochard*. — Dans la séance de l'Académie des sciences du 16 juin 1862, M. le docteur Boudin a lu un mémoire sur le danger des mariages consanguins au point de vue de la surdi-mutité envisagée comme une conséquence très fréquente de ces alliances.

Il y a longtemps que cette question fait l'objet de mes études. Permettez-moi donc, monsieur, de porter à la connaissance de l'Académie le résultat sommaire des observations que j'ai recueillies et qui viennent confirmer en tout point les

---

» la playe se cicatrisera dans quinze jours comme à cette da-
» moiselle, pour laquelle je ne me servis d'autres remèdes
» que d'une partie de térébenthine et une de miel mise avec
» un linge deux fois par jour. »

Sans parler de ce soutien fourni à la suture par le contact prolongé des doigts de la malade ou de la garde, et qui renferme l'idée d'une méthode, *la réunion digitale*, dont on pourrait tirer parti en certaines régions, il y a dans cette observation fragmentée deux points saillants : 1° le procédé; 2° l'époque de son application. Guillemeau avait associé deux modes de suture; Viardel pratique la suture en surjet que plus de cent ans après Saucerotte devait appliquer à la fistule recto-vaginale. Ambroise Paré semble recommander la suture aussitôt après l'accident. Viardel arrive au troisième jour; il lave la plaie, la coud et réussit; il imagine ou du moins réalise *la réunion immédiate secondaire*, et du même coup apprend à ses contemporains que l'opération comporte un assez large délai; cela aurait pu rassurer ceux qui, bien longtemps après, ont rejeté la périnéorrhaphie primitive dans la crainte légitime, du reste, d'additionner coup sur coup les douleurs de la délivrance et celles d'une opération.

Voici donc une nouvelle trouvaille et un nouveau jalon pour suivre la trace de la périnéorrhaphie à travers les âges. Mais j'ai encore ici un collaborateur. De même que pour Trotula, je n'aurais pas songé à lire Viardel si un beau jour ne m'était tombée sous la main une thèse très bien faite de l'école de Paris. L'auteur, M. C. de Mahy, a choisi pour sujet les lésions traumatiques que *la femme peut éprouver pendant l'accouchement* (*Th. inaug.*, Paris, 1855, n° 181); il a eu l'heureuse idée de mettre en tête de son travail une bibliographie très étendue dressée par ordre alphabétique. Vers la fin, Viardel est cité avec un commentaire dans lequel je trouve la phrase suivante : « Mention très précise des ruptures du périnée et de leur traitement par la suture entortillée, et la suture à surjet immédiatement après la délivrance. » C'est d'après cette indication

Digitized by Google

idées émises par M. le docteur Boudin et par M. le docteur Devay de Lyon.

Dans une période de quinze ans, l'institution des sourds-muets de Nogent-le-Rotrou, dont je suis le médecin, a reçu 55 enfants sourds-muets de naissance. Sur ces 55 enfants, 15 sont nés de parents cousins germains; 1 est né de parents cousins issus de germains.

Je connais, en outre, à la Ferté-Bernard (Sarthe) une famille C... qui se compose de 8 enfants, dont 4 sont sourds-muets de naissance; le père et la mère sont cousins germains. La naissance de ces enfants a présenté ceci de remarquable, que la naissance d'un enfant sourd-muet a toujours alterné avec la naissance d'un enfant ayant l'usage de la parole.

Sur les 16 sourds-muets de l'institution de Nogent-le-Rotrou nés de parents cousins germains ou de cousins issus de germains, 11 appartiennent à la classe bourgeoise ou à de riches cultivateurs; 5 appartiennent à des journaliers qui vivent de leur travail, mais qui ne sont pas malheureux. La famille C..., de la Ferté-Bernard, seule est une famille pauvre.

Il n'y a que deux enfants uniques parmi les 16 sourds-muets de Nogent. Une jeune sourde-muette, très intelligente et qui est fille unique, est, en outre, atteinte d'héméralopie congénitale.

Les autres ont eu des frères et des sœurs bien portants pour la plupart et en général intelligents. Cependant l'un d'eux a eu une sœur qui était sourde; un autre a eu un frère sourd-muet de naissance.

Les parents de ces enfants sont bien constitués, bien portants. Rien dans leurs antécédents de famille ou de santé ne pouvait faire prévoir qu'ils donneraient le jour à des enfants sourds-muets. L'alliance consanguine des parents doit donc, dans tous ces cas, être regardée comme la seule cause de la surdité des enfants.

Ces faits, monsieur le secrétaire perpétuel, confirment entièrement les conclusions qu'a formulées M. le docteur Boudin. *En effet, je trouve que, sur* 55 sourds-muets de naissance, il y en a eu 16 issus de mariages consanguins, soit 29 sur 100. Or, la proportion indiquée par mon savant confrère est : à Lyon, au moins de 25 pour 100; à Paris, de 28 pour 100; à Bordeaux, de 30 pour 100.

Le directeur de l'institution de Nogent-le-Rotrou, M. l'abbé Lebouq, m'a dit qu'il croyait pouvoir affirmer que, dans les autres établissements de sourds-muets qu'il connait, la proportion des sourds-muets de naissance issus de mariages consanguins était à l'ensemble des sourds-muets de naissance exactement ce qu'elle est dans l'institution de Nogent-le-Rotrou. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer et Bienaymé.)

HYGIÈNE. — M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Oulmont*, médecin en chef de la compagnie des chemins de fer de l'Est, une note sur l'influence exercée par les chemins de fer sur la santé des employés.

Cet opuscule est renvoyé à titre de renseignement à la commission chargée de l'examen d'un mémoire de M. Gallard sur la même question.

PHYSIOLOGIE. — *Quelques observations sur le suc gastrique, les peptones et leur action sur la lumière polarisée*, par M. *L. Corvisart* (note présentée par M. Longet). — M. William Marcet a fait connaître dans ces derniers temps quelques observations faites à l'aide du polarimètre de Soleil sur le pouvoir optique du suc gastrique et des peptones. Des études anciennes me permettent de compléter cette recherche par quelques réflexions et quelques faits.

M. Marcet déclare que le suc gastrique ne dévie point le plan de la lumière polarisée. Je pense que, si M. Marcet n'a point obtenu de déviation, c'est que le procédé qu'il a employé, et qui consiste à exciter la membrane muqueuse stomacale à l'aide d'une baguette de verre, est susceptible de ne fournir souvent qu'une sécrétion seulement aqueuse et acide.

Le meilleur moyen d'obtenir le vrai suc gastrique digestif c'est de provoquer la sécrétion par la présence d'aliments solides et très tardivement solubles, et de recueillir le suc dès les dix premières minutes de l'expérience. Dans ces conditions, nous avons vu le suc gastrique digestif, c'est-à-dire pourvu de pepsine, dévier de 8 à 10 degrés et à gauche le plan de la lumière polarisée chez des chiens pourvus de fistules de l'estomac, tels que ceux que M. Marcet a observés. La pepsine isolée du suc gastrique jouit de la même propriété.

Des observations de M. Marcet il résulterait que la digestion des cartilages par le suc gastrique (en faisant entrer en dissolution dans ce dernier la substance connue depuis Mialhe et Lehman sous le nom d'*albuminose* ou *peptone*) communique à ce suc un pouvoir rotatoire correspondant à la somme de chondrine-peptone dissoute, de telle façon que 0gr,096 de cette peptone dissoute dans 100 centimètres cubes d'eau dévierait à gauche le plan de polarisation de 1 degré. M. Marcet regrette de n'avoir pu examiner toutes les peptones à ce sujet.

Nous avons constaté :

1° Que toutes les peptones dévient à gauche le plan de la lumière polarisée;

2° Que toutes le dévient inégalement : ainsi nous avons vu que pour obvier à gauche de 1 degré il faut observer une dissolution de

0gr,080 de fibrine-peptone. . .
0gr,100 de musculine-peptone.
0gr,104 de gélatine-peptone. .
0gr,140 d'albumine-peptone. .
} dans 100 centimètres cubes d'eau.

La peptone de fibrine aurait le pouvoir le plus haut; celle d'albumine le plus bas.

---

que j'ai consulté Cosme Viardel, que M. de Mahy avait bien lu et bien compris avant moi.

Ami lecteur, je m'arrête, car dans le sentier où nous sommes (si tu m'a suivi), on ne court pas la poste; je te prie cependant de considérer le petit contingent d'idées que nous avons récoltées dans les deux étapes précédentes, c'est d'abord l'*observatio princeps* de la périnéorrhaphie pour les déchirures anciennes, c'est-à-dire un type d'anaplastie par synthèse; c'est la réunion de la rupture aussitôt après l'accident, c'est-à-dire les surfaces saignant encore; c'est la réunion tardive par surfaces déjà granuleuses; c'est enfin la suture du périnée opposée au prolapsus utérin. Je t'ai signalé deux procédés de suture et quelques préceptes non sans valeur pour le traitement consécutif, la position, le régime, l'attention donnée aux fonctions intestinales, l'adjonction des agglutinatifs ou de l'action des doigts à la suture.

Je t'ai nommé la planète, Guillemeau, puis les satellites courant en avant comme Trotula et Paré, ou trottant à la suite comme Viardel et Reuling; c'était plus que je ne t'avais promis, maintenant marche tout seul, si tu veux connaître la constellation tout entière. Ouvre les livres classiques et les monographies que tu pourras te procurer, tu trouveras beaucoup de noms cités : Mauriceau, Delamotte, Smellie, Harvy, Noël, Saucerotte, Trainel, Sédillot le jeune, Mentzel, Osiander, Asdrubali, Zang, Montain, Moulin et plusieurs autres avant d'arriver même à Dieffenbach, à Roux et aux modernes. Tu vois que tu auras du mal, aussi je te vais donner quelques avis. Malgré l'autorité de tes maîtres, ne va pas croire que tous les auteurs que je viens de te citer aient pratiqué, comme on l'affirme, la suture du périnée; quelques-uns, comme Saucerotte et Trainel, par exemple, n'y ont jamais pensé. Mais ne va pas croire non plus que Delamotte et Smellie n'aient fait que songer à l'opération sans la faire, comme on te l'avancera; ils ont bel et bien cousu le périnée, et d'une façon qui n'est pas à dédaigner. Surtout je te recommande bien de ne pas croire sur parole *un seul mot* de ce que tu trouveras dans tes susdits

Digitized by Google

Nous avons encore constaté :

3° Que chaque peptone a le même degré d'action sur la lumière polarisée que l'aliment azoté particulier dont elle émane, quoique les caractères chimiques de ce dernier soient modifiés.

Ces éléments sont utiles à connaître pour le médecin ; car les peptones, qui peuvent passer dans les urines, dévient à des degrés divers, mais toujours à gauche, la lumière polarisée, et par leur présence peuvent diminuer l'intensité de la déviation produite par le sucre de diabètes. L'acétate de plomb, souvent employé pour précipiter et éliminer des urines les matières albuminoïdes, ne précipitant pas toutes les sortes de peptones, l'emploi du charbon animal est préférable pour éliminer les peptones des urines supposées diabétiques.

— M. *Pelbach* adresse une note concernant un enfant âgé de deux ans et demi qu'il a observé à l'hospice de Bernay (Eure), et qui lui a présenté, surtout dans le système tégumentaire, certaines anomalies supposées de nature à intéresser l'Académie.

Renvoi à l'examen de M. Rayer, qui jugera s'il est nécessaire de demander à l'auteur les nouveaux renseignements qu'il offre de transmettre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département du Morbihan et de la Manche. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Sers* sur une épidémie de croup qui a régné dans la commune de Lagardiolle (Tarn) en 1862. — Un rapport de M. le docteur *André* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Sérigny-lès-Raville (Moselle) en 1861. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Pietrapola (Corse) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *Devilliers*, *Salmon*, *Bernutz* et *Baudelocque*, qui se présentent comme candidats dans la section d'accouchements. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Sirus-Pirondi*, qui sollicite le titre de membre correspondant. — *c*. Une note sur un nouveau mode d'administration de l'iode, par M. le docteur *Bernard*. — *d*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Vergne*. (Accepté.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre par laquelle M. *Robin*, secrétaire annuel, prie l'Académie de vouloir bien le remplacer dans ses fonctions.

Lectures.

M. *Gobley*, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports officiels :

1° Sur l'eau thermale de Brides (Savoie) ;

2° Sur une nouvelle source dite *la Juliette*, à Vals (Ardèche).

La commission propose d'autoriser l'exploitation de ces deux sources. (*Adopté.*)

OPHTHALMOLOGIE. — M. *Gosselin* lit un rapport officiel sur un mémoire de M. le docteur *Desponts* (de Fleurance), intitulé : TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE, OU CÉCITÉ NOCTURNE, PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE A L'INTÉRIEUR.

M. le rapporteur a eu l'occasion d'employer le traitement dont il s'agit chez plusieurs militaires de la garnison de Paris. L'héméralopie régnait épidémiquement ; l'épidémie était peu intense et la plupart des malades guérissaient en deux ou trois semaines sans traitement spécial, en gardant la chambre et en évitant le grand jour et le soleil.

Le traitement par l'huile de foie de morue fit disparaître l'héméralopie beaucoup plus rapidement. Après trois jours au plus, les malades étaient en état de reprendre leur service de nuit aussi bien que celui de jour.

En tenant compte de ces faits, M. Gosselin se croit autorisé à dire que l'huile de foie de morue brune semble bien avoir la propriété de faire disparaître promptement l'héméralopie, au moins dans les cas analogues à ceux dont il a été témoin.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Gosselin appelle l'attention sur la blépharite catarrhale qui accompagnait l'héméralopie chez tous les sujets soumis à son observation. Il croit qu'il suffirai tordinairement de traiter cette blépharite *prémonitoire* (collyres astringents, etc.) pour prévenir le développement de la cécité nocturne.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que le traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue à l'intérieur est sans aucun danger et paraît être avantageux. (*Adopté.*)

MÉDECINE. — M. *Trousseau*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Bouvier*, *Baillarger* et *Chatin*, lit un rapport SUR LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE. Nous publierons, dans un prochain numéro, un extrait de ce rapport.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Blot*, candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements, lit une NOTE SUR LA VERSION PELVIENNE DANS CERTAINS CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

L'auteur rapporte le fait d'une femme rachitique dont le bassin ne présentait d'avant en arrière que 8 centimètres, et avait nécessité la céphalotripsie dans un premier accouchement. La version a permis, dans un deuxième accouchement, d'extraire vivant un enfant aussi volumineux que le premier.

L'extraction de la tête n'a, à la vérité, pu être effectuée que grâce à une dépression profonde d'un des pariétaux, mais cette manœuvre n'a entraîné aucun trouble appréciable de la sensibilité ou des mouvements.

M. Blot, d'ailleurs, ne conclut pas de ce fait qu'il faille tou-

---

livres classiques ou monographies, car ils sont tous criblés d'erreurs, comme je pourrais te le démontrer et comme tu t'en convaincras toi-même si tu t'en veux donner la peine. C'est moi seul qu'il faut croire, car je te dis d'y aller voir.

En revanche, je te promets que tu ne perdras pas ton temps, si tu es praticien et que tu sois mis en demeure de rencontrer toi-même des périnées pourfendus ; reste assuré que tes fouilles bibliographiques te serviront singulièrement ; tu connaîtras le fort et le faible, et, si la nature t'a dévolu quelques grains de bon sens, tu sauras rejeter le mauvais et utiliser le bon ; tu feras moins, mais tu feras mieux.

En foi de quoi je t'octroie les présents conseils pour en faire tel usage qu'il te plaira.

A. VERNEUIL.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg a eu lieu le 3 juillet.

— M. Giraud, médecin principal de la marine, a été nommé médecin en chef de l'escadre de l'Atlantique, et a reçu l'ordre de se rendre immédiatement à Cherbourg, pour s'embarquer sur la frégate cuirassée *la Normandie*.

— M. le docteur Paul Gentil, ancien chirurgien militaire, ancien médecin des hôpitaux civils et des prisons, est mort à Boulogne (Seine) le 30 juin dernier, à l'âge de soixante-huit ans.

— Ont été admis à subir la seconde épreuve du concours ouvert au Bureau central : MM. Blondeau, Cadet-Gassicourt, Canuet, Dumontpallier, Gombaud, Luys, Parrot, Second-Féréol, Simon et Tamarel-Mauriac.

— Ont été nommés parmi les médecins et pharmaciens militaires du corps expéditionnaire du Mexique : *Officier de la Légion d'honneur* : M. Coindet, médecin-major de 1re classe. *Chevaliers* : M. Clary, médecin aide-major, et M. Thomas, pharmacien aide-major de 1re classe.

Digitized by Google

jours, dans les rétrécissements moyens, préférer la version au forceps ; il n'a agi ainsi, dans le cas en question, que parce qu'il avait en quelque sorte la main forcée par le genre de présentation. (*Ce travail est renvoyé à la section d'accouchements.*)

CHIRURGIE. — M. *Lagneau*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Roche*, adresse un rapport verbal sur un ouvrage imprimé de M. *don Diégo de Argumosa*, ex-professeur de clinique chirurgicale à Madrid, et intitulé : RÉSUMÉ DE CHIRURGIE.

M. le rapporteur donne la description sommaire des procédés opératoires, instruments, bandages, etc., signalés spécialement par la lettre d'envoi accompagnant cet ouvrage.

Ce sont : 1° un procédé de staphylorrhaphie, « qui paraît peu différer de ceux connus » ; 2° une suture dite du *matelassier*, pour les plaies transversales et longitudinales des intestins ; 3° un tourniquet en demi-lune, que M. Diégo considère comme de beaucoup préférable à celui de Dupuytren ; 4° un appareil pour la fracture de la clavicule ; 5° un autre appareil pour la fracture transversale de la rotule ; 6° un procédé de blépharoplastie *par glissement*, imaginé dès l'année 1832 ; 7° un procédé et un instrument nouveau pour l'opération de la fistule anale ; 8° des procédés opératoires pour la circoncision, la désarticulation du bras, l'amputation du gros orteil, la désarticulation du genou, l'opération du bec-de-lièvre et l'amygdalotomie.

M. Lagneau ajoute, en terminant, que l'ouvrage de M. Diégo est bien dans son ensemble l'expression exacte et savamment exposée de l'état actuel de la science ; il propose d'adresser des remerciments à l'auteur et de déposer son livre dans les archives de l'Académie. (*Adopté.*)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 16 MAI 1862.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR DEBOUT AYANT POUR TITRE : *Des hernies ombilicales congénitales*, par M. le docteur COLLINEAU.

(Suite et fin. — Voir le numéro 25.)

— Il me reste maintenant, messieurs, à aborder la question du *diagnostic*, puis celles du *pronostic* et du *traitement*.

Les considérations dans lesquelles je suis entré me permettront d'être bref. Mais je dois, avant de passer outre, reproduire ici une remarque de l'auteur.

« Si notre sujet n'était exclusivement conçu au point de vue de la pratique médicale, dit M. Debout, nous aurions à parler des cas nombreux dans lesquels le foie tout entier est logé dans la tumeur, de sorte que celle-ci est pédiculée comme la hernie qui contient seulement une portion du tube digestif. Mais aucun des embryons qui offrent cette protrusion de l'organe hépatique ne parvient à un développement assez complet pour vivre ; et cette étude intéresse seulement l'anatomopathologiste. »

Pour ce qui est maintenant du diagnostic, le volume considérable des hernies par arrêt de développement, la nature, la transparence de leurs parois rendront impossible la confusion de cette lésion avec une lésion d'un genre différent.

Les hernies de la seconde espèce, au contraire, eu égard à leurs petites dimensions pourraient passer inaperçues. Mais est-il besoin d'insister ; et quel praticien éclairé se bornerait à une investigation superficielle, en présence des dangers qu'entraînerait une ligature jetée à tout hasard sur le cordon, sur le sommet peut-être d'une anse intestinale ?

Leurs caractères anatomiques suffiront également pour différencier les hernies ombilicales produites dans les derniers temps de la vie intra-utérine, de celles qui reconnaissent pour cause un arrêt de développement, et appartiennent à la première espèce.

Celles-ci, nous l'avons dit, se divisent en deux variétés.

Les unes, absolument irréductibles, se caractérisent par leur forme ovoïde, leur volume moindre, la direction de leur plus grand diamètre parallèle à l'axe du cordon.

Les autres, réductibles, ont un volume plus considérable ; leur forme est arrondie, leur base large.

Enfin, suivant M. Debout, également dissociés à la base, les vaisseaux omphalo-mésentériques se réunissent en faisceau au sommet de la tumeur, pour la première variété ; sur son côté gauche, pour la seconde.

— Un caractère sur lequel il importe de bien s'entendre, c'est la réductibilité.

Privée pendant une grande partie de la vie fœtale des organes qu'elle est normalement destinée à contenir, la cavité abdominale est restée en dehors des conditions nécessaires à son développement physiologique ; son ampliation ne s'est point faite. On n'obtiendra donc, de prime abord, quelques efforts que l'on fasse, qu'une réduction incomplète des viscères logés dans la tumeur ; mais sous l'influence de pressions douces et fréquemment répétées (l'auteur insiste sur ce point avec un soin extrême), l'ampliation du ventre ne tardera pas à se produire ; et c'est, dit-il, du degré d'ouverture de l'anneau ombilical, plutôt que de l'amplitude primitive de la paroi abdominale qu'il faut tenir compte, pour apprécier le degré de la réductibilité.

Au point de vue du pronostic, l'opinion a subi de remarquables oscillations.

Les auteurs anciens se fondant, uniquement sans doute, sur l'étendue de la tumeur, se prononçaient à priori pour l'incurabilité. Le radicalisme de leur appréciation à cet égard ressort de la conduite d'Ambroise Paré. Sollicité de donner ses soins à un enfant affecté du vice de conformation dont nous parlons, il refusa, disant que *le malade mourrait bien sans lui*.

Tenant compte à leur tour d'un certain nombre de guérisons spontanées, les auteurs modernes en ont appelé du jugement de leurs devanciers ; et plusieurs sont allés jusqu'à déclarer *viables* tous les nouveau-nés atteints de hernie ombilicale.

Une étude plus approfondie prouve que le pronostic de l'affection varie avec l'espèce et la variété ; et c'est afin de préciser pour chacune les éventualités de la guérison qu'il importait, comme l'a fait M. Debout, d'établir un ordre naturel.

Constituées par une seule anse intestinale comprise entre les membranes du cordon, les hernies qui se développent vers la fin de la vie fœtale, à la condition de n'être pas restées inaperçues, présentent un pronostic des plus favorables.

Pour les hernies par arrêt de développement, au contraire, les chances de guérison varient par cela même qu'elles sont ou ne sont pas susceptibles de réductibilité.

Les premières peuvent guérir. L'observation démontre qu'elles guérissent spontanément. Par quel mécanisme ? Selon M. Debout, le voici : « Le feuillet externe des parois tombe après la naissance, et se sépare à la base de la tumeur dans le point où celle-ci se continue avec la peau. Cette élimination seulement est un peu plus longue à se produire que lorsque la base du cordon n'a pas subi cette énorme ampliation.

» Lorsque la chute de ce feuillet a eu lieu, la hernie ne conserve d'autre enveloppe que la membrane interne de ses parois, laquelle se continue avec les muscles et le péritoine. Cette membrane devient le siége d'un travail inflammatoire, et se couvre de bourgeons celluleux ; puis, se rétractant peu à peu, elle réduit la portion des viscères située dans la cavité de la tumeur, et finit par amener au contact les bords de l'ouverture ombilicale. »

Les hernies de la seconde variété trouvent au contraire, dans leur irréductibilité même, un obstacle pour qu'un pareil travail de la nature puisse s'accomplir avec bonheur.

L'élimination du feuillet externe de leurs parois laisse dé-

Digitized by Google

nudée une surface du péritoine trop étendue pour que son inflammation ne rende pas la mort inévitable.

Une complication nouvelle, qui détruit tout espoir, surgit d'ailleurs dans la pluralité des cas.

Distendues outre mesure par le développement progressif de la masse intestinale, les parois de la tumeur s'amincissent tellement que, soit pendant le travail de la parturition, soit antérieurement au terme de la grossesse, elles finissent par se rompre, et, plus fatalement, plus rapidement encore que tout à l'heure, les nouveau-nés succombent à une péritonite.

Vous le voyez, messieurs, il est des circonstances désespérées qui réduisent le chirurgien à l'abstention.

L'abstention pourtant ne saurait être la règle imprescriptible de sa conduite.

Les considérations générales qui précèdent, l'étude de nombreux exemples de guérison dont la relation pleine d'intérêt termine son travail, ont amené l'auteur à des conclusions pratiques dont voici l'esprit :

Les hernies par arrêt de développement, et en même temps réductibles, sont susceptibles de guérison spontanée. La marche suivie par la nature, en pareil cas, est précise. Elle est plus rapide que toutes celles qu'on a voulu lui imposer.

Il y a lieu de compter sur l'ampliation de la paroi abdominale, qui, loin d'avoir subi, comme le pensait Richter, une perte de substance, est simplement refoulée par la tumeur. Il est d'observation que les progrès de cette ampliation se font sans grand'peine et dans un délai assez court.

L'intervention de l'art consiste donc à favoriser le travail spontané de la nature, et à rendre prompte et facile cette ampliation de la paroi abdominale. L'indication sera remplie par l'application d'appareils enduits de corps gras et d'un bandage modérément compressif, dont l'action, surveillée avec un soin extrême, devra être à la fois permanente et progressive.

On combattra en même temps, par les moyens appropriés, les accidents de péritonite locale, s'ils viennent à se produire.

Abandonnées à elles, les hernies irréductibles ont une issue fatalement mortelle. Leur léthalité assurée légitime donc l'intervention immédiate des secours chirurgicaux.

Pour opérer la réduction des anses intestinales herniées, l'auteur conseille de pratiquer sur la ligne blanche une incision suffisante, et de maintenir les parties réduites en rapprochant par des points de suture les lèvres de l'incision.

Dans de semblables circonstances, quelque éventuel que soit le succès, les probabilités seront, toutes choses égales d'ailleurs, en raison de la promptitude qu'on mettra à intervenir.

Cette pratique, du reste, ne se fonde point sur des idées purement spéculatives. Elle repose sur des exemples de guérison obtenus dans des cas appartenant à la première variété, par l'avivement des bords de l'anneau ombilical.

Enfin, les hernies de la seconde espèce, produites dans les derniers temps de la vie fœtale, et constituées par la protrusion d'une seule anse intestinale entre les membranes du cordon, réclament les mêmes soins que les hernies ombilicales acquises avec lesquelles elles offrent de frappantes analogies.

Telles sont, messieurs, au moins en ce qu'elles ont de fondamental, les questions soulevées dans le Mémoire de M. Debout. Puissé-je vous en avoir tracé une esquisse fidèle !

Si je me suis laissé emporter au delà des strictes limites d'un compte rendu, mon excuse se trouve dans l'intérêt même du sujet ; et en vous exprimant ma gratitude pour l'attention bienveillante que vous avez bien voulu me prêter, j'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, que le Mémoire de M. Debout prenne place dans vos archives,

Et que des remerciments soient adressés à l'auteur.

Après la lecture du rapport de M. Collineau, M. *Debout* informe la Société que, depuis la publication de son travail dans les Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique, deux nouveaux faits se sont produits, et viennent prouver les services rendus à la pratique par les conclusions qu'il a cru devoir exposer.

Le premier de ces faits a été observé par M. Guersant chez un nouveau-né appartenant à une haute famille du faubourg Saint-Germain. Malgré le pronostic fatal porté par deux éminents confrères, éclairé par la lecture des observations rassemblées par M. Debout, M. Guersant n'a pas désespéré de la cure du petit malade, et le succès est venu couronner ses soins. Ce cas est d'autant plus remarquable que M. Guersant, pendant son long séjour à l'hôpital des Enfants, avait vu environ douze nouveau-nés porteurs de hernies ombilicales, et que tous ces cas s'étaient terminés par la mort. Il est bon d'ajouter que ces enfants avaient été envoyés à la campagne, et confiés à des nourrices qui n'avaient pas pris tous les soins dont le dernier malade de M. Guersant a été entouré.

Le second cas est plus intéressant encore, puisque c'est le premier exemple d'une intervention de l'art dans la forme irréductible de ces hernies; il a été recueilli à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Giraldès. Malheureusement les parents ont résisté aux conseils de M. Meunier, interne de l'hôpital, et le nouveau-né n'est entré que le troisième jour, alors que tous les symptômes d'une péritonite locale s'étaient déjà manifestés. Dès le moment de son admission, M. Giraldès s'est hâté de débrider l'anneau et de réduire les anses intestinales contenues dans la partie. Les bénéfices de cette opération ont été immédiats; les vomissements auxquels l'enfant était en proie ont cessé aussitôt, et il a pu reprendre le sein, puis les garderobes se sont rétablies. L'enfant n'en a pas moins succombé aux progrès de la péritonite. M. Debout a pris soin de faire dessiner cette pièce pathologique intéressante.

M. *Richard* comprend avec peine qu'il puisse y avoir des hernies ombilicales sans éventration ; la réduction de la hernie par le retrait du cordon lui paraît être un fait contraire à l'observation. Il donne à ce propos le résumé de l'histoire des hernies ombilicales telle qu'on la trouve dans les livres classiques.

M. *Debout* répond que c'est bien le retrait du cordon qui produit la réduction de l'anse intestinale, et si ce retrait ne s'opère pas, l'intestin hernié peut augmenter de volume, à la manière de ces fruits que l'on fait se développer à l'intérieur d'une bouteille. On croit alors à une éventration; mais, par une dissection attentive, il est facile de s'assurer qu'on a affaire aux enveloppes du cordon seulement. M. Coste est complétement de l'avis de M. Debout.

M. Debout signale, en outre, une particularité intéressante du traitement des hernies ombilicales. Ces hernies ne sont pas rares dans l'enfance; or, en consultant les motifs d'exemption pour le service militaire, on ne trouve pas un seul cas de réforme pour cause de hernie ombilicale. Il faut en conclure que ces hernies guérissent, même sans traitement, car toutes ne sont pas traitées.

M. *Richard* dit que la guérison ne peut être posée en règle générale. Il est fréquent de voir ces hernies rester dans un état stationnaire pendant plusieurs années, jusqu'à l'âge de sept ou huit ans.

M. *Leroy* d'Etiolles dit avoir observé un enfant qui présenta, six semaines après la naissance, une hernie ombilicale; elle n'a disparu qu'à la sixième année, malgré tous les soins donnés par M. Leroy d'Etiolles, qui tous les jours faisait lui-même un pansement avec du diachylon. Des bandages avec des ressorts d'acier ne valent rien en pareil cas.

M. *Boinet* a vu chez deux enfants des hernies ombilicales survenues vers la sixième semaine. Ces hernies n'ont pas été traitées; elles ont guéri au bout d'un an. Il faut recommander aux parents de mettre la main sur la région ombilicale, quand les enfants toussent ou quand ils poussent des cris.

M. *Géry* voit un enfant de sept ans qui a une hernie ombili-

Digitized by Google

cale du volume et de la forme d'un dé à coudre; il y a amélioration depuis quelque temps dans la grosseur de la tumeur.

M. *Sales-Girons* fait remarquer que l'observation de M. Debout reste vraie; les hernies ombilicales guérissent généralement avant l'âge adulte.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 18 JUILLET 1862.

Quelques observations sur l'asphyxie des nouveau-nés, par M. *Boys de Loury*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

RAPPORTS. — CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS DE JUIN.

— M. *Marotte* lit une analyse du second volume du *Traité des maladies des femmes* de MM. Bernutz et Goupil, offert à la Société par leurs auteurs.

— M. *Béhier* lit un rapport sur une observation d'aliénation mentale présentée par M. Lisle, et dont nous avons déjà rendu compte (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1862, n° 2, p. 28). Il insiste surtout sur la question médico-légale soulevée par M. Lisle, et montre que dans cet exemple comme dans beaucoup d'autres les connaissances spéciales d'un expert peuvent seules éclairer la justice. Il réfute à cette occasion les paroles injustes et malveillantes qu'un magistrat haut placé n'a pas craint de prononcer contre les médecins légistes.

— M. *Potain* lit, au nom de M. Lailler, absent, le rapport mensuel sur la constitution médicale du mois de juin dans les hôpitaux de Paris. Ce mois, caractérisé météorologiquement par un abaissement notable de la température et un ciel presque constamment pluvieux, a fourni surtout aux hôpitaux des rhumatismes, des pneumonies et des diphthérites.

A Sainte-Eugénie, M. Bergeron a observé des angines couenneuses et des croups. Sur huit cas de croup, deux ont guéri sans opération; deux opérés ont succombé, l'un à l'extension de la diphthérie, l'autre à une hémorrhagie foudroyante survenue le sixième jour après l'opération. Un a guéri, les autres sont en traitement. Il est à remarquer que les affections diphthériques qui se montrent maintenant à l'hôpital Sainte-Eugénie, avaient apparu les mois précédents à l'hôpital des Enfants, et que la maladie semble avoir marché de l'ouest à l'est de la ville de Paris. Du reste, M. Bouvier signale encore à l'hôpital de la rue de Sèvres deux cas de croup grave guéris sans opération: les fausses membranes ont été expulsées spontanément. Après les diphthéries, les maladies que MM. Barthez et Bergeron ont surtout rencontrées sont des scarlatines, des rougeoles et des varioloïdes.

A l'Hôtel-Dieu, la variole tend à disparaître, selon MM. Vidal et Laboulbène. Une variole a cependant présenté la forme hémorrhagique, une autre s'est compliquée de pneumonie. On note en même temps des embarras gastriques, des angines simples, des diarrhées et des pneumonies. C'est la forme lobaire qui domine chez les enfants comme chez l'adulte, selon M. Bouvier. Les rhumatismes articulaires ont été nombreux dans les services de MM. Vidal et Bernutz. Ce dernier signale un rhumatisme ayant débuté par un purpura fébrile, un autre compliqué de péricardite et de pneumonie qui se sont rapidement amendées, un autre enfin qui chez une femme enceinte avait fait craindre un accouchement prématuré, sans que cette crainte se soit justifiée.

M. Goupil a observé à Lourcine trois cas de coqueluche. Les conditions spéciales d'admission à cet hôpital lui ont permis de préciser exactement la durée de l'incubation, qui a été en moyenne de quinze à dix-huit jours.

— M. *Hervez de Chégoin*, à l'occasion de ce rapport, dit qu'il croit pouvoir éviter l'hémorrhagie dans la trachéotomie, en liant au fur et à mesure les vaisseaux et le tissu cellulaire. Quant à la coqueluche, il demande à ses collègues chargés de services dans les hôpitaux d'enfants quelle est la durée ordinaire de la maladie à l'hôpital.

M. *Bergeron* répond que cela est difficile à établir, parce qu'il ne les garde pas jusqu'à la fin, mais les renvoie à la période de déclin, après environ trois à quatre semaines.

M. *Barthez* les garde un peu plus longtemps, mais il pense que la durée de la maladie est très variable, et se croit heureux quand elle n'est que de six semaines à deux mois.

M. *Hervez de Chégoin* ajoute alors qu'il abrége notablement la durée de la coqueluche, maladie toujours consécutive à un catarrhe, selon lui, au moyen d'un traitement qui lui est propre, savoir des applications d'un sel de morphine faites sur la région du larynx par la méthode endermique.

— M. *Bergeron* n'a rien à dire sur ce traitement qu'il n'a pas essayé, mais il relève cette proposition de M. Hervez que la coqueluche est toujours consécutive à un catarrhe. Ce catarrhe n'est autre que la période initiale de la coqueluche, il dure de huit à quinze jours, et alors la toux devient spasmodique et caractéristique. C'est ce qui a été bien établi dans le mémoire de M. Sée, il y a sept ou huit ans.

Séparer ce catarrhe de la coqueluche, ce serait agir comme si l'on séparait de la rougeole le catarrhe nasal et conjonctival qui précède l'éruption.

M. *Barthez* confirme la remarque de M. Bergeron. Tous les auteurs français et étrangers ont décrit la période catarrhale par laquelle débute la coqueluche, et n'en ont pas fait une maladie distincte de celle-ci.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 18 ET 20 JUIN 1862.

PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

STATISTIQUE CHIRURGICALE DES HÔPITAUX.

— M. *Chassaignac* a présenté quelques remarques sur les chiffres qui ont servi de base à la statistique opératoire des hôpitaux de Paris. Les relevés mensuels que l'administration fait signer aux chirurgiens sont loin d'être exacts, en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise. Ces relevés ne sont, en effet, composés que de l'addition des opérations signalées sur les pancartes qui sont envoyées au bureau de l'hôpital. Mais toutes les pancartes ne sont pas portées au bureau comme elles devraient l'être réglementairement après chaque opération: il arrive plus d'une fois que la religieuse chargée de cet envoi omet de le faire, parce qu'elle est préoccupée d'autres devoirs, et chacun de ces oublis entraîne la disparition complète des traces de l'opération pratiquée.

M. *Chassaignac*, en confrontant les registres officiels de l'administration avec un registre tenu par lui-même, jour par jour, pendant huit années, a reconnu que les omissions des relevés administratifs sont nombreuses, et qu'elles portent parfois sur des opérations très importantes, telles que des amputations de cuisse, des résections, des ablations de tumeurs volumineuses, etc.

M. *Jarjavay* a non-seulement remarqué des lacunes semblables, mais il ne se rappelle pas avoir signé aucun relevé mensuel à l'hôpital Saint-Antoine, ni en 1860, ni en 1861.

M. *Broca* convient qu'avant la statistique telle que l'a organisée M. Husson, on n'avait que des documents incomplets; mais tels qu'ils sont, ils peuvent encore être utilement consultés, car s'il y manque beaucoup de faits, c'est le hasard qui a présidé à ces omissions. S'il fallait, pour qu'une statistique

Digitized by Google

soit exacte, qu'elle fût absolument complète, la statistique ne serait possible qu'en remuant des milliers de chiffres, et encore n'atteindrait-on pas une rigueur mathématique. La statistique des naissances elle-même n'est pas complète. En se servant des anciens relevés fournis par les hôpitaux, on perd, il est vrai, des unités, mais sans choix et au hasard, en sorte que ces unités portent indifféremment sur chacun des facteurs, et non exclusivement sur un seul. Les notions qu'on peut en extraire sont donc excellentes, bien que ce soient des notions relatives et non absolues. Pour moi, si je me rappelle mes impressions, je ne trouve pas que la statistique de M. Malgaigne, faite avec les matériaux qu'on accuse, soit trop sombre. Je crois qu'elle exprime une vérité, et cette vérité, reconnue par tout le monde, a eu l'heureux résultat de rendre la chirurgie plus conservatrice.

M. *Trélat* fait remarquer que la statistique qu'il a faite lui-même avec des éléments qui n'étaient pas plus complets que ceux dont s'était servi M. Malgaigne, offre cependant beaucoup de chances d'exactitude. Ce qui le prouve, c'est que, venant dix ans après M. Malgaigne, il est arrivé à peu près exactement aux mêmes résultats.

Il faut dire aussi que les chirurgiens sont assez mal fondés à se plaindre de l'inexactitude des relevés; s'ils voulaient ne pas abandonner uniquement la besogne aux employés du bureau, les erreurs n'auraient plus lieu.

M. *Trélat* est revenu, dans la séance du 25 juin, sur la question de la statistique chirurgicale des hôpitaux. Il est certain qu'un certain nombre d'opérations faites par M. Chassaignac n'ont pas été portées sur le registre de l'hôpital; cependant il a été tenu compte dans l'espace de huit années de 1254 opérations faites dans le seul service de M. Chassaignac, tandis que, dans le même temps, les trois services de l'Hôtel-Dieu n'en donnent que 1670. Les deux services de la Pitié, où certes la chirurgie, ajoute M. Trélat, n'était pas inactive, 1578; la Charité 1084, et Beaujon, tout aussi fréquenté que Lariboisière par les grands accidents, 819. On voit par la simple comparaison de ces chiffres que, s'il y a des oublis, ils ont dû être bien rares.

Que les oublis d'ailleurs aient porté sur des ponctions de kystes ovariques, sur des tailles, des ponctions d'hydrocèle, ou sur telle autre opération qu'on voudra, peu importe; c'est d'amputations qu'il s'agit et non d'autre chose, car personne n'a eu la malheureuse idée d'accoupler monstrueusement dans un relevé statistique toutes les opérations ensemble.

Voilà donc la chance des omissions diminuée. Mais je suppose cependant, dit M. Trélat, que 10, 20, 30, 50 amputations aient échappé au relevé que j'ai communiqué à l'Académie; j'admets même que ces 50 amputations aient donné 50 succès, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir 522 morts sur 1144 amputés, nous trouvions 522 morts sur 1200 amputés. Que résultera-t-il de cette hypothèse? Le chiffre de la mortalité va descendre de 45 à 43; au lieu de perdre 4 opérés 5/10es, vous en perdrez 4 3/10es sur 10. La différence est bien minime, si on la compare à l'énorme variation subie par l'un des chiffres. Cet exemple démontre suffisamment l'avantage et l'utilité des grands nombres. Pourvu que ces nombres soient élevés, le statisticien n'a pas un besoin rigoureux de la totalité des faits pour établir ses proportions: une statistique est autre chose qu'un dénombrement.

M. *Chassaignac* se plaint qu'on ait fait des statistiques non-seulement avec des relevés incomplets, ainsi qu'il l'a démontré, mais en supprimant même complétement certains relevés. Ceux de l'hôpital Saint-Louis, par exemple, ont été regardés comme insuffisants, et il n'en a pas été question dans un travail qui a la prétention d'être une *statistique des hôpitaux de Paris*. Quant à la loi des grands nombres, M. Chassaignac ne l'admet pas, et croit difficilement qu'il soit indifférent à l'exactitude d'une statistique d'oublier 10 malades sur 100.

M. *Voillemier* n'est nullement l'ennemi des statistiques; il les croit utiles au contraire, même quand elles sont imparfaites. Seraient-elles complètes cependant, il faudrait encore dans certains cas se défier de leurs résultats. Il est certain, par exemple, qu'un chirurgien qui a pour habitude d'amputer tout ce qui se présente, aura une proportion de succès bien plus grande que celui qui se borne à amputer dans les cas graves. Il faudrait donc tenir compte des conditions dans lesquelles l'opération a été faite, et des lésions concomitantes qui ont pu accroître la mortalité. Pour cela, il faudrait que chaque observation fût exactement prise par le chef de service, et qu'il se chargeât lui-même de classer les faits et de faire sa statisque.

M. *Trélat* n'a pas cherché à faire une étude comparative de la pratique de chaque chirurgien; il n'a donc pas eu besoin de procéder selon la manière et avec des éléments indiqués par M. Voillemier. Il croit que telles qu'elles sont, ses recherches suffisent à résoudre une question de salubrité générale.

V

VARIÉTÉS.

— Nous lisons dans l'UNION DES DEUX-VILLES : M. le préfet d'Ille-et-Vilaine vient de prendre les mesures nécessaires pour l'organisation des vétérinaires cantonaux sur des bases que ce magistrat a indiquées au conseil général. Il sera accordé une subvention départementale de 200 francs par canton, et une subvention municipale, au minimum, de 25 francs par commune.

— On écrit de Londres à la GAZETTE D'AUGSBOURG : L'agitation de nos dames avides d'émancipation pour être admises aux universités fait peu de progrès, et il n'est guère à supposer que nous ayons bientôt des docteurs en médecine et des maîtres ès arts libéraux du sexe féminin. Mademoiselle Cobbe a lu, dans une des séances du congrès de la science sociale, une très longue et très savante dissertation pour démontrer que l'exclusion de l'Université est une des nombreuses injustices dont les femmes ont à souffrir. Une autre dame a demandé, *comme compensation* en attendant, l'admission de ses sœurs opprimées à la Faculté de médecine. Non-seulement la presse entière, à l'exception du MORNING STAR, se prononce contre les prétentions de ces dames, mais les Facultés de médecine elles-mêmes croient nécessaire de repousser énergiquement l'invasion du beau sexe. Le collége des médecins d'Édimbourg a pris la chose tout à fait au sérieux; non-seulement il a refusé aux candidats le diplôme objet de leur ambition, mais dans un mémoire il a expliqué pourquoi il devait repousser une pareille prétention, qu'il considérait comme aussi dangereuse pour la société que peu compatible avec la science médicale.

— Dans une récente réunion, le conseil d'administration de l'Université de Bruxelles a nommé M. le docteur Delvaux (Prosper), professeur extraordinaire, chargé du cours de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. le professeur Rossignol, qui, par suite de la mort de M. Seutin, devient professeur de clinique chirurgicale, tout en conservant la chaire de médecine opératoire qu'il partageait jadis avec M. Seutin.

Dans la même séance, le conseil d'administration, pour récompenser M. Henriette, qui, jusqu'à ce jour, avait donné une clinique libre sur les maladies des enfants, l'a nommé, à titre personnel, *professeur honoraire* de la Faculté de médecine. (*Presse médicale belge*.)

— Dans sa dernière séance, la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles a composé son bureau pour l'année académique 1862-1863. M. le professeur Graux a été nommé président, et M. le professeur Pigeolet, secrétaire.

— La commune d'Haussy, canton de Solesmes (Nord), qui compte une population de 3200 âmes, est actuellement sans médecin

— On lit dans le COURRIER DE LA MEURTHE ET DES VOSGES : « Jeudi dernier, 26 juin, est mort à Nancy M. le docteur Auguste-Romain Gérardin, qu'il ne faut pas confondre avec son homonyme, membre de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 25 JUILLET 1862. — N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Société R. médico-chirurgicale de Londres : Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose. — Académie de médecine : Du goître exophthalmique. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Considérations sur la nature du goitre exophthalmique. — Extrait du rapport de M. Trousseau sur le travail précédent et sur un travail antérieur de M. Aran. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Pénétration et séjour pendant trois mois dans l'orbite d'un corps étranger. Extraction. — Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée. — V. **Variétés.** Obsèques de M. Adelon. — VI. **Feuilleton.** La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 11 juillet, M. ROBERT, professeur suppléant de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de Poitiers, est nommé suppléant pour les chaires de médecine à la même école, en remplacement de *M. Jallet*.

M. JALLET, suppléant pour les chaires de médecine à la même école, est nommé suppléant de chirurgie et d'accouchement à ladite école, en remplacement de M. Robert.

— M. DANNER, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Tours, est maintenu pour une nouvelle période triennale dans lesdites fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 24 juillet 1862.

Société R. médico-chirurgicale de Londres : TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES ALCALINS A HAUTE DOSE. — *Académie de médecine :* DU GOÎTRE EXOPHTHALMIQUE.

Le docteur Dickinson a communiqué récemment à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, un mémoire sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à hautes doses. Ce travail nous permet de signaler à nos lecteurs quelques résultats intéressants, et nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte ; car cette médication, que quelques essais, peu nombreux encore, nous portent à regarder comme très efficace, est restée à peu près inconnue soit en France, soit en Allemagne, bien que, depuis 1850 surtout, elle ait été l'objet d'études sérieuses en Angleterre.

FEUILLETON.

La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit, par M. LÉLUT, de l'Institut. 1 vol. in-8.

(Premier article.)

Treize chapitres composent le premier volume du livre de M. Lélut, mais les trois premiers contiennent déjà la doctrine de l'auteur en quelque sorte tout armée. Ce premier volume est tout le livre ; le second est formé d'une collection de mémoires roulant presque tous sur des faits de détail relatifs à la recherche des rapports du *corps* à l'*esprit*. Ces opuscules servent de pièces justificatives à l'œuvre principale.

On trouve dans ce livre une érudition vaste et vraie ; l'auteur y a condensé la meilleure part peut-être de la science des temps passés ; il connait tous les travaux de la physiologie moderne ; il est physiologiste, il est médecin ; sa critique est spirituelle et vigoureuse, son style presque toujours limpide. Il lui manque deux vertus à peine, mais bien essentielles : l'espérance et la foi scientifiques.

« Sur ces relations... des organes en particulier aux facultés » diverses de l'intelligence, nous dit-il dans sa préface (p. XXXj), » sur les conditions physiologiques, en un mot, de l'exercice » de ces dernières, non-seulement nous n'en saurons jamais » beaucoup plus long que nous n'en savons maintenant, mais » nous ne pouvons, nous ne devons guère plus en savoir. »

On voit donc, dès les premières pages, que le but de M. Lélut est de démontrer que la PHYSIOLOGIE DE LA PENSÉE n'est pas à la portée de l'intelligence humaine, que toute découverte, dans cette branche de la biologie, est à jamais impossible.

Dans le premier chapitre, M. Lélut, après quelques considérations générales, dit que les organes de la pensée se confondent avec ceux de la vie (1) ; c'est ce qu'il nomme la première

(1) « *Ou les renferment* », dit M. Lélut dans la *Rubrique de l'article premier.* Nous avons négligé cette proposition accessoire, et pour ainsi dire *de rechange*,

Rappelons au préalable, pour éviter toute équivoque, qu'il ne s'agit point ici du traitement par le nitrate de potasse, proposé à la fin du siècle dernier par Brocklesby et Macbride, remis en honneur, il y a quelques années, par MM. Gendrin, Martin Solon et Aran ; on sait, du reste, que ce médicament n'a point réalisé les espérances qu'on en avait conçues tout d'abord, et M. le professeur Monneret, qui a expérimenté le sel de nitre sur huit rhumatisants, n'a pu constater aucune influence favorable, ni sur la marche de la maladie, ni sur la violence des symptômes. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1844.)

Golding Bird, le premier, a conseillé de traiter le rhumatisme articulaire par les alcalins proprement dits, et dès lors, cette médication a été très fréquemment mise en usage à Guy's Hospital. Un peu plus tard, Garrod a formulé plus nettement encore ce mode de traitement, pour lequel il emploie à peu près indifféremment le bicarbonate de potasse ou le bicarbonate de soude. Sous l'influence de cette thérapeutique, la durée moyenne de la maladie est notablement abrégée, et l'intensité des accidents rapidement atténuée; mais en outre, et ce n'est pas là le résultat le moins important, la fréquence des affections cardiaques semble être beaucoup moindre. Ainsi, sur 24 malades observés et traités par Garrod, trois seulement ont présenté quelques accidents du côté du cœur; or, les relevés de M. Bouillaud, ceux même de Bamberger et de Friedreich donnent un chiffre bien plus élevé, et les tableaux de Dickinson, dont nous allons parler, démontrent en effet que la proportion est plus considérable, lorsqu'on a recours aux méthodes ordinaires de traitement.

Garrod ne s'était servi, à l'époque de ses premiers essais, que du bicarbonate de potasse ou de soude; mais déjà, il faisait remarquer qu'on obtiendrait vraisemblablement les mêmes résultats avec tous les sels potassiques ou sodiques, susceptibles de se transformer en carbonates au sein de l'organisme. Dickinson s'est emparé de cette idée, et il a basé sa médication alcaline sur l'emploi simultané de l'acétate et du bicarbonate de potasse ou de soude; les doses ont varié d'une demi-once à une once et demie par jour, la proportion du bicarbonate étant ordinairement double de celle de l'acétate; les sels étaient le plus souvent dissous dans la solution officinale (***Pharmacopée de Londres***) d'acétate d'ammoniaque. Quarante-huit rhumatisants ont été traités à Saint-George Hospital d'après ces principes, et l'on a pris soin qu'aucune médication intercurrente ne vînt obscurcir l'appréciation des faits; sur ces quarante-huit malades, un seul a été atteint d'accidents cardiaques; encore faut-il noter que chez lui le bruit de souffle révélateur de l'affection apparut dans les premières vingt-quatre heures du traitement, et ne persista pas. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt-cinq jours.

Dans quelques cas où l'on avait joint aux alcalins l'emploi du colchique, la durée de la maladie s'est élevée à trente jours. Ces chiffres, comme on le voit, sont plus avantageux encore que ceux de Garrod, et cette différence remarquable, Dickinson l'impute à l'adjonction de l'acétate de potasse au bicarbonate de cette base.

Mais d'ailleurs, ces résultats deviennent plus significatifs encore lorsqu'on étudie ceux que donnent les autres méthodes thérapeutiques, et c'est là un des points les plus intéressants du travail de notre confrère de Londres. Pour faciliter cette étude comparative, l'auteur a résumé, en les classant d'après le traitement employé, les observations de tous les rhumatisants entrés à Saint-George Hospital pendant la période quinquennale, qui finit au 31 décembre 1861 ; il va de soi qu'il n'a fait entrer dans cette statistique que les malades qui, au moment de leur arrivée à l'hôpital, ne présentaient aucun signe d'affection cardiaque. Dickinson a formé quatorze tableaux; nous en indiquerons les traits les plus saillants.

Huit malades ont été soumis à un traitement mixte, dont les saignées générales constituaient le moyen principal; chez trois d'entre eux, on vit se développer des accidents d'endocardite ou de péricardite; chez un quatrième, le diagnostic demeura incertain, mais il y eut des symptômes cardiaques; en somme, le cœur ne fut respecté que chez la moitié des sujets. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de quarante et un jours.

Dans un autre groupe sont classés vingt-quatre rhumatisants, qui ont été traités par le calomel et l'opium réunis, à hautes doses; plusieurs de ces malades *ont pris, en outre*, du nitrate de potasse; or, parmi eux, six, soit un quart, ont été atteints d'inflammation cardiaque; dans deux cas, cette affection a été rapidement mortelle. La durée du séjour dans les salles a été de trente-sept jours.

Le traitement par l'opium peut être estimé à sa juste valeur, grâce au tableau publié par Ibson dans l'ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL ; chez vingt et un malades qui, au début de leur rhumatisme, ne présentaient absolument aucun signe d'affection du cœur, l'opium fut administré à doses répétées: on en donna, dans plusieurs cas, jusqu'à un grain (0^{gr},06) par heure ; pendant le cours de ce traitement, quatorze de ces malades, soit les deux tiers, furent pris d'accidents phlegmasiques du côté du cœur.

---

difficulté du sujet. Cette confusion, si elle était réelle, serait sans doute un grand obstacle à l'étude des conditions physiologiques de la pensée. C'est donc un point fort grave, et qui mérite un sérieux examen.

Voici les preuves à l'aide desquelles M. Lélut veut faire passer sa conviction dans l'esprit de ses lecteurs :

Il remarque d'abord que le fœtus contenu dans le sein maternel, « fœtus qui ne pense point » et qui « sent fort peu, » est cependant muni d'un cerveau et d'un système nerveux proportionnellement plus considérable qu'il ne le sera à aucune époque de la vie. « Ce gros système nerveux, ajoute M. Lélut, » système nerveux, soit central, soit périphérique, à quoi » sert-il donc chez lui? De quelles fonctions est-il l'organe, un » des organes, l'organe excitateur? Il est évidemment l'organe » excitateur des fonctions purement vitales, l'*organe essentiel de* » *la vie.* »

En parlant ici du système nerveux du fœtus, M. Lélut entend surtout le cerveau, comme il est facile de s'en convaincre par ce qu'il dit en d'autres endroits (p. 66, 104, etc., etc.).

Certes on ne soutiendra guère qu'un fœtus puisse se développer *sans système nerveux*, et si l'on avait des doutes à cet égard (doute est souvent sagesse), l'observation et l'expérience directes ne sauraient rien nous apprendre.

Si l'on disait que bon nombre de faits démontrent les rapports de certaines portions du système nerveux avec les fonctions de nutrition, avec l'ensemble de ces fonctions *purement vitales* que M. Lélut nomme ici *la vie*, on risquerait peu d'être contredit ; mais montrer que le cerveau est un organe directement et spécialement incitateur de ces fonctions, c'est chose plus difficile, même avec tout le talent de M. Lélut.

que M. Lélut s'abstient d'ailleurs de développer. Comment les organes de la pensée renferment-ils ceux de la vie? Existe-t-il dans l'encéphale un organe de la vie assez semblable à celui que la phrénologie charge de tout ce qui concerne l'alimentation ? Cette opinion ne semblera-t-elle pas étrange chez l'auteur du *Rejet de l'organologie de Gall*?

Il y a loin de ces résultats à ceux qu'a obtenus Dickinson chez les quarante-huit malades dont nous avons parlé plus haut; en fait, il résulte de ses observations, de celles même de Garrod, que le traitement par les alcalins présente deux avantages : il abrége d'une façon notable la durée de l'attaque; et, en diminuant la fréquence des déterminations cardiaques, il atténue directement le péril immédiat et les dangers ultérieurs du rhumatisme articulaire. Reste à étudier l'influence de cette médication sur le retour des attaques, sur leur gravité relative, en un mot sur l'évolution de la maladie elle-même, c'est ce qui n'a pas été fait jusqu'ici, et l'on en conçoit aisément la raison.

Le remarquable travail de Dickinson renferme une autre donnée qui a bien son intérêt, car elle démontre la nécessité absolue des doses élevées dans le traitement par les alcalins. Désireux de s'éclairer lui-même sur cette question posologique, le médecin de Londres a institué, chez un certain nombre de rhumatisants, une médication alcaline *partielle*, la dose des sels ne dépassant pas alors 3 à 4 drachmes (11gr,40 à 15gr,20) par jour, et il a constaté que dans ce groupe de malades l'influence du traitement, soit sur la durée totale des accidents, soit sur la fréquence des affections cardiaques, a été beaucoup moins puissante.

Pour nous, nous avons essayé l'année dernière à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le docteur Frémy, le traitement formulé par Garrod, et quoique prévenu de son efficacité, nous avons été surpris des heureux résultats qu'il nous a donnés.

Dès le troisième jour, nous avons vu apparaître une détente salutaire dans le mouvement fébrile; ce n'était pas ce ralentissement subit du pouls, cette prostration redoutable qui *succède parfois* à l'administration du nitrate de potasse à hautes doses. Ce que nous observions, c'était un abaissement successif dans la fréquence des pulsations, et le retour graduel de la température normale; mais le phénomène qui nous a le plus frappé, c'est la diminution rapide, nous ne disons pas la disparition, des phénomènes douloureux; nous n'avons jamais vu les préparations narcotiques ou les altérants, nous n'avons jamais vu la médication antiphlogistique ou évacuante apporter aux souffrances des rhumatisants un soulagement aussi prompt; du reste, nous n'avons point constaté, dans la durée totale de l'attaque, une diminution proportionnelle à la rapidité de cette amélioration. Nous nous sommes servi dans ces essais du bicarbonate de soude. Commençant par 20 grammes pendant les deux premiers jours, et arrivant progressivement à 30 ou 40 grammes, nous maintenions cette dose aussi longtemps que durait le mouvement fébrile; nous n'avons vu survenir chez aucun de nos malades les symptômes que l'on attribue à la cachexie alcaline. Quant au mode d'administration, nous nous étions arrêté au plus simple : le sel était dissous dans un litre de tisane de chiendent, et cette solution était prise dans les vingt-quatre heures.

Nous n'avons expérimenté ce mode de traitement que sur cinq malades (deux cas de rhumatisme articulaire aigu, trois cas de forme subaiguë), et nous n'ignorons pas que l'on pourra nous objecter le bénéfice d'une coïncidence heureuse; soit : nous ne discuterons point une question insoluble avec un aussi petit nombre de faits, mais nous tenons pour certain que cette médication n'a aucun effet fâcheux, et que nous l'avons vue soulager rapidement les malades; considération qui n'est assurément pas sans valeur. D'un autre côté, les chiffres de Dickinson nous paraissent on ne peut plus significatifs, et nous aurons peut-être lieu de confirmer leurs résultats dans ce journal. En conséquence, sans donner les alcalins comme un *spécifique* infaillible, sans oublier que le rhumatisme, comme toute autre maladie, doit avant tout être traité selon les indications fournies par chaque malade en particulier, nous croyons que les résultats obtenus jusqu'ici sont assez encourageants pour justifier de nouveaux essais : le *primum non nocere* domine toute la thérapeutique, nous le savons, et c'est précisément pour cela que nous serions heureux de voir étudiée en France une méthode de traitement, dont l'innocuité ne peut plus être contestée.

JACCOUD.

Le débat a commencé mardi sur la question du goître exophthalmique. Le premier coup a été porté par M. Piorry; c'était un grand coup d'épée dirigé principalement contre M. Trousseau, et destiné, comme c'était facile à voir, à venger de vieilles injures. M. Trousseau a demandé la parole. M. Bouillaud, qui incline à la prendre, n'a pourtant pas voulu s'y engager; mais l'Académie ne le tiendra pas quitte à moins d'un bel et bon discours. Pour que le lecteur assiste à cette discussion avec pleine connaissance du sujet, nous donnons aujourd'hui, outre un long extrait du rapport de M. Trousseau, le travail même qui a été avec un mémoire du regrettable Aran l'objet de ce rapport, et qui est dû à M. le docteur Hiffelsheim (1).

Nous aurons sans doute à présenter quelques remarques sur la question; mais dès aujourd'hui nous devons dire que nous ne pouvons partager ni la confiance de M. Piorry dans la valeur des *alté-*

(1) Pour les travaux de M. Charcot cités par M. Trousseau, voy. *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 886, et 1859, p. 216.

A quoi sert le cerveau du fœtus? La réponse est facile. S'il ne sert pas à sentir et à penser, il ne sert à rien.

A quoi servent donc ses ovaires ou ses testicules, à quoi servent ses poumons?

Le cerveau du fœtus se développe tout simplement, et c'est bien assez. Rien ne démontre d'ailleurs que ses fonctions ne commencent pas à s'exercer (d'une manière fort obscure sans doute) pendant la vie intra-utérine).

Pour apprécier l'influence du cerveau sur la nutrition et sur le développement, laissons parler l'observation et l'expérience. M. Vulpian coupe la tête à un certain nombre d'embryons de grenouilles. (Voyez le mémoire de M. Vulpian communiqué en novembre 1861 à la Société de biologie.) La plupart de ces embryons ainsi mutilés continuent à se développer, et même leur évolution est aussi régulière *et aussi rapide* que celle des embryons intacts.

Aucune argumentation ne saurait éteindre la lumière dont ces faits rayonnent.

Peut-être dira-t-on que les lois du développement des espèces zoologiques inférieures et celles de la vie de l'homme ne sont pas identiques, ce qui, pour un certain ordre de phénomènes, est parfaitement vrai.

Les faits seuls peuvent répondre à cette objection; la tératologie nous les fournira, et nous n'aurions qu'à renvoyer nos contradicteurs aux vitrines du musée Dupuytren. Ils pourraient y voir cinq moulages en plâtre de fœtus anencéphales (1); ils y verraient trois figures de cire reproduisant la même espèce de conformation anormale (2), et sept cas d'anencéphalie représentés par des fœtus entiers, ou simplement par les parties supérieures du corps des fœtus conservées dans l'alcool (3). La plupart de ces monstres sont nés à terme, quelques-uns même sont plus gros que les mieux développés des fœtus de neuf mois.

(1) Nos 51 à 55. L'un de ces fœtus a été décrit par Geoffroy Saint-Hilaire.
(2) Nos 67, 68, 69.
(3) Nos 59, 60 et suivants.

rations matérielles appréciables, ni son dédain pour la détermination des *groupes morbides*. Les lésions matérielles n'ont de signification clinique que par les conditions qui les font naître ; et il est, par exemple, telle congestion cérébrale qui peut être dite nerveuse en ce qu'elle résulte d'un trouble dans l'innervation des vaisseaux encéphaliques. Quant à l'étude des groupes morbides, c'est une nécessité de la science contemporaine. La pathologie, avons-nous dit quelque part, « est condamnée à un vaste néologisme » ; nous ajoutons qu'elle est condamnée à un remaniement considérable des classifications nosologiques. Dans l'état d'enfantement où est la médecine moderne, il n'y a rien de mieux à faire, en beaucoup de circonstances, que de s'attacher à l'étude de manifestations pathologiques partielles, en s'appliquant à les bien saisir dans leur origine, dans leurs caractères et dans leurs effets. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Considérations sur la nature du goitre exophthalmique, par le docteur Hiffelsheim ; précédées d'une observation.

Obs. — *Intolérance de l'iode. — Cinq ans de durée. — Hydrémie générale. — Intolérance pour tous les médicaments toniques.* — Mademoiselle ***, âgée de dix-huit ans (en 1855), blonde, lymphatique, naquit sur les bords de la mer, dans une résidence royale. Sa mère fut atteinte, un an après la naissance de sa fille, d'une goutte qui, après s'être généralisée et déplacée, la conduisit au tombeau en 1837. Le père est bien portant. Le frère de la jeune fille est lymphatique, très nerveux, et a souffert de palpitations souvent pénibles, qu'arrêtent les toniques. Une sœur de lait de la jeune fille, élevée près d'elle, est lymphatique, mais assez bien portante. En 1850, la famille vint en France; il ne se passa rien de particulier. On voyageait presque toute l'année. En mars 1853, dans une des habitations les plus agréables des environs de Paris, le frère et la sœur furent atteints d'une rougeole. La sœur en conserva tout de suite une faiblesse de vue, une grande injection des conjonctives. En octobre je fus appelé, par l'intervention d'un savant confrère (M. Delasiauve), pour examiner la malade.

La malade se présente avec des signes extérieurs tellement frappants, que je ne puis me soustraire à une impression d'étonnement. Deux énormes globes oculaires, la boopis d'Homère, très injectés, semblent projetés hors de l'orbite, brillants, doux, quoique d'une fixité de surprise, tempérée à peine par l'extrême réserve du maintien. Ces deux yeux sont encadrés dans deux joues bien pleines, d'un blanc laiteux, relevé par une rougeur diffuse au centre.

Cette tête est portée par un cou assez long, d'une circonférence considérable, avec toute la physionomie et le caractère de deux lobes goitreux.

Ces deux lobes sont soulevés par les battements carotidiens, tandis que son corsage est fortement ébranlé par l'impulsion précordiale. La main, appliquée sur cette région, est vigoureusement repoussée.

La malade m'indique une infiltration et un gonflement assez notable autour de la cheville et s'étendant plus ou moins sur le dos du pied. Ce gonflement est plus prononcé le soir ; le doigt n'y marque pas.

L'artère radiale donne un pouls dépressible, sans ampleur, d'une énergie douteuse, frappant le doigt 120 fois par minute, alors que la première émotion est complétement passée.

J'auscultai le cœur et les carotides : souffle intense couvrant les deux temps, maximum à la pointe, et perceptible non seulement dans toute la région précordiale, mais dans tout le côté gauche ; il se propage avec une grande intensité dans les carotides, seules artères qu'il me fut loisible d'explorer. Ce souffle est continu, avec l'augmentation systolique qu'a signalée M. Bouillaud. Il a le caractère du bruit de tempête, et masque par moments complétement les bruits. Il prend aussi, par instants, une rudesse qui fait songer aux lésions organiques. Percutée, la région précordiale n'offre qu'une matité très limitée. Le système veineux est peu accusé. La malade est facilement essoufflée, après une course, l'équitation, une ascension. La respiration est normale : 24. Le ventre m'a toujours paru un peu gros, mais j'en suis resté à la conjecture. Il n'y a pas de pneumatose toutefois. Constipation. La digestion est facile, mais l'appétit est bien faible.

Depuis cette rougeole, la menstruation s'est réduite en durée et en quantité. Les règles, le plus souvent en retard, durent d'ordinaire douze heures seulement, quelquefois vingt-quatre heures. Le sang vient en quantité et est extrêmement pâle. Généralement, la période cataméniale détermine une indisposition.

Les forces sont en meilleur état qu'on ne pourrait l'espérer. La malade prend à la vérité beaucoup d'exercice et un bain froid tous les matins, en toute saison, depuis son enfance.

L'intelligence, bien au-dessus de l'ordinaire, et précoce à bien des égards, accompagne chez elle une brillante éducation et beaucoup d'instruction.

Je présentai deux fois la malade à M. Bouillaud pour joindre son puissant témoignage au mien, sur l'absence de toute lésion cardiaque, et j'avoue que je profitai de sa savante et consciencieuse exploration pour me confirmer moi-même davantage dans mon diagnostic. Je n'ai jamais découvert d'albumine dans ses urines claires et limpides, sans mousse.

J'avais prescrit le fer depuis le début. Les yeux devinrent plus rouges, la vue faiblit, au point que je ne permis à la malade d'étudier la musique de piano que deux fois par semaine, et lui interdis toute espèce de fatigue des yeux.

Enfin, on essaya l'iode sous forme de teinture en *friction*, puis tour à tour sous forme d'eau minérale prescrite par M. Bouillaud, enfin sous forme d'iodure de potassium, à dose très faible, environ 5 centigrammes par jour. Les yeux rougirent davantage. Les battements artériels furent plus prononcés en moins de quinze jours. Je dus interrompre l'iode, comme j'avais interrompu le fer. Le pouls variait de 110 à 130. Je ne l'ai jamais vu à 100.

La malade me répétait souvent qu'elle se trouvait bien mieux de ne rien faire contre son état, qui ne la contrariait réellement que par les règles d'hygiène qu'elle dut s'imposer quant à la lecture. Et je finis par considérer la malade comme un véritable *noli me tangere*. Elle alla plusieurs années de suite, depuis 1856, au bain de mer, dont je redoutais pour elle l'effet excitant, de même que je n'avais donné l'iode que contre mon gré. On me fit observer que, pour elle, l'air de la mer, quoique ce ne fût plus le même, c'était l'air natal; et, en effet, elle ne s'en trouva pas plus mal.

Le cou a augmenté et diminué parfois ; je le mesurais tous les mois.

Est-il possible d'induire de ces faits, oubliés ou négligés par M. Lélut, autre chose que la loi suivante :

Les forces physiologiques de la nutrition, du développement, de la vie, sont absolument indépendantes de l'action cérébrale.

Chez les adultes même, « ces centres nerveux, dit M. Lélut, » ce *cerveau*, ces hémisphères cérébraux, ne sont pas seulement » les organes du sentiment et de l'intelligence, ils sont aussi » les organes de *la santé générale* ou de *la vie*. »

M. Lélut cite à l'appui de son opinion les effets des expériences physiologiques sur les animaux. Il rappelle qu'on voit ces derniers dépérir et succomber après les mutilations de l'encéphale sans qu'on puisse bien discerner les vraies causes de leur mort. Mais pourrait-on concevoir qu'ils vécussent un seul jour après l'ablation de portions considérables de l'encéphale, si l'on admettait que le principe de la vie réside uniquement dans les centres nerveux supérieurs?

Dans une expérience mémorable, M. Bouillaud, après avoir enlevé les hémisphères cérébraux à une poule, a pu la conserver *vivante* et l'observer pendant dix-huit mois.

Les aliénés, qui résistent moins que les autres, ainsi que le fait remarquer très judicieusement M. Lélut, aux causes de destruction, succombent pour la plupart lorsque la maladie des organes plus particulièrement intellectuels s'est étendue aux organes locomoteurs; il en est de même de tous les malades qui présentent des modifications physico-chimiques, dynamiques ou autres, des appareils nerveux encéphaliques.

Ces malades, selon M. Lélut, perdent « *la force vitale* » et succombent dans des circonstances telles que la médecine, dans son état actuel, ne peut distinguer si leur mort est due à la lésion organique elle-même ou à la perte générale de vitalité provenant du manque d'excitation cérébrale. Le problème est loin d'être simple, sans doute, mais nous pensons que la physiologie, la pathologie qui n'est qu'une de ses branches, la médecine qui n'est qu'une de ses applications, peuvent très

Les globes oculaires variaient également, mais depuis cinq ans l'affection est demeurée à peu près stationnaire. C'est ce qui m'avait empêché jusqu'ici de publier le fait, espérant toujours pouvoir annoncer une issue plus consolante pour elle, pour moi et pour tous les confrères dont on a invoqué les lumières et la grande expérience.

Comme étiologie, il est singulier que l'affection se soit développée à la suite d'une rougeole. L'infiltration avec albuminurie survient bien plus souvent à l'issue de la scarlatine. Il existe cependant peut être un rapport caché entre les deux ordres d'affections, car la présence de l'albumine n'est pas indispensable pour établir l'analogie.

Au dire de la défunte mère, l'éruption n'avait pas un caractère bien tranché, mais je dois m'abstenir d'hypothèses qu'il ne m'a pas été donné de vérifier.

La malade, élevée au bord de la mer, vivait dans une localité, aux portes de Paris, où les éléments iodés ne manquent pas. Depuis, le bain de mer et l'air qu'elle supporte pendant quatre mois, comme suite de l'élément natal, prouvent aussi que son organisation à cet égard n'a pas changé. Mais elle ne supporte pas la moindre médication iodée, qui plus tard fut abaissée jusqu'à un centigramme. Toutefois il est juste de remarquer qu'aucun tonique ne lui réussit, ni la macération de kina, ni les autres amers, ni le fer sous aucune forme.

Son système nerveux est demeuré excitable à un haut degré, son état moral excellent; elle ne se sent pas réellement malade, et supporte très patiemment la singulière physionomie que la maladie a imprimée à sa tête.

En communiquant ce fait à l'Académie, après cinq années d'attente et d'observation, j'espère pouvoir, pour ma faible part, apporter quelques parcelles de vérité sur la pathogénie, sinon l'étiologie, de cette singulière affection, dont les traits généraux furent pour la première fois esquissés devant l'Académie, à l'occasion du rapport de M. Trousseau sur le travail de M. Rilliet.

En effet, dans le cas que j'ai décrit, la filiation des diverses manifestations morbides me semble nettement établie. Les symptômes sont des plus accentués dans leur variété; tout ce qui a été signalé de caractéristique dans les travaux publiés en France pendant tout le temps que j'observais mon sujet, tout cela est réuni, concentré dans ce seul et même type. Il se pourrait donc qu'en méditant ce fait, en le scrutant dans sa signification la plus intime, on y saisit le caractère le plus général, le plus spécifique par conséquent, pour assigner à cette affection sa place dans le cadre très provisoire de notre nosologie. Il n'est guère de mise d'élever un fait particulier à cette hauteur, qui permet et justifie une généralisation; un travail analytique plus large précède d'ordinaire l'induction, qui ose donner un nom significatif à un phénomène d'ordre nouveau. Mais qu'il me soit permis de faire observer que ce fait est en lui-même une vivante et instructive synthèse des principaux faits signalés jusqu'à ce jour, et que, d'autre part, dix faits semblables, tout en donnant presque une déduction naturelle, si celle-ci ne devait être explicitement affirmée et formulée, cas rare, ces dix faits ne pourraient guère jeter plus de jour sur la solution du problème que le fait qui vous est présenté.

Je vais compléter ma première note concernant l'affection, désignée sous le nom de goitre exophthalmique, en y ajoutant des considérations doctrinales, relatives à la nature *apparente* de cette intéressante affection.

A première vue, puisque la médecine a pour but pratique l'art de guérir, et que, d'autre part, la connaissance de la cause devait permettre de supprimer l'effet morbide, il semblerait que la classification basée sur les phénomènes de causalité, soit la plus utile, sinon la plus scientifique.

Je serais entraîné fort loin si je cherchais à montrer l'insuffisance pratique de ce point de vue; qu'il me soit permis seulement d'ajouter que, dans de nombreux cas, la cause première étant éloignée, les causes organiques prochaines peuvent très bien subsister. Ce qui me conduit à dire que l'adage : *causa sublata, tollitur effectus* ne signifie pas grand'chose, si on ne lui donne une élasticité désespérante. Je ne parlerai pas de la difficulté de découvrir ces causes que, dans notre étiologie, nous désignons avec des mots d'une invariable et uniforme banalité.

On se trouve donc ramené *le plus souvent* en présence du fait : la lésion organique, appréciable pour l'un et non pour l'autre, ou inappréciée généralement par la clinique contemporaine, peu importe; et puis des symptômes qui s'y rattachent directement ou indirectement, ou hypothétiquement, voire même pas du tout, pour beaucoup d'esprits fort distingués d'ailleurs.

Nous sommes parti de cette seule base vraiment positive, en la fixant le mieux possible, pour examiner le goitre exophthalmique, dont la cause est jusqu'ici totalement inconnue.

Si nous envisageons les symptômes de la maladie, nous voyons que lésion organique et symptômes, c'est tout un dans l'espèce, du moins dans une certaine limite.

En effet, que voyons-nous ici? Une exophthalmie d'abord, quelquefois de la conjonctivite. Un goitre, au début plus ou moins dissimulé, précédé, accompagné ou suivi de palpitations avec des pulsations artérielles énergiques. Personne ne contestera que l'exophthalmie et le goitre, malgré les alternances qui surviennent dans leur volume apparent, ne constituent des lésions organiques. Le développement anormal de quelque tissu ou de quelque élément de tissu que ce soit, l'augmentation relative plus ou moins permanente d'un ou de plusieurs éléments du sang ou de toute cette humeur, constituent évidemment, pour l'organe qui en est le siége, une modification organique saisissable dans le moment. Pas n'est besoin que le cœur soit hypertrophié pour que l'existence de la lésion organique, dans cette maladie, ne soit positivement établie. Par ce seul fait, le goitre exophthalmique ne saurait appartenir, ce nous semble, au groupe des névroses. Les remarquables leçons de M. le professeur Trousseau n'ont pu faire varier notre opinion sur ce sujet.

---

bien le résoudre, pourvu qu'il soit posé dans des termes un peu différents et peut-être plus clairs.

Comment le cerveau peut-il servir à la conservation de la vie?

Par quels divers modes ses lésions peuvent-elles causer la mort?

Essayons de répondre le plus brièvement possible à ces deux questions.

Et d'abord, remarquons en passant, en manière de complément à ce que nous en avons déjà dit, que si le cerveau était à la fois, et considéré en bloc, organe de l'intelligence et organe de la nutrition, de la vie, de la bonne santé, on verrait constamment les hommes les plus robustes être aussi les mieux doués sous le rapport de l'imagination, des talents, des belles aptitudes. Tout le monde sait qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Dans la série zoologique, l'apparition du cerveau est un signe de rapide progression, et l'on voit les facultés des animaux qui en sont pourvus croître en nombre et en puissance à mesure que la masse encéphalique se développe ou se perfectionne. Malgré les nombreuses difficultés qui s'élèvent quand il s'agit de vérifier cette loi dans les faits relatifs à l'homme et même aux mammifères supérieurs, et sans admettre que l'intelligence des êtres pensants soit exactement en rapport avec le volume de leur tête, tout le monde, même M. Lélut, considère le cerveau tout au moins comme la condition matérielle principale, sinon unique, de l'existence des hautes facultés.

Il est incontestable que, dans ce sens, le cerveau est bien l'organe essentiel de la vie humaine, l'organe principal des forces intérieures coordonnées qui s'opposent à l'action des forces destructives extérieures et qui parviennent même à les dompter pour s'en servir.

Mais prenons la question à un point de vue moins général.

Pour que la santé générale se conserve, il est indispensable ou du moins fort utile que toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement, celles de la vie de relation aussi bien que celles de la vie organique. Il faut à tous les instants penser aux

Si l'on veut échapper à cet arbitraire absolu qui changerait la signification des mots consacrés, il faut laisser au nom de *névrose* la signification qu'y attacha son illustre créateur, sinon nous devrions faire tous du néologisme, seul moyen d'éviter toute confusion. Cullen, comme on le sait, excluait de ce groupe de maladies, toutes celles qui présentent des lésions organiques appréciables. Je sais bien que M. Dubois (d'Amiens) n'a pas été de son avis sous ce rapport. Mais je ne puis m'empêcher de considérer qu'il eût peut-être été préférable de ne point consacrer cette expression. L'étymologie du mot *névrose* laisse un champ très libre, et c'est pour cette raison que nous cherchons à lui donner sa précision primitive.

Aussi pensons-nous que le jour où beaucoup de névroses pourront être considérées comme étant l'expression de certaines lésions organiques caractéristiques, il faudra leur donner une autre spécification pour éviter la confusion entre choses provisoirement distinctes. Quant aux lésions organiques, il est nécessaire de dire que les personnes admettant que toujours un trouble organique précède un trouble fonctionnel, distinguent nécessairement une altération matérielle qui dure aussi longtemps que la maladie, d'avec des troubles matériels passagers entraînant une perturbation fonctionnelle passagère ou permanente. Ceci soit dit pour bien faire ressortir cette pensée, à savoir qu'un trouble fonctionnel peut subsister au delà de sa cause génératrice par une espèce de survie de l'impression anormale : comme une autre mémoire propre à la vie de chaque tissu, qu'on me pardonne la comparaison.

Prenons un exemple au hasard, pour l'intelligence de cette digression. Le sang afflue en grande quantité vers le cerveau sous l'influence d'une stimulation quelconque et revient aussitôt. Est-ce à dire que le cerveau et les propriétés de ses éléments seront, après ce reflux, dans le même état fonctionnel qu'avant l'afflux anormal ? Fort souvent on voit qu'il n'en est point ainsi.

Revenons aux caractères des névroses. Il est vrai qu'on a trouvé des lésions organiques du cerveau, par exemple (et d'autres viscères agissant peut-être sympathiquement) dans les névroses les plus incontestablement acceptées pour telles. Mais, d'une part, il a été impossible d'établir une relation de cause à effet entre les symptômes observés et la lésion constatée; d'autre part, ces lésions sont si peu constantes qu'on les a signalées comme fait brut. Peut-être constituent-elles de simples coïncidences. Nous ne voulons pas exprimer par là une opinion personnelle.

On a ingénieusement rapproché du goitre exophthalmique les phénomènes observés après la section du filet cervical du grand sympathique (et ce fait n'est pas isolé) dans la célèbre expérience de M. Cl. Bernard; et l'on a pensé trouver dans l'origine toute nerveuse des symptômes observés une circonstance importante pour justifier ce rapprochement. Mais on sait bien que tous les faits de la pathologie nerveuse ne sont pas des névroses (dans *Romberg* cette expression n'a plus de sens particulier); il s'y rencontre des affections organiques très bien déterminées, et acceptées par tout le monde. De même aussi les phénomènes observés dans le cas de M. Cl. Bernard sont consécutifs à une lésion matérielle des plus appréciables.

Je sais encore que certains effets, engendrés par la section de ce filet ou de filets glandulaires, peuvent être supprimés par des courants électriques intermittents (et ce n'est pas là ce que l'on avait en vue de démontrer), mais cette action est aussi passagère que l'application de l'agent lui-même. Donc, si les phénomènes subséquents, dans cet exemple, pouvaient jeter quelque jour sur des phénomènes pathologiques analogues, ce ne seraient toujours point des effets de névrose, de par leur origine organique même.

Toutefois j'ai hâte d'ajouter que, malgré le grand mérite et cette importation de la physiologie expérimentale dans la physiologie pathologique, dans l'espèce, ce rapprochement ne nous paraît pas complétement justifié dans l'état actuel de la question.

Le mémoire de M. Cl. Bernard était intitulé : DE L'INFLUENCE DE LA SECTION DU GRAND SYMPATHIQUE SUR LA CALORIFICATION. Cette calorification, était-il dit, s'accompagne d'une turgescence vasculaire locale.

Mais quand, dans une remarquable discussion à la Société de biologie, M. Brown-Séquard voulait expliquer l'origine de la calorification par la turgescence vasculaire ou l'hypérémie dont elle était l'expression, M. Cl. Bernard fit observer, et il l'a imprimé depuis, que la turgescence vasculaire *était presque* anéantie, dès le lendemain, chez des animaux *qui conservaient* cette différence de température si notable pendant un temps illimité et dans des conditions de milieu les plus variées. Par conséquent, cette modification tout *organique et permanente* dans une certaine limite, que l'on rencontre dans les vaisseaux du goitre, ne paraît point jouer un rôle important dans les phénomènes observés par M. Cl. Bernard. Et tel est aussi l'avis de notre savant maître et ami. Enfin l'exophthalmie est loin d'être une conséquence de cette section. Pourfour-Dupetit déjà a signalé la rétraction constante du bulbe oculaire parmi les effets constants de cette opération. (*Mémoires de la Société de biologie*, 1853.)

Mais l'élévation de température n'existe aucunement dans les organes lésés du goitre exophthalmique.

Les physiologistes, néanmoins, peuvent se féliciter grandement de voir les sympathiques tentatives faites par un professeur célèbre pour approprier à l'art les notions si positives que fournit l'expérimentation précise de nos laboratoires.

En effet, dans un prochain avenir, l'explication de certaines tumeurs, par des lésions de nutrition, deviendra des plus légi-

---

dangers qui nous environnent afin de les fuir. Pour conserver son corps, il faut s'en occuper, et l'on peut dire que l'une des occupations les plus constantes de la vie consiste à éviter la mort.

De plus, la vie normale ne peut se maintenir que si les organes locomoteurs sont fréquemment exercés. Sans cette condition, ces organes sont bientôt frappés d'atrophie, car il semble que le mouvement se crée des instruments dans le corps de l'homme. Si l'action musculaire est suspendue, l'atrophie des muscles est bientôt suivie de la perte des éléments essentiels du sang; la respiration languit, l'expectoration devient difficile, l'équilibre des fonctions est rompu, la cause la plus légère peut amener des lésions mortelles. Nous ne pourrions nous étendre sur ce sujet sans répéter ce qu'en a dit Bichat dans ses belles RECHERCHES SUR LA MORT (1), ce qu'en a écrit dans sa première jeunesse M. le professeur Piorry dans un article remarquable du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES (1) sur la dépendance mutuelle des organes et des appareils; nous ne pourrions achever cette esquisse fort incomplète sans rappeler des travaux et des noms bien connus de nos lecteurs.

En résumé, et encore une fois, le cerveau est gardien de la vie, parce qu'il est organe réflecteur des sensations et incitateur des mouvements volontaires coordonnés, et non parce que la *force vitale* est renfermée en lui. Ceci étant admis après démonstration, il est moins difficile de distinguer dans les faits particuliers ce qui appartient à l'action cérébrale de ce qui lui est étranger. Si l'on insistait, disant que les explications précédentes ne peuvent s'appliquer à tous les faits, nous conviendrions peut-être qu'on entrevoit chez certains malades

(1) *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 2e partie.

(1) Article MUTUEL.

Digitized by Google

times, à la condition, toutefois, de considérer ces perturbations de nutrition comme subordonnées immédiatement à des perturbations ou à des lésions des nerfs vaso-moteurs.

Sans aucun doute, il apparait dans le goître exophthalmique des phénomènes qui font songer aux névroses locales et générales, par exemple, les palpitations; une extrême impressionnabilité du système nerveux; une véritable intolérance pour certains médicaments; c'est même ce dernier point qui a amené et la citation de M. Trousseau et ma première communication; on rencontre aussi de la boulimie quelquefois, etc. Mais ces faits coïncidant avec les lésions organiques auxquelles ils sont solidairement attachés, démontrent tout au plus qu'il ne s'agit point d'une affection purement locale.

La pluralité des symptômes avec ces invariables lésions organiques accuse nettement une diathèse.

Le trouble du globe oculaire, par exemple, se rencontre dans une maladie du sang, primitive ou consécutive, ce que je ne veux point examiner ici : l'*urémie*, que nous désignons par l'un de ses principaux symptômes, l'*albuminurie*, qui d'ailleurs est symptôme dans des affections très diverses. Il ne m'en coûterait nullement, pour ma part, dans l'hypothèse très plausible de diathèses primitives et consécutives (albuminurie, diabète, ictère), de rattacher l'albuminurie à une lésion primitive du rein, par le seul fait de la présence anormale d'urée dans le sang, ce qui a été parfaitement mis hors de doute, et ce que les derniers travaux de Frerichs ont au besoin mis en grande lumière. Dans cette affection, l'amaurose est un fait très fréquent d'après les excellentes observations de MM. Landouzy, Forget, etc. Mais, outre l'origine complexe de cette amaurose, personne n'a démontré l'absence d'un changement organique dans les milieux liquides ou semi-liquides de l'œil; bien au contraire. Qui ne se rappelle Arago, albuminurique et diabétique, se traînant à tâtons jusqu'à son immortel fauteuil, où sa prodigieuse mémoire remplaçait la vue qui lui faisait défaut.

Dans le diabète, on rencontre une altération très manifeste : la cataracte. Depuis les célèbres expériences de M. Cl. Bernard sur la piqûre du quatrième ventricule, et même la simple électrisation par des courants intermittents de l'origine du pneumogastrique, on produit des diabètes artificiels (mais passagers dans ce dernier cas), ce qui donne une origine organique et locale au diabète, comme dans les cas de traumatisme observés et les faits d'anatomie pathologique si bien présentés par M. Luys à la Société de biologie. Il n'en est pas moins vrai que le diabète est une diathèse, c'est-à-dire une maladie générale du sang avec des localisations, exemple d'une diathèse secondaire, c'est-à-dire ayant pour origine une lésion d'un organe. Lésion temporaire ou permanente pouvant varier infiniment dans sa nature simple ou complexe; car, outre que cette lésion peut dériver d'une hypémie aussi bien que d'une hypérémie, elle peut tenir à une altération qualitative du sang : de là un enchaînement de causes et d'effets qui ressemble à un cercle; exemple de l'albuminurie : 1° lésion rénale; 2° urémie (diathèse secondaire); 3° névrose secondaire, etc. On peut supposer ou découvrir que la lésion rénale elle-même découle de certaine altération primitive du sang, c'est affaire d'observation.

Revenons à notre sujet : dans l'espèce, le cristallin se montre très fréquemment altéré.

Mais dans la diathèse tuberculeuse, dans la diathèse cancéreuse (diathèses primitives probablement), ne rencontre-t-on pas des troubles nerveux des plus notables? Les phénomènes d'éclampsie et épileptiformes, à certaines périodes de l'urémie, ne sont-ils pas du genre névrose, quoique subordonnés à une diathèse (secondaire) spécifique, il est vrai? Ce n'est point, sans doute, à cause de ces deux localisations dans la glande thyroïde et le globe oculaire que l'on contestera la nature diathésique de l'affection qui fait l'objet de cette discussion. Les tubercules n'ont-ils pas leur siége de prédilection, et si l'on nous parlait de leurs localisations multiples, nous dirions que peut-être l'histoire du goître exophthalmique n'est pas complète sous ce rapport. Dans les cas que j'ai observés il y avait infiltration continuelle des pieds (1). Le cancer, lui aussi, semble avoir choisi pour siége de prédilection (il s'agit d'une très forte proportion) des organes : la mamelle et le testicule, qui sont, avec l'ovaire, chargés de la conservation des espèces.

Des phénomènes nerveux d'ordres variés peuvent former le cortége obligé d'une diathèse, sans que pour cela ils impriment le cachet dominant et légitime à une maladie dans notre cadre nosologique présent et temporaire.

De ces diverses considérations il me semble résulter que :

On a voulu ranger le goître exophthalmique dans le groupe des névroses; or, cette maladie est caractérisée par des lésions organiques, et les névroses, depuis Cullen, étant des affections sans lésion organique fondamentale au moins, ladite maladie ne saurait être envisagée comme névrose, du moins primitive.

Le rapprochement de cette affection avec les expériences de physiologie pathologique de M. Cl. Bernard n'est pas concluant.

Premièrement, parce que les symptômes produits dans cette expérience ne sont pas du tout de nature à éclairer la pathogénie du goître exophthalmique;

Secondement, le fussent-ils, que cette maladie *ipso facto* ne serait pas davantage une névrose.

En effet, l'origine nerveuse des troubles provoqués par M. Cl. Bernard est d'essence matérielle organique, comme la piqûre du quatrième ventricule, comme les troubles organiques de cette région, qui semblent coïncider avec le diabète, et enfin comme bien d'autres lésions du système nerveux. Le système nerveux peut être spontanément (sans traumatisme) atteint de l'action de quelques influences plus difficiles à déterminer.

Par exemple, n'est-il pas vraisemblable que, dans un certain nombre des cas dont il s'agit, l'appareil de l'innervation est primitivement compromis dans sa totalité ou du moins dans quelques-unes de ses parties fort éloignées du cerveau? C'est ainsi qu'on voit des toux opiniâtres sans lésion quelconque de l'appareil respiratoire et d'autres phénomènes purement nerveux chez des individus qui, plus tard, sont frappés d'encéphalite, de ramollissement ou d'hémorrhagie cérébrale.

Quant à la vraie *force vitale*, c'est-à-dire la cause inconnue du développement des êtres organisés, la physiologie expérimentale, si bien représentée dans cette question par M. Claude Bernard et par quelques autres biologistes, a déjà fourni un grand nombre de faits qui tendent à prouver qu'elle n'appartient pas même exclusivement au système nerveux et que chaque élément de l'organisme porte en lui le principe de sa vie propre, la vie de tous les éléments organiques étant seulement dirigée par le système nerveux, manifestant son action par deux modes principaux seulement : *sensation* et *mouvement*. Mais c'est un point que nous ne pouvons ici qu'indiquer.

ANTOINE CROS.

(1) Ce fait est peut-être exceptionnel et tient à l'éruption.

— La Société médico-pratique de Paris avait choisi pour sujet de prix à décerner en 1862, la question suivante : *De l'eczema.*

La Société, conformément aux conclusions de la commission, a déclaré qu'il y avait lieu d'accorder le prix de 300 francs à l'auteur du mémoire n° 1, et une mention très honorable à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur Lafont-Gouzy, médecin du lycée impérial et de l'école vétérinaire de Toulouse.

Le pli cacheté qui accompagnait le mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : *Jure meritoque inter difficilia artis opera, etc.*, ayant été égaré, M. le président espère que la presse médicale voudra bien donner de la publicité à cette note, dans le but d'arriver à découvrir le nom de l'auteur.

Digitized by Google

troubles semblables à ceux que l'on provoque, soit temporairement, soit en permanence, depuis une simple congestion jusqu'à la désorganisation.

Cela servirait à expliquer bien des lésions organiques, mais n'expliquerait pas les névroses.

La multiplicité des symptômes de cette affection en fait de droit une diathèse, trouble de la composition du sang, dans laquelle la névrose est secondaire, ce me semble.

Cette perturbation dans les qualités du sang qui peut se fixer dans des organes de prédilection (diathèse primitive) peut aussi être consécutive à une lésion d'organe (diathèse consécutive).

Je me réserve de traiter ce qui est relatif à cette distinction dans une autre circonstance.

Nous soumettons ces considérations à la savante assemblée, en la priant de remarquer que notre opinion n'a rien d'absolu et que notre point de vue se résume en une question de subordination relative de divers ordres de phénomènes morbides.

Extrait du rapport de M. Trousseau sur le travail précédent et sur un travail antérieur de M. Aran; lu à l'Académie de médecine dans la séance du 15 juillet.

... En France, depuis quelques années, dit M. le rapporteur, l'attention a été appelée sur une maladie nouvellement décrite et à laquelle on a donné les noms de cachexie exophthalmique, de goitre exophthalmique. On la désigne encore sous le nom de maladie de Basedow, parce que cet auteur a plus particulièrement insisté sur la triade de symptômes qui donne le plus souvent un caractère spécial, bien tranché, à cette nouvelle entité morbide. Le docteur Hirsh a surtout réclamé pour que la maladie fût dénommée maladie de Basedow. Mais si vous voulez vous rappeler que les travaux de Basedow datent de 1840, tandis que, en Irlande, Graves (de Dublin), en réunissant plusieurs faits qu'il avait observés lui-même ou empruntés à la pratique de Stokes, de Marsh et de Parry, publiait, en 1835, des leçons qui, plus tard, furent consignées dans la première édition de sa *Médecine clinique*, peut-être ne serait-ce que justice d'attacher à la cachexie exophthalmique le nom du grand clinicien qui, le premier, l'a bien décrite.

Je suis heureux, messieurs, de pouvoir vous rappeler qu'en France des travaux intéressants et consciencieusement élaborés, ont été publiés sur ce sujet dans ces dernières années. En 1856, M. le docteur Charcot lisait à la Société de biologie une observation qui devait bientôt être suivie d'autres faits recueillis par divers observateurs. — Plus tard, M. Fischer donnait dans les *Archives de médecine* un mémoire où se trouvaient résumés la plupart des faits connus en France et à l'étranger. — M. le docteur Aran, qui joignait à l'activité si grande d'un vaste service hospitalier un grand amour pour l'étude de toutes les découvertes médicales, ne pouvait rester longtemps sans observer lui-même la maladie de Graves. Il l'avait étudiée dans les publications allemandes, dans l'ouvrage de Stockes; et, mêlant à cette grande érudition un esprit critique distingué, il devait bientôt, sous le titre modeste d'une seule observation, soumettre à l'appréciation de l'Académie un travail très remarquable sur la nature et le traitement du goitre exophthalmique.

Un seul fait s'était présenté à son observation, mais ce fait fut étudié dans ses moindres détails, et cela pendant deux années; puis, le 5 décembre 1860, le confrère que la science regrette si vivement venait lire son travail à cette même tribune.

Les symptômes principaux qui font la triade symptomatique y sont décrits avec une grande vérité clinique, et aucun symptôme secondaire n'avait échappé à la sagacité de l'observateur; ainsi la toux nerveuse, l'essoufflement, la voix saccadée, les troubles de l'intestin, l'appétit exagéré contrastant avec un amaigrissement extrême, l'aménorrhée, les bizarreries de caractère, tous phénomènes secondaires qui ont une grande importance, parce que dans les cas douteux ils viennent puissamment aider au diagnostic; la marche paroxystique de la maladie et les modifications imprimées à la marche de l'affection générale par les troubles de la fonction menstruelle, tous ces faits, je le répète, ont été bien notés dans cette observation, et je la considère comme une des plus complètes que possède la science aujourd'hui.

Revenons, messieurs, sur chacun des symptômes principaux et secondaires de la maladie de Graves; étudions quel est l'ordre d'apparition de chacun d'eux, quelle est leur importance relative, puis cette étude préliminaire, indispensable, une fois faite, nous aborderons la question la plus importante, celle vers la solution de laquelle doivent tendre tous nos efforts, et qui, je l'espère, sera la source d'une discussion académique, où votre rapporteur aura, pour son compte, beaucoup à apprendre; je veux parler de la nature de la maladie dite goitre exophthalmique.

Dans sa forme la plus commune, forme chronique, le clinicien constate trois symptômes considérables : l'exophthalmie, l'hypertrophie du corps thyroïde et les battements du cœur.

L'exophthalmie est double, extrême; d'autres fois elle est peu manifeste, mais toujours le regard prête à la physionomie une expression si singulière, que déjà l'attention de l'observateur est éveillée; alors il constate une mobilité étrange des globes oculaires; les malades ne sauraient fixer leurs regards. Fixer un objet est pour eux une difficulté et quelquefois une douleur; l'œil devient brillant et se mouille de larmes. Un travail assidu devient pénible, impossible même, et bien que, dans certains cas, l'exophthalmie soit telle que, pendant le sommeil, l'œil ne soit que très incomplétement recouvert par les paupières, presque jamais on ne rencontre d'altération sérieuse de la membrane muqueuse ou de la cornée.

A la base du cou, dans la région occupée par le corps thyroïde, existe le plus souvent une véritable tumeur, saillante surtout sur les parties latérales de la trachée. Cette tumeur est lisse, sans changement de coloration de la peau. On ne saurait mieux la comparer qu'au goitre des femmes enceintes si bien étudié par M. le professeur Nathalis Guillot. Tous les observateurs ont noté que souvent la tumeur était plus développée du côté droit. La main appliquée sur la partie y perçoit le plus souvent des battements qui soulèvent la tumeur en masse, et souvent des mouvements d'expansion comme dans une poche anévrysmale. Le stéthoscope y dévoile des bruits de souffle continus avec renforcements systoliques; souvent de grosses veines, quelquefois des artères sillonnent la surface de la tumeur, et si le siége, la forme, le développement, puis la diminution progressive de cette tumeur n'avaient suffi pour bien établir qu'elle n'est qu'une hypertrophie générale du corps thyroïde, l'anatomie pathologique dans quelques cas malheureux a déjà prouvé qu'il ne pouvait y avoir le moindre doute sur son siége et sur sa nature.

L'exophthalmie et le goitre, par leur apparition simultanée ou successive, ont déjà une grande importance à l'endroit du diagnostic : je ne sache pas qu'on ait signalé l'existence de ces deux états morbides dans aucune maladie; ajoutez que la saillie oculaire et la tumeur thyroïdienne augmentent et diminuent simultanément dans chacun des paroxysmes, comme s'ils étaient soumis à la même influence étiologique. Nous devons cependant faire remarquer que dans les cas de guérison prochaine ou confirmée les globes oculaires peuvent rester complétement dans l'orbite, tandis que le goitre laisse toujours des traces persistantes. Et réciproquement nous voyons dans quelques cas l'exorbitisme persister, alors que le corps thyroïde a disparu presque complétement.

Stokes, dans son *Traité des maladies du cœur*, avait si bien compris l'action des battements du cœur sur l'exophthalmie et le goitre, qu'il n'hésite pas à affirmer que la maladie tout entière est une névrose cardiaque. M. Aran, dans les conclu-

sions de son mémoire, partage l'opinion de Stokes, mais à la théorie de Stokes il ajoute une autre interprétation étiologique en mettant à contribution les recherches anatomiques de Henri Müller et les belles expériences de Claude Bernard sur la section et l'irritation du nerf sympathique.

Nous reviendrons sur ces faits. Ce qu'il nous faut constater maintenant c'est qu'il n'existe point de goitre exophthalmique sans qu'il y ait ou sans qu'il y ait eu antérieurement un état spécial du cœur.

Tous les malades, en effet, se plaignent ou ont eu à se plaindre au début de leur affection, de battements de cœur, battements tels qu'ils soulèvent violemment la paroi thoracique, et cela avec un tel bruit quelquefois, comme l'avait déjà fait remarquer Graves, qu'ils peuvent être entendus à distance. Rarement ces battements amènent de la voussure précordiale, mais ils sont douloureux, et rendent bientôt tout effort impossible. Si ces battements augmentent, ils retentissent dans les artères du col, dans la tumeur thyroïdienne et dans les globes oculaires, ils sont accompagnés de céphalalgie, et les malades deviennent surtout dans ces moments d'un caractère insupportable, quelquefois violent. A chaque émotion morale, à chaque effort, en même temps que redoublent les battements cardiaques, en même temps augmentent les saillies thyroïdiennes et oculaires, les yeux deviennent plus brillants et se remplissent de larmes. Un bruit de souffle systolique existe à la base du cœur et se prolonge dans les vaisseaux du col, les artères carotides et thyroïdiennes bondissent à chaque pulsation du cœur; mais, chose bien digne de remarque, et bien remarquée pour la première fois par Graves, le pouls radial reste petit et faible; il n'emprunte aux battements cardiaques que la fréquence. Point de bruit de souffle dans les artères humérales ni crurales...

Dans le goitre exophthalmique existe-t-il quelquefois une affection organique du cœur? Stokes n'hésite pas à répondre *par l'affirmative*; mais pour lui l'affection organique n'est point constante, elle n'est même pas une conséquence nécessaire de la maladie. Aussi le savant clinicien irlandais se hâte-t-il d'admettre deux formes, ou, pour mieux dire, deux variétés de goitre exophthalmique : l'une, la plus commune, sans affection organique; l'autre avec affection organique. Bientôt nous dirons notre opinion à ce sujet; mais M. Aran, qui avait beaucoup étudié Stockes, et qui, comme lui, avait été conduit à accorder une si grande part à l'affection organique ou fonctionnelle du cœur, avait porté toute son attention sur cette partie de la question, et peut-être, je le dis à regret, avait-il un peu exagéré l'importance qui doit être accordée aux troubles cardiaques dans l'évolution de la maladie.

S'il y eut erreur de la part de M. Aran, comment fut-il conduit à cette erreur? Comment avait-il été conduit à reconnaître une lésion organique du cœur là où MM. Bouillaud, Cazalis, Charcot et beaucoup d'autres observateurs n'avaient pu la découvrir, bien qu'ils y eussent apporté toute leur attention? La lésion, ou pour mieux dire l'état pathologique auquel M. Aran accordait une si grande part, et qu'il paraissait si disposé à rencontrer dans le goitre exophthalmique, c'est l'hypertrophie cardiaque...

Dans la percussion de la région cardiaque, le clinicien sait qu'il existe deux sortes de matités : l'une qui doit mesurer toute la région occupée par le cœur, et dont les limites peuvent varier à l'infini, parce que l'épaisseur des parois thoraciques, la conformation de la poitrine, des lamelles du poumon interposées entre les parois thoraciques et le cœur, peuvent amener des différences de sonorité très grandes : cependant tout médecin exercé dans l'art de la percussion peut, avec quelque attention, arriver à reconnaître la présence du cœur en un point. La matité ne s'offre pas avec les mêmes caractères dans toute la région occupée par le cœur; la matité est moins marquée, et la résistance au doigt moins accusée sur les limites périphériques, tandis que la matité est plus absolue dans les points de la portion où le cœur se trouve presque en contact immédiat avec la paroi thoracique. Cette dernière matité, que nous appellerons *absolue*, mesure à l'état normal 4 à 5 centimètres carrés dans le sexe masculin, un peu moins chez la femme, et si nous considérons cette matité absolue comme étant la mesure normale physiologique, elle pourra nous servir de mesure de comparaison pour établir l'augmentation ou la diminution de volume du cœur, car cette matité absolue devra nécessairement augmenter ou diminuer d'étendue dans les cas où le cœur aura un volume au-dessus ou au-dessous du volume normal.

La matité relative, au contraire, et nous désignons ainsi celle par laquelle on cherche à limiter le cœur au milieu des organes qui l'environnent, est toujours plus étendue, puisqu'elle a pour but de limiter le cœur tout entier, mais elle est beaucoup plus variable que la matité absolue, par cela même que les limites sont moins bien accusées et souvent douteuses, ce qui tient au voisinage du lobe gauche du foie et à la présence d'une lamelle plus ou moins épaisse du poumon située en avant du cœur. Quoi qu'il en soit, en dehors de l'état de maladie, la matité relative peut fournir en moyenne 8 à 9 centimètres dans le sens vertical, et 9 à 10 centimètres transversalement.

Ces dernières mesures souvent ne peuvent être déterminées qu'avec une extrême difficulté, aussi préférons-nous, suivant le conseil de M. Bouillaud, ne tenir compte que de la matité absolue, qui ordinairement ne varie qu'avec l'état pathologique.

Ces détails établissent de grandes différences d'étendue entre la matité relative et la matité absolue, et peut-être y trouverons-nous la cause des dissidences qui existent bien plus en apparence qu'en réalité à l'endroit de l'hypertrophie cardiaque dans les observations de goitre exophthalmique...

En résumé, dans le goitre exophthalmique il n'y a point ordinairement d'hypertrophie cardiaque; je crois cependant que cette hypertrophie peut exister quelquefois d'une façon passagère. Enfin le goitre exophthalmique ne saurait exclure la coïncidence des lésions organiques du cœur, comme cela a été très bien observé par Stockes et le docteur Vithusen.

J'ai surtout appelé votre attention sur les symptômes qui par leur réunion constituent la triade symptomatique de la maladie de Graves; je devrai bientôt vous entretenir des symptômes secondaires consignés avec soin dans le mémoire de M. Aran; mais avant d'en arriver à ce point du sujet, je crois devoir faire quelques réflexions sur le mode d'apparition de chacun des symptômes principaux. Graves, Stokes et M. Aran pensent avec raison, suivant moi, que le premier symptôme relève du cœur, c'est du moins celui dont les malades se plaignent d'abord.

Plus tard et à une époque qui peut varier, apparaît la tumeur thyroïdienne. Le développement de cette tumeur se fait avec une certaine lenteur, et le plus souvent elle a déjà acquis des dimensions considérables lorsque se manifeste la double exophthalmie. Je ne crois pas que l'exophthalmie soit une conséquence de la gêne apportée à la circulation veineuse par la tumeur thyroïdienne. Le docteur Taylor avait eu tort de subordonner l'exophthalmie à la présence du goitre; les auteurs qui se sont occupés de la question ont bientôt abandonné cette interprétation, non-seulement parce que dans quelques circonstances l'apparition de l'exophthalmie et du goitre a lieu simultanément, mais encore parce que l'exophthalmie peut exister sans développement du corps thyroïde, comme j'en ai récemment observé deux cas, l'un dans ma propre pratique, l'autre avec mon collègue des hôpitaux, M. Cazalis. Dans ces cas, la maladie peut être dite *fruste* par l'absence de goître ou de l'exophthalmie : mais je me hâte d'ajouter que le plus souvent, dans ces cas, on voit tôt ou tard apparaître le symptôme qui d'abord a fait défaut. Cependant nous comprenons qu'un des symptômes principaux, goitre ou exophthalmie, puisse manquer, sans que pour cela la maladie cesse d'exister. En effet, si le doute pouvait se montrer, le

cortége des symptômes secondaires viendrait bientôt le dissiper. Ces symptômes secondaires sont des troubles nerveux portant sur l'intelligence, impossibilité de se livrer à un travail assidu, modification du caractère, irascibilité, etc., troubles dans les fonctions de l'estomac et de l'intestin, troubles de la nutrition qui bientôt amènent un amaigrissement extrême, toux nerveuse, quelquefois fièvre à type intermittent.

Il est un autre symptôme morbide qui mérite une mention spéciale, la suppression des menstrues. En effet, toutes les femmes qui sont affectées de la maladie de Graves présentent depuis longtemps des troubles de la menstruation. D'abord la fonction s'est faite irrégulièrement, puis bientôt a été supprimée ; et lorsqu'elle se rétablit, les femmes semblent toucher à la guérison, tandis qu'ils prennent, au contraire, une exagération très grande lors des époques où devraient apparaître les règles. Chose digne de remarque, comme cela avait déjà été noté dans le travail du docteur Charcot, c'est que les symptômes s'amendent d'une manière considérable lorsque les malades deviennent enceintes, tandis que tous les symptômes de la maladie se montrent à nouveau après l'accouchement. J'avais donc raison de ne point considérer l'aménorrhée comme un phénomène d'importance secondaire, et je suis tenté, au contraire, de lui accorder une part considérable dans l'étiologie, dans la marche et la durée de la maladie.

Eu égard à sa marche, la maladie se montre sous deux formes : l'une commune, aiguë, à paroxysmes fréquents, et d'une durée qui peut varier entre quelques mois ou deux années; l'autre forme peut être dite chronique, parce que sa durée est de plusieurs années. Elle est rare, et les symptômes, dans ce cas, se montrent avec une bénignité relative, qui cependant n'exclut point les accès, les paroxysmes; cette dernière forme succède quelquefois à la forme franchement aiguë.

J'arrive maintenant à la nature de la maladie. Je ne crois pas devoir insister, dans ce rapport, pour établir que le goître exophthalmique n'est point une cachexie, dernière expression de la chlorose ou de l'albuminurie. Qu'il me suffise de rappeler que l'anémie, lorsqu'elle existe dans le goître exophthalmique, n'est que consécutive aux troubles de la nutrition, et, d'autre part, que l'albuminurie est un phénomène très rare dans la maladie de Graves. Nous ne saurions donc faire dépendante de l'anémie et de l'albuminurie une maladie qui se présente souvent sans ces deux états morbides, et nous n'hésitons pas à partager l'opinion de M. Aran, qui rangeait le goître exophthalmique dans la classe des névroses, opinion que votre rapporteur avait déjà énoncée dans ses leçons cliniques. Rappelons, avec notre collègue regretté, que les symptômes qui constituent la triade du goître exophthalmique sont toujours précédés et accompagnés de troubles nerveux, intellectuels, gastriques et menstruels, qui s'observent si souvent dans les maladies nerveuses, et qui placent la maladie de Graves à côté de la chlorose, et plus encore de l'hystérie.

Stokes avait déjà prononcé le nom de névrose cardiaque en traitant du goître exophthalmique, et comme le fait remarquer M. Aran, un ophthalmologiste de Berlin, Graafe, avait été plus loin en localisant cette névrose dans le système nerveux ganglionnaire.

En France, M. le docteur Charcot a été conduit à partager cette manière de voir ; et nous-même, dans les leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, nous professions que la maladie de Graves est une névrose à congestions locales, ayant sa cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur. M. Aran, dans le mémoire qu'il soumettait au jugement de l'Académie, accepte l'interprétation que nous avions donnée des divers symptômes de la maladie de Graves.

Passons en revue les preuves que M. Aran apportait à l'appui de notre opinion.

Les troubles fonctionnels de l'estomac, de l'intestin et du foie, appétit vorace, inappétence complète, diarrhée blanchâtre, bilieuse, cholériforme, constipation ; les modifications de la sécrétion rénale, tous phénomènes qui diminuaient ou augmentaient avec les palpitations, les battements artériels, les congestions actives du côté de la thyroïde et des globes oculaires, devaient nécessairement reconnaître une même cause, inconnue il est vrai ; mais cette cause commune avait vraisemblablement pour siége le système nerveux du grand sympathique, et les expériences de M. Claude Bernard conduisaient la plupart des observateurs à accepter cette hypothèse. En effet, le savant physiologiste avait démontré que la section ou l'excitation du nerf grand sympathique détermine non-seulement une congestion avec élévation de température des parties du corps qui sont desservies par la portion du nerf irrité, mais ces expériences avaient amené la dilatation des pupilles et la saillie des globes oculaires.

Alors, pour ceux qui se rappelaient ces expériences, n'était-il pas tout naturel de penser que les phénomènes congestifs qui, dans le goître exophthalmique, sont si manifestes vers la glande thyroïde et les globes oculaires, pouvaient avoir pour cause, de même que les palpitations cardiaques et les troubles de l'intestin et des reins, un état spécial, une excitation peut-être du grand sympathique ?

Alors aussi, les palpitations devenaient un résultat de cette névrose, de même que les congestions thyroïdiennes et oculaires, qui n'étaient point douteuses pour le stéthoscope et l'ophthalmoscope. Quant à la diarrhée et à l'hypersécrétion rénale, ainsi que les sueurs profuses, elles trouvent leur raison d'être dans une congestion des appareils glandulaires. Les troubles de la menstruation étaient la conséquence du manque d'afflux sanguin vers l'appareil utéro-ovarique ; et si, au contraire, la vie utéro-ovarienne rentrait dans l'ordre physiologique par la grossesse ou la menstruation, alors disparaissaient la plupart des symptômes du goître exophthalmique, comme si le retour de la congestion utérine devait faire disparaître les congestions morbides vers les autres organes.

M. Aran voulut trouver de la saillie oculaire une cause mécanique autre que la congestion ; désireux de faire prévaloir une étiologie spéciale de l'exophthalmie, il rejeta la congestion des vaisseaux des globes oculaires comme étant une hypothèse, et il fit intervenir la contraction d'un muscle nouveau pour expliquer la procidence des yeux. Aran eût assurément accordé une part à la congestion s'il eût connu les travaux de Neumann et de Vithusen, où se trouvent consignées de belles recherches ophthalmoscopiques qui ne permettent aucun doute sur l'existence et les conséquences matérielles de l'hypérémie choroïdienne et rétinienne, et de telles recherches eussent donné à son esprit positif une raison satisfaisante de l'amblyopie qui a été signalée dans le goître exophthalmique.

Quelle était donc pour M. Aran la cause mécanique de l'exophthalmos? Il nous rappelle que Henry Müller a décrit chez l'homme un muscle à fibres lisses, analogue, par sa position et sa fonction, à la membrane orbitaire que les auteurs ont décrite chez quelques mammifères, et en particulier chez le lièvre, où des muscles protracteurs et rétracteurs du globe oculaire ont été le sujet d'études spéciales. Le muscle orbitaire de l'homme serait protracteur du globe oculaire et, partant, aurait une action opposée à celle des muscles droits et de l'orbiculaire des paupières. Enfin, d'après Henry Müller, la membrane et le muscle orbitaire recevraient leur influx nerveux presque exclusivement du grand sympathique... M. Aran fut conduit à penser que la saillie oculaire dans le goître exophthalmique était le résultat de la contraction exagérée du muscle orbitaire.

Votre rapporteur a dû s'enquérir près de plusieurs anatomistes de l'existence de ce muscle, et les personnes que j'ai consultées n'ont pu me donner aucun renseignement précis, ils n'ont jamais disséqué ce muscle, et dans les ouvrages il n'en est fait nulle mention...

C'est donc là un fait anatomique qui demande de nouveaux détails.

Si je rejette la théorie que M. Aran cherche à faire prévaloir de l'exorbitisme, en s'appuyant sur les données fournie

par Henry Müller et la grande autorité de Claude Bernard, vous me permettrez d'accorder dans la production de l'exophthalmie une grande part à la congestion oculaire, analogue à la congestion de la glande thyroïde, et qui nous donne une explication satisfaisante de la saillie paroxystique et persistante des yeux, du brillant du regard, et qui se trouve en rapport parfois avec les altérations de la rétine et de la choroïde, que l'ophthalmoscope et l'anatomie pathologique nous ont dévoilées dans la maladie de Graves.

Il ne me reste plus qu'à faire quelques réflexions sur le traitement. M. Aran ne doute pas de la curabilité de la maladie, et il insiste avec soin sur les divers moyens qui doivent être mis en usage. Nous ne possédons point de spécifiques contre les névroses; le médecin doit donc, en pareille circonstance, (et M. Aran l'avait bien compris), porter son action thérapeutique sur chacun des symptômes...

Ceux qui n'ont vu dans la maladie de Graves qu'une variété de chlorose ou d'anémie ont eu recours aux préparations martiales; mais bientôt l'expérience est venue démontrer l'impuissance d'une semblable médication; non-seulement les préparations ferrugineuses et les toniques amers n'ont point eu de résultat satisfaisant, mais plusieurs fois ces médicaments ont accéléré les battements du cœur, et bientôt il a fallu y renoncer. Ceux qui avaient été surtout préoccupés du développement du corps thyroïde ont bientôt reconnu les fâcheuses conséquences de l'administration de l'iode, qui semblait exaspérer chacun des symptômes et déterminer des paroxysmes. Si, au contraire, en tenant compte de l'extrême irritabilité du cœur, on avait essayé de calmer les palpitations par les préparations de digitale ou de colchique, on avait pu constater d'abord que les battements étaient moins violents et moins fréquents; mais bientôt les bruits de souffle étaient devenus moins intenses dans les vaisseaux du col et du corps thyroïde, la tumeur thyroïdienne avait diminué de volume, et l'exorbitisme était devenu moins saillant; puis, la médication ayant été continuée un certain temps, on constatait un amendement très marqué dans les symptômes secondaires. On fut donc encouragé dans la médication par la digitale. Mais il ne suffisait pas d'agir sur le cœur et les gros vaisseaux, il fallait encore chercher à rétablir la fonction menstruelle; car l'observation avait démontré que le retour spontané de la menstruation avait été promptement suivi d'une amélioration notable dans l'état des malades, tandis que le mieux n'avait jamais été que passager lorsque l'irrégularité de la fonction utéro-ovarienne avait persisté.

Les deux indications principales qui ressortent de ces remarques, sont donc calmer le cœur par le meilleur moyen que nous ayons, la digitale, et rétablir la fonction menstruelle par divers moyens qui pourront varier à l'infini suivant l'âge, le tempérament, les habitudes et les conditions hygiéniques de chacune des malades.

Lorsque ces deux indications principales auront été remplies, à peine sera-t-il besoin de combattre les symptômes secondaires, car ils diminuent le plus souvent spontanément après l'amendement des symptômes principaux : ainsi les troubles de l'estomac et de l'intestin, ainsi la céphalalgie, les modifications de caractère, ainsi la fièvre elle-même.

Je ne puis terminer ce rapport sans soumettre à votre attention le bénéfice que M. le docteur Aran et ceux qui l'ont imité ont retiré de l'application de la glace sur le cœur et sur la région thyroïdienne. Bientôt, en effet, on voit diminuer les palpitations; les battements de la tumeur thyroïdienne diminuent rapidement; mais il faut que cette application du froid soit faite d'une façon continue, sans quoi on verrait reparaître avec une intensité nouvelle les symptômes qu'une assiduité dans le traitement aurait combattus avec succès.

Mais de toutes les médications qui ont été opposées au goitre exophthalmique, celle qui a paru à votre rapporteur donner les résultats les plus utiles a été l'hydrothérapie faite méthodiquement.

L'observation qui nous a été communiquée par le docteur Hiffelsheim présente tous les signes de la cachexie exophthalmique. La triade symptomatique y est décrite avec soin, la différence entre le pouls carotidien et le pouls radial a été bien constatée par l'auteur de cette observation, et plusieurs des symptômes secondaires, troubles de la digestion et de la fonction menstruelle, n'ont point échappé à la sagacité de l'observateur. Ce fait a été observé en même temps par M. le docteur Oliffe, qui était le médecin ordinaire de la famille X... Il n'offre, d'ailleurs, aucune particularité remarquable. Dans cette même observation il a été soigneusement établi par le docteur Hiffelsheim qu'il n'y avait point de lésion cardiaque; et, pour donner plus d'autorité à ce fait, il nous rappelle que M. le professeur Bouillaud fut appelé en consultation, et qu'il put constater l'absence de toute altération organique du cœur. C'est là un fait qui doit être ajouté aux observations sur lesquelles je me suis appuyé pour démontrer que, dans la maladie de Graves, il n'y aurait point ordinairement d'hypertrophie cardiaque.

...Tenant compte surtout des lésions organiques dans cette maladie, M. Hiffelsheim pense qu'on ne peut la ranger dans la classe des névroses, si l'on reste fidèle, dit-il, à la définition qu'en a donnée Cullen. De plus, il se refuse à reconnaître qu'il y ait parité de causalité entre les faits que M. Claude Bernard détermine par la section du grand sympathique et les symptômes de la maladie de Graves. Pour le savant professeur du Collége de France, fait remarquer M. Hiffelsheim, il y a augmentation passagère de la température des parties où se rendent les rameaux du grand sympathique après la section de ce nerf, tandis que dans la maladie de Graves il n'y a point d'élévation de température dans les organes lésés. Je ne sache pas qu'aucun observateur ait noté la température des globes oculaires et de la glande thyroïde dans les cas de goître exophthalmique; mais on avait été conduit à penser qu'il y avait quelque ressemblance entre les expériences de Cl. Bernard et la maladie de Graves, parce que, dans les deux cas, on avait remarqué une augmentation de vascularité très considérable; alors on avait été conduit tout naturellement à supposer que l'irritation expérimentale et la section du nerf sympathique donnant lieu à quelques-uns des phénomènes de la maladie de Graves, à savoir la turgescence des parties intéressées, les phénomènes pathologiques pourraient relever d'une même cause, l'irritation ou toute autre modalité du nerf vaso-moteur. L'analogie des phénomènes avait conduit à l'analogie de la cause...

Puis, voyant la part que les émotions morales avaient sur l'exagération des symptômes principaux de la maladie de Graves, et ces émotions ne pouvant avoir pour intermédiaire que le système nerveux, on avait constaté que le siége de la maladie était le vaso-moteur; mais pour M. Hiffelsheim il n'en peut être ainsi, parce que les névroses ne sauraient faire des lésions organiques, et il préfère ranger la maladie de Graves dans la grande classe des diathèses, s'appuyant sur la multiplicité des symptômes de la maladie et le trouble de la composition du sang, lequel trouble, il est vrai, avoue l'auteur, peut conduire à une névrose secondaire.

Peut-être pourrions-nous combler la distance qui semble séparer M. Hiffelsheim de la commission en faisant remarquer qu'il y a une diathèse nerveuse à modalités nombreuses, l'hystérie, et dont les symptômes varieront suivant que la cause portera son action plus particulièrement sur le système nerveux de la vie de relation ou sur celui de la vie organique... Eh bien, si l'on admet que le vaso-moteur est primitivement le siége de la maladie de Graves, on saisit la relation qui existe entre les phénomènes ayant pour siége le cœur, la thyroïde et le globe oculaire, phénomènes de suractivité vasculaire, phénomènes qui peuvent être suivis ou précédés d'autres symptômes, lesquels prennent toujours le grand sympathique pour intermédiaire, se manifestent sur l'estomac, l'intestin, le sys-

tème nerveux animal et les organes qui concourent à la formation des éléments du sang.

La commission vous propose de renvoyer le travail de M. Aran au comité de publication;

Et de remercier M. le docteur Hiffelsheim de son intéressante communication.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la curabilité des blessures du cerveau*, par M. *Flourens*. — M. Flourens, après avoir rapporté quelques faits empruntés au mémoire de Lapeyronie *sur le siége de l'âme* et rappelé le travail qu'il publia lui-même en 1824 sur les fonctions de l'encéphale, ajoute :

« J'ai fait, dans ces derniers temps, une suite d'expériences qui méritent, je crois, d'être ajoutées à celles qui précèdent.

J'ai eu l'idée d'introduire une ou plusieurs balles de plomb du poids de 4 à 20 grammes dans le cerveau de lapins et de chiens. Ces balles ont été placées sur divers points de la région supérieure de l'encéphale, tantôt sur la région supérieure des lobes cérébraux, tantôt sur la région supérieure du cervelet, etc.

Le vase n° 1 contient un cerveau de chien sur lequel une balle du poids de 4 grammes a été mise sur la partie supérieure du lobe cérébral gauche; la balle a traversé toute l'épaisseur du lobe, et maintenant on la voit sur le plancher du crâne, où elle est encore recouverte par la pie-mère. Pendant le trajet de la balle, nul symptôme n'a paru.

Le vase n° 2 contient un cerveau de chien sur le cervelet duquel une balle a été mise au côté gauche; la balle n'a pénétré qu'à peine la substance du cervelet, et son passage n'a produit encore aucun symptôme. Dans d'autres expériences, à mesure que la balle a avancé dans son trajet, des symptômes de locomotion irrégulière ont paru.

Le vase n° 3 contient un cerveau de lapin sur le cervelet duquel une balle a été mise tout à fait à la partie postérieure de cet organe, perpendiculairement sur le *nœud vital*. Dès que la balle est arrivée sur le *nœud vital* et a pu y exercer une certaine pression, l'animal est mort.

Les vases nos 4 et 5 contiennent des cerveaux de chien dont il a été retranché une certaine portion. On voit sur ces pièces la cicatrisation qui s'est faite, et le tissu cicatriciel qui est jaunâtre, dur et résistant.

Ce qui m'attache, à un degré que je ne puis dire, à ces expériences, c'est que j'y acquiers à chaque instant de nouvelles preuves de la *curabilité* des plaies du cerveau, et de la facilité singulière avec laquelle elles se guérissent.

Je me représente la physiologie une sonde à la main, et fouillant avec ardeur un sol inconnu pour y découvrir les sources de la vie et les en faire jaillir au profit de l'humanité. »

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Observations sur la guérison des paralysies par la cicatrisation du cerveau*, par M. *Serres*. — L'auteur rappelle que, dans un long mémoire inséré en 1819 dans l'ANNUAIRE MÉDICO-CHIRURGICAL DES HÔPITAUX, il a divisé les apoplexies en deux classes, celles d'une part qui ont leur siége spécial sur les enveloppes du cerveau, et qui généralement n'affectent pas les mouvements volontaires, et d'autre part celles qui ont leur siége dans la substance même de cet organe, et qui toujours sont accompagnées de la perte de ces mouvements.

Or, poursuit M. Serres, l'étiologie de ces dernières apoplexies que j'ai nommées *cérébrales*, réside dans un épanchement sanguin qui s'effectue dans la substance de l'encéphale, et leur guérison ou le retour des mouvements volontaires n'a lieu que lorsque l'épanchement sanguin est résorbé et remplacé par une cicatrice formée par une reproduction de la matière cérébrale, et précédée par la formation d'une membrane vasculaire sur laquelle Riobé et Marandel ont appelé l'attention des physiologistes, membrane qui sert, en quelque sorte, de support aux nouvelles fibres nerveuses qui opèrent la cicatrisation.

Les cicatrices du cerveau sont plus ou moins fermes, les lèvres de la division sont plus ou moins bien rapprochées, selon que les mouvements volontaires sont devenus plus ou moins libres.

Les cicatrices sont ou linéaires, la guérison est alors complète et les mouvements volontaires reviennent dans leur état normal, ou elles sont aréolaires, et alors la guérison est imparfaite et les mouvements sont plus ou moins gênés.

Une paralysie étant complétement guérie, il arrive quelquefois que, sans cause connue et sans une nouvelle attaque d'apoplexie, la perte du mouvement reparaisse. Dans ce cas, il y a infiltration de la cicatrice qui s'était produite. De linéaire qu'elle était, la cicatrice devient aréolaire; les aréoles se remplissent d'une sérosité jaunâtre, les lèvres de la plaie de l'encéphale sont alors imparfaitement réunies. Ces cas ne sont pas rares, surtout chez les vieillards affaiblis.

D'autres fois une nouvelle attaque d'apoplexie, une chute ou un coup porté sur la tête rompent la cicatrice, et aussitôt la paralysie se reproduit. Cet effet n'a lieu que dans les cicatrices récentes. En général, les cicatrices anciennes résistent plus que les parties de l'encéphale qui les avoisinent. J'ai rencontré quelquefois des foyers sanguins récents creusés à côté de cicatrices qui avaient résisté aux efforts par lesquels avaient été rompus les fibres du cerveau qui les avoisinaient. On ne saurait trop admirer à ce sujet les ressources de la nature.

— M. *Marmisse* adresse un travail intitulé : MORTALITÉ PAR AFFECTION DIPHTHÉRITIQUE (ANGINE ET CROUP) DANS LA VILLE DE BORDEAUX PENDANT LES ANNÉES 1858-61.

Ce mémoire est renvoyé à la commission de statistique déjà saisie (séance du 26 juin) d'un mémoire de l'auteur sur la mortalité des enfants au-dessous de deux ans dans la même ville de Bordeaux.

— M. *M. Carvalho* transmet deux ouvrages publiés à Coïmbre par deux de ses collègues, professeurs à la Faculté de médecine : un TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, par M. Macedo Pinto, et la première partie d'un TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE DE L'HOMME, par M. Da Costa Simões. Ces ouvrages sont renvoyés pour rapports verbaux, le premier à M. Rayer et le second à M. Bernard.

— M. *Benvenisti*, en adressant deux opuscules écrits en italien et intitulés : SUR LA FORMATION PAR MÉTAMORPHOSE RÉGRESSIVE DU SUCRE ET DE L'AMIDON, et ÉTUDES ULTÉRIEURES SUR LES OPÉRATIONS ASSIMILATIVES, y joint une analyse en français de ce double travail.

Renvoi à M. Bernard, qui jugera, s'il y a lieu, de faire de ces deux opuscules l'objet d'un rapport verbal ou de les réserver pour le futur concours du prix de physiologie expérimentale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Génieys*; de Sylvanès (Aveyron), par M. le docteur *Calvet*; d'Aulus et d'Ussat (Ariége), par MM. les docteurs *Bordes-Pagès* et *Ourgaud*. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné

en 1861 dans les départements de l'Ardèche et de Loir-et-Cher. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Laborie*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b*. Une note de M. le docteur *Charles Rouhier* (de Recey-sur-Ource), relativement à la fièvre typhoïde observée dans l'enfance. — *c*. Un travail intitulé : *Quelques considérations sur la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Labalbary* (de Bourg-la-Reine). (*Commission des épidémies.*)

MM. *Robert* et *Collin* présentent à l'Académie un uréthrotome de M. Maisonneuve auquel, sur les indications de ce chirurgien, ils ont adapté d'une manière fort simple une lame à deux tranchants latéraux, tout en conservant l'ancienne lame à tranchant unique.

Grâce à ce perfectionnement, l'uréthrotome à lame découverte, qui, dans la pratique usuelle, a désormais remplacé tous les autres instruments analogues, permet au chirurgien d'exécuter à volonté la scarification des rétrécissements dans tous les sens possibles.

A. Crête tranchante.
BB. Tranchants latéraux en avant.
D. Bords émoussés glissant sur les parois du canal de l'urèthre.
CC. Tranchants latéraux en arrière.
E. Lame découverte à double tranchant.
F. Lame à tranchant unique.

M. le docteur *Hiffelsheim*, à l'occasion du rapport lu par M. Trousseau dans la dernière séance, adresse une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« J'ai contesté l'analogie des *symptômes* et des *causes* que MM. Trousseau et Aran ont cru voir entre les effets de section du sympathique et le goître exophthalmique.

» Pour les symptômes j'ai fait observer :

» Que la dilatation vasculaire invoquée n'est pas un effet définitif, notable, car elle disparaît presque le deuxième jour ; qu'il n'y a pas d'*exophthalmie*, mais au contraire *retraction* ; que le seul fait notable dominant et caractéristique de la découverte de M. Bernard, c'est l'élévation de température. (*Mémoires de la Société de biologie*, 1853, pages 80 et 103.)

» Les causes, ai-je dit, n'ont pas de rapport, quoique dans les deux cas elles soient organiques à leur origine. Si les maladies doivent être rattachées au trouble organique ou fonctionnel, le *goître exophthalmique* n'est pas une névrose. Succédant à une diathèse, de même que les phénomènes de névrose qui l'accompagnent, c'est dans son essence une diathèse, altération de qualité ou de quantité du sang.

» A ce titre, l'hystérie n'est pas une névrose pour des raisons diverses. Il y a des névroses primitives et secondaires ; comme il y a des diathèses primitives et secondaires. L'hystérie s'accompagne d'une diathèse, dans l'acception ci-dessus, mais part, le plus souvent, d'un trouble utéro ovarique provoquant des phénomènes dits *névroses*, par voie réflexe. Je ne suis pas seul de mon avis : la plupart des grands cliniciens de l'Europe pensent ainsi. »

M. *Würtz* offre en hommage, au nom des auteurs : 1° un Traité de toxicologie, par M. le docteur *José Ferreira de Macedo Pinto* (de Coïmbra) ; 2° des Éléments de physiologie humaine, par M. le docteur *Antonio Augusto da Costa Simoes* (de Coïmbre).

M. *le Président* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur *Adelon*, membre titulaire, décédé dans la quatre-vingtième année de son âge.

Une députation de l'Académie assistait à ses obsèques.

M. *J. Béclard* est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Adelon.

Ce discours est accueilli par d'unanimes marques de sympathie.

Lectures.

Thérapeutique. — M. *Roger* lit un rapport sur une communication de M. le docteur *Berthier*, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bourg, intitulé : Traitement de la diarrhée chronique des aliénés par la viande sèche.

Après une analyse sommaire de ce travail, M. Roger l'apprécie en ces termes :

« Sans doute, le fait pratique signalé par M. Berthier est digne d'attention ; mais le nombre des observations à l'appui est insuffisant, et des expériences comparatives auraient été nécessaires pour discerner exactement quelle fut, dans les guérisons citées, la part de la diète animale, celle des médicaments et celle des conditions hygiéniques. M. Berthier n'a point donné une démonstration, il n'a guère été au delà d'une simple assertion, qui n'a de valeur que par l'honorabilité et la bonne réputation du praticien spécialiste. »

M. Roger propose de remercier l'auteur de sa communication et de l'engager à poursuivre les expériences commencées. (*Adopté.*)

Élection.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un *secrétaire annuel*, en remplacement de M. Robin, démissionnaire.

Le nombre des votants étant 59, M. *Béclard* obtient 52 voix ; M. *Roger*, 3 ; M. *Piorry*, 2 ; M. *Poggiale*, 1.

M. *Béclard*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé secrétaire annuel et invité par M. le président à prendre place au bureau.

M. *le Secrétaire perpétuel*, à l'occasion de cette élection, rappelle qu'il y a quarante ans, de 1821 à 1822, Béclard, l'illustre père de M. Jules Béclard, remplissait à l'Académie les mêmes fonctions de secrétaire annuel.

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. *Piorry* rappelle les rapports du corps thyroïde, sain ou malade, avec les organes qui l'entourent : la trachée, le tronc veineux brachio-céphalique, les veines jugulaires, les veines sous-clavières et même la veine cave supérieure, l'aorte, l'artère pulmonaire, l'œsophage, le larynx, les nerfs laryngés, pneumogastriques et grands sympathiques.

La compression de ces organes par la thyroïde hypertrophiée peut, suivant M. Piorry, donner une explication satisfaisante de tous les symptômes improprement réunis sous la dénomination collective de *goître exophthalmique*, « terme absurde, composé de deux mots, l'un trivial, l'autre d'origine grecque, pardonnable tout au plus dans la bouche de médecins illettrés, mais impardonnable dans le langage d'un professeur de rhétorique devenu médecin. »

M. Piorry blâme encore l'expression de *triade symptomatique* employée par M. Trousseau, en faisant observer que, dans la prétendue unité morbide dont il est ici question, il existe des accidents non-seulement du côté de l'œil, du corps thyroïde et du cœur, mais encore du côté de l'estomac, du cerveau, des nerfs, etc., ce qui, dans le langage hellénique de M. Trousseau, devrait constituer une *tétrade*, et même une *pentade* ou une *hexade*.

« Est-il franchement permis, poursuit M. Piorry, de faire une maladie spéciale de quelques cas d'hypertrophie du corps thyroïde, où il arrivera que l'œil sera porté en dehors, et cela par suite de la compression des vaisseaux du cou? Pourquoi ne donnerait-on pas aussi une dénomination spéciale aux goitres qui compriment la veine cave supérieure, l'aorte, l'œsophage, etc.?

» L'admission d'une individualité morbide, appelée *goître exophthalmique*, est tout à fait contraire à la philosophie médicale et même au bon sens le plus vulgaire.

» Une fois admise cette individualité pathologique, on a voulu l'expliquer, et, au lieu de prendre l'organisme pour base des explications et d'étudier les influences réciproques du corps,

Digitized by Google

thyroïde hypertrophié et des autres organes, on a eu recours à des hypothèses, à une irritation du nerf grand sympathique, et l'on a rangé le goître exophthalmique parmi les névroses. Comme si les névroses n'étaient point regardées par tous les médecins comme des affections névriques dans lesquelles on ne trouve pas de circonstances organiques appréciables pour les expliquer !

» Non, à coup sûr, ce qu'on appelle le goître exophthalmique n'est pas une névrose : c'est bel et bien une lésion organique donnant lieu à une série de lésions organiques et fonctionnelles.

» D'ailleurs, M. Trousseau termine la pathogénie du goître exophthalmique en renversant à peu près, comme cela lui arrive souvent, tout ce qu'il avait dit précédemment, et il s'exprime ainsi : « En s'appuyant sur les données fournies par Henry Müller, j'accorde une grande part, dans la production de l'exophthalmie, à la congestion du globe oculaire, qui donne une explication satisfaisante de la saillie paroxystique et persistante des yeux. »

M. Piorry, après avoir critiqué le traitement proposé par M. Aran et par M. Trousseau, termine son discours par les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas une unité morbide dite diathèse, cachexie, névrose, constituée par une triade, ni même une *polyade* de symptômes, et qui mérite le nom de goître exophthalmique ;

2° Le corps thyroïde volumineux modifie les organes qui l'avoisinent, de façon à altérer leurs fonctions ; et la compression des grosses veines par la tumeur qu'il forme, gêne le cours du sang dans la face, le cerveau et l'orbite, et produit ainsi des hémostasies ou congestions stasiques.

Celles-ci sont, dans certains cas, suivies d'accidents du côté du cœur, de modifications dans le sang, de troubles dans les organes respiratoires, et, par suite, de phénomènes pathologiques vers les appareils digestif et génitaux chez la femme.

3° Les points divers où la tumeur thyroïdienne fait saillie décident principalement de la nature des phénomènes observés.

4° Puisque l'iode réussit dans le goître ordinaire, alors qu'il n'y a pas de dégénérescence organique, on est conduit rationnellement à l'administrer dans le goître accompagné de la saillie de l'œil.

Pour que l'iode réussisse, il faut l'administrer à doses suffisantes, mais avec précaution : *a.* par inspiration ; — *b.* par frictions ; — *c.* sous la forme d'iodure de potassium, à l'intérieur.

M. Piorry déclare avoir obtenu un remarquable succès par cette médication dans un goître dit exophthalmique, chez une femme dont il montre le portrait à l'Académie.

M. *Londe*. Quel nom M. Piorry donnerait-il à la maladie? J'ai vu avant-hier un jeune homme atteint de goître exophthalmique. Il avait la triade de symptômes signalée par M. Trousseau. L'administration des iodures n'a pas réussi.

M. *Piorry*. Si M. Londe n'a point prescrit lui-même les iodures au malade dont il parle, il me permettra de douter que ces préparations aient été convenablement administrées. Ce n'est point sur une petite historiette médicale que l'on pourrait s'autoriser pour blâmer ou proscrire la médication iodée.

Quant à la triade de symptômes, je le répète, elle s'explique à merveille par la compression de la tumeur thyroïdienne sur les veines, les artères et les nerfs du cou.

M. Londe veut que je donne un nom au goître exophthalmique. Pour moi ce n'est pas une unité morbide, c'est une collection de symptômes ; on ne peut pas donner un nom impliquant l'unité à une chose multiple. Je n'ai donc nulle envie d'imposer une dénomination à la prétendue maladie décrite par Graves et par M. Trousseau.

M. Piorry, en terminant, annonce que dans une autre occasion il exposera à la tribune académique les principes de la nomenclature et de l'organographisme.

La suite de la discussion est ajournée à la prochaine séance.

Obstétrique. — M. *Salmon*, candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements, lit une *note sur diverses indications de l'accouchement prématuré artificiel, au moyen des douches utérines, et sur le meilleur mode de pratiquer cette opération.*

Voici les conclusions de ce travail :

« Il y a indication d'accouchement prématuré artificiel par les douches utérines, toutes les fois qu'un ou plusieurs accouchements à terme ont été funestes pour l'enfant et dangereux pour la mère.

» Le procédé des douches utérines appartient à la méthode des stimulants directs de l'utérus. Le col subit le premier cette influence et se contracte ; de proche en proche cette contraction gagne le corps.

» Après la contraction des fibres du col survient la période de relâchement. C'est pendant cette période que les fibres du corps, continuant à agir sur l'orifice, le tirent en tous sens et le dilatent.

» Ce procédé est celui qui imite le mieux, par les phénomènes qu'il détermine, l'ensemble des manifestations organiques du col et du corps de l'utérus par lesquelles se prépare un accouchement à terme.

» Trois douches par jour, de vingt minutes de durée, sont suffisantes pour produire rapidement l'accouchement prématuré. Quand le travail est complétement déclaré, il est ordinairement utile de rompre les membranes.

» Il ne faut pas attribuer aux douches utérines les cas de mort presque subite signalés par quelques personnes. L'introduction de l'air dans les sinus utérins par le jet de la douche n'est pas démontrée. On ne saurait expliquer par l'action trop puissante de la douche la déchirure du vagin observée dans un cas, puisque dans ce fait on n'a constaté la déchirure qu'après l'accouchement et au moment de l'autopsie. » (*Renvoi à la section.*)

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1862.

PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

PULSATIONS DES LIQUIDES DANS LE CANAL MÉDULLAIRE DES OS. — GUÉRISON D'UN ANÉVRYSME PAR LA COMPRESSION DIGITALE.

— M. *Broca*, dans la séance du 2 juillet, a communiqué deux faits dans lesquels il a observé des pulsations imprimées aux liquides qui communiquent avec le canal médullaire des os longs.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme atteint d'une nécrose du fémur, et auquel M. Richet avait enlevé un séquestre dix-huit mois auparavant. La plaie s'était refermée à peu près complétement ; mais, comme il en sortait encore un peu de pus, M. Broca agrandit l'ouverture et y plaça une sonde de gomme élastique. Pendant un mois, il a pu voir le pus monter et descendre dans le tube élastique et offrir des battements isochrones à ceux du pouls. Quand la suppuration fut tarie, le phénomène cessa naturellement ; mais, en injectant un liquide dans le tube, on vit des battements reparaître.

Dans le deuxième cas, les battements furent observés dans la cavité du tibia, ouverte par du chlorure de zinc qu'on avait appliqué sur un épithélioma.

M. Broca explique ces battements par une condition analogue à celle que produisent les battements du cerveau. On sait, dit-il, que, dans le crâne, ces pulsations ne se manifestent qu'autant qu'on pratique une ouverture à la boite osseuse. La moelle des os n'est-elle pas dans des conditions analogues à celle du cerveau? Entourée de vaisseaux, sinon volumineux

du moins très nombreux, ne peut-elle pas être soulevée dès qu'il y a une ouverture au canal médullaire? L'analogie, cependant, n'est pas complète, car les mouvements respiratoires qui ont une influence bien évidente sur ceux du cerveau n'ont paru en exercer aucune sur les liquides de la cavité médullaire.

M. Follin croit que, dans les faits de M. Broca, les pulsations se passaient dans des fongosités. Celles-ci sont en effet souvent le siége de battements manifestes quel que soit le siége qu'elles occupent.

M. *Richet* a vu de ces pulsations qu'il a prises un instant pour celles même du cerveau chez un malade auquel il avait enlevé un séquestre du frontal. C'est le diploé mis à nu et fongueux qui en était le siége.

— M. *Verneuil* a donné lecture d'un rapport sur une observation d'anévrysme spontané du creux poplité guéri par la compression digitale, par M. Ollier (de Lyon).

Le malade avait soixante-douze ans; la tumeur, dont l'origine remontait à dix-huit mois, et qui n'était due à aucune cause extérieure appréciable, avait acquis environ le volume du poing. Le premier jour, dans une simple séance d'exploration destinée à bien établir le diagnostic, les compressions exercées au pli de l'aine sur l'artère fémorale ont fait commencer le travail d'oblitération. Onze heures de compression réparties en plusieurs journées, ont suffi à amener la cure radicale, sans douleurs vives et sans accidents quelconques. Le traitement a été commencé le 14 décembre 1861, et, dans les premiers jours de janvier, l'anévrysme était guéri.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Pénétration et séjour pendant trois mois dans l'orbite d'un corps étranger. Extraction, par M. le docteur Branzeau.

Obs. — Le 19 février 1855, le capitaine anglais John Smith, du navire *Earl of Carlisle*, conduisit au docteur Branzeau un matelot nommé John Bulwer, pour le visiter.

Cet homme, âgé de trente-deux ans, dit qu'il souffrait depuis son départ d'Angleterre de douleurs à l'œil gauche, tantôt vagues, tantôt vives, et que souvent il était obligé de tenir les paupières fermées, parce que, disait-il, il sentait dans l'œil quelque chose qui le gênait. Cet état de gêne n'était pourtant pas permanent, car il avait pu continuer son service de matelot.

A l'examen de l'organe, on observait seulement une légère ophthalmie peu ou presque pas douloureuse; la paupière supérieure s'abaissait avec quelque difficulté, et l'œil fermé laissait voir sous elle une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, dure au toucher, mobile et située près du grand angle. En relevant la paupière, cette tumeur était encore plus apparente en dedans, et offrait aussi plus de mobilité.

On ne put obtenir de cet homme aucun renseignement sur l'époque précise où cette tumeur aurait commencé à paraître, seulement il assurait que tout à coup il l'avait sentie, et que son œil était devenu rouge. Autant qu'il pouvait se le rappeler, c'était peu de jours après son départ de Liverpool. Du reste, le malade ignorait ce qui pouvait avoir occasionné son mal.

M. Branzeau crut avoir affaire à un kyste des paupières, et en proposa la section.

Après avoir fait maintenir la paupière supérieure par le capitaine même, il saisit superficiellement la tumeur au moyen d'une érigne, et avec un couteau à cataracte disséqua lentement, lorsqu'il sentit la pointe de l'instrument trouver de la résistance, absolument comme si elle avait rencontré une lime fine ou une pierre dure.

Il prit alors des pinces à ligature d'artères, saisit fortement ce corps dur, et opérant alors une traction légère et horizontale, amena au dehors un bout de tuyau de pipe d'un pouce et demi de longueur.

Si mon étonnement fut grand, dit M. Branzeau, celui du malade le fut plus encore, et le capitaine, qui soutenait la tête du patient, se trouva mal. Malgré mes demandes réitérées, le malade ne put me rien apprendre, ne sachant rien, ne se rappelant rien lui-même. « Mais enfin, lui » dis-je, ce *bout de pipe* n'a pu s'introduire dans votre œil à votre insu. » *I don't know*, me répondit-il (je n'en sais rien). Cette réponse ne me suffisait pas, et, voulant à tout prix approfondir la chose, je questionnai le capitaine en présence de M. Swan. Je parvins à savoir que le jour du départ de Liverpool, ce matelot ayant reçu de l'argent le matin, s'était enivré et pris de querelle avec un autre marin. Avant de s'embarquer, ils avaient vivement boxé, et son adversaire, tenant sa pipe dans sa main par la noix, le poing fermé, lui porta un coup violent; le bout de cette pipe entra horizontalement par le grand angle de l'œil jusqu'au fond de l'orbite, et cassa juste au niveau des paupières. Celles-ci se refermèrent aussitôt, et le malade ayant sans doute porté sa main à l'œil, comme il arrive toujours, opéra un frottement sur le globe qui en refoula vers la partie supérieure de l'orbite le bout extérieur, qui se logea ainsi sous l'arcade supérieure pour y rester trois mois.

Les phénomènes d'irritation locale cessèrent comme par enchantement après son extraction, et l'opération n'étant rien par elle-même, l'œil guérit rapidement. Je revis cet homme le lendemain, il me dit que l'étonnement dont il avait été saisi en voyant sortir de son œil ce bout de pipe, le fit réfléchir sérieusement le soir même, et que, rappelant ses souvenirs confus, il croyait savoir comment le fait s'était passé. Il me raconta alors plus au long la querelle qu'il avait eue avec son matelot, et dont le motif était une chique que l'autre tenait dans sa bouche depuis une heure, et qu'il ne voulait pas lui passer, selon leur convention, pour la mâcher à son tour. Sur ce frêle motif ils se prirent de querelle, et tous les deux étant plus qu'en gognette, surtout le malade, celui-ci reçut, il se le rappelle bien, un coup de poing des mieux appliqués, quoiqu'il ne sentît presque pas de douleurs par l'état d'insensibilité alcoolique où il se trouvait.

Je livre sans commentaires ce fait, ajoute M. Branzeau, à l'appréciation des honorables confrères de la Société impériale de médecine, accompagné du corps étranger lui-même, comme un cas assez extraordinaire; surtout si l'on veut bien considérer que ce bout de pipe, inoffensif, il est vrai, par sa composition chimique au milieu de nos tissus, y a néanmoins séjourné plus de trois mois sans produire de graves accidents. Mais ce qui étonne le plus, c'est qu'un corps étranger de cette espèce et de ce volume ait pu pénétrer de force dans l'orbite, sans occasionner une grave blessure, et y séjourner aussi longtemps sans que sa présence ait déterminé sur un organe aussi délicat que l'œil plus de désordres que ceux que j'y ai constatés. (*Gazette médicale d'Orient*, avril 1862, p. 5.)

Le fait cité par M. Branzeau est très remarquable, mais non pas peut-être aussi extraordinaire qu'il paraît le penser. Un grand nombre de corps étrangers de toute nature ont été trouvés dans l'orbite, et le plus souvent peut-être les malades ignoraient leur présence. Plusieurs exemples sont rapportés dans le livre de M. Demarquay sur les tumeurs de l'orbite.

La Gazette médicale de Londres de 1850 rapporte l'histoire d'un malade dans l'orbite duquel un bout de tuyau de pipe séjourna pendant deux mois, et fut extrait dans des circonstances analogues à celles du malade de M. Branzeau. Weller, Fischer ont rapporté des cas semblables.

Il semble surtout extraordinaire que le malade n'ait pas connaissance de l'accident qui a introduit dans son orbite un corps étranger quelquefois volumineux. Il y a quelques années, en 1854, un jeune homme de vingt-six ans s'était présenté à la clinique de M. Nélaton pour s'y faire traiter d'une fistule lacrymale qu'il attribuait à un coup de parapluie reçu trois ans auparavant. On sentait par la fistule un corps dur que M. Desmarres avait cru être un séquestre, et dont il avait tenté deux fois l'extraction. M. Nélaton insista vivement et à plusieurs reprises auprès du malade pour savoir si un fragment du parapluie n'avait pas pu pénétrer; la réponse du blessé était toujours négative. Enfin le chirurgien tenta une nouvelle exploration en faisant une incision parallèle au bord inférieur de l'orbite, le corps dur fut senti tout à fait à nu, saisi avec une pince à anneau, et l'on retira une pomme de parapluie sculptée longue de 4 centimètres et demi. Bidloo a retiré ainsi un morceau de bois; Cappelette, un os dont les femmes se servent pour tenir leurs aiguilles à tricoter; M. Desmarres, un fragment de chaise; une autre fois un morceau de bois introduit depuis deux ans, etc.

Parfois ces corps étrangers perforent l'orbite, pénètrent dans le crâne, et déterminent des accidents mortels; quelquefois ils cheminent vers d'autres parties, après avoir perforé la paroi

inférieure de la cavité orbitaire; c'est ainsi que Pierre de Marchetti retira par une incision faite au voile du palais le manche d'un éventail qu'un gentilhomme de l'époque aussi irascible que peu charitable avait enfoncé dans l'orbite d'un mendiant qui lui demandait trop instamment l'aumône.

Le fait rapporté par M. Branzeau venant après un certain nombre d'autres faits analogues, doit engager le chirurgien à explorer attentivement l'orbite et à se tenir sur ses gardes contre une erreur de diagnostic d'autant plus facile à commettre que les renseignements donnés par le malade peuvent surtout induire en erreur.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée.

M. Pridie a récemment entretenu la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg d'un fait remarquable d'anévrysme aortique, qui a accompli toute son évolution sans déterminer aucun accident, aucun symptôme appréciable. Ce n'est que vingt-quatre heures avant sa mort que la malade (femme d'un embonpoint considérable) a été prise d'une dyspnée très pénible, qui diminuait notablement dans la station assise. Le bruit respiratoire et la toux avaient un timbre laryngé des plus prononcés. En présence de phénomènes aussi inopinément développés, et craignant d'ailleurs une suffocation immédiate, M. Pridie songeait à la trachéotomie; tandis qu'il examinait la gorge, et qu'il cherchait à constater l'état de l'épiglotte chez sa malade, elle rendit tout à coup une grande quantité de sang par la bouche, et expira presque aussitôt. On trouva sur la partie transversale de la crosse de l'aorte un anévrysme de la grosseur d'un œuf; le sac était vide; une ouverture déchiquetée, du diamètre d'une plume, le faisait communiquer avec la trachée immédiatement au-dessus de sa bifurcation. La carotide gauche naissait d'un point très rapproché du sac; elle était presque oblitérée à son origine par l'épaississement de ses propres parois.

Il est fort heureux que la trachéotomie n'ait pas été pratiquée, car on n'eût pas manqué d'imputer à l'opération la mort de la malade. A la suite de cette communication, M. Spence a discuté les indications de la trachéotomie dans le cas d'anévrysme; lorsque les symptômes de suffocation sont le résultat d'un simple état spasmodique, il pense que l'on doit tenter l'ouverture de la trachée, afin de soustraire le malade à une cause de mort immédiate; si, au contraire, la dyspnée est due à la compression directe du canal aérien par la tumeur anévrysmale, on doit renoncer à toute intervention chirurgicale. (*Edinburgh medical Journal*, juin 1862.)

V

VARIÉTÉS.

M. Adelon, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, vient de succomber. Ses obsèques ont eu lieu mardi. Le deuil était conduit par M. C. Doucet, chef de la division des théâtres au ministère d'État, et M. le docteur H. Bourdon, tous deux gendres du défunt. Les coins du poêle étaient tenus par MM. Rayer, Bouillaud, Cruveilhier et un membre (nous ne savons lequel) de l'Association des médecins de la Seine. Les professeurs et agrégés, une députation de l'Académie de médecine, et un grand nombre de médecins et d'hommes du monde, assistaient à la cérémonie. Des discours ont été prononcés sur la tombe par M. Cruveilhier, au nom de la Faculté; M. J. Béclard, au nom de l'Académie, et M. Perdrix, au nom de l'Association des médecins de la Seine.

Avec M. Adelon disparaît un modèle de dignité scientifique et professionnelle, un esprit ferme dans le vrai, un cœur tenace dans le bon et le juste. Les souvenirs qu'il laisse sont un précieux patrimoine de famille.

— Le doyen des médecins de Bruxelles, M. le docteur Lodewyck, vient de mourir en cette capitale à l'âge de quatre-vingt-un ans.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES. On compte parmi les lauréats français :

1° Dans la section des améliorations sanitaires : MM. Degoussée et Laurent (appareils de sondage); Fortin-Hermann frères (tuyaux de conduits pour écoulement des eaux); Kind, Mulot père et fils et Dru (forage des puits artésiens); Nadault de Buffon (filtres tubulaires); Sebille (tabacs).

2° Dans la 17e classe : MM. Charrière (M. Charrière a reçu également une médaille comme fabricant de coutellerie); Luer, Matthieu, Mericant (instruments de chirurgie humaine et vétérinaire); Béchard (bandages, membres artificiels); François et Fouquet (appareils de bains); Galante (instruments et appareils chirurgicaux de caoutchouc vulcanisé); Grandcollot (pessaire articulé; Lebelleguic (appareils orthopédiques); Wickham frères (bandages); Thiers (appareils d'hygiène et d'allaitement); Auzoux et Lami (anatomie classique et modèle d'anatomie musculaire de l'homme); Duchenne (photographies représentant les différents modes d'expression de la physionomie sous l'action de l'électricité); Hackerbauer (aquarelles, dessins, lithographies, etc., pour les sciences naturelles et médicales); Nachet et fils (instruments d'optique pour l'anatomie); Levezzari (projet d'hôpital fondé sur un système de construction à double enveloppe, sans interposition de matériaux); docteur Marey (sphygmographe, hémo-manomètre); Préterre (prothèse dentaire); Sales-Girons (appareils à pulvériser les eaux médicamenteuses).

— Dans sa séance du 5 juillet, l'Académie de médecine de Belgique a nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, M. Crocq, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, et M. le docteur Verhaegen (d'Ostende), membre titulaire dans la section de chirurgie.

LA MÉDECINE AU JAPON. — Ce qui suit est extrait d'articles publiés dans le SIÈCLE, par M. Oscar Commettant, sous le titre *Variétés japonaises* :

La médecine a ses incrédules dans l'empire de l'Est comme partout ailleurs. Il existe au Japon une comédie qu'on dit fort savante et toute remplie de traits satiriques à l'endroit des médecins. Elle a *pour titre : Le médecin, la médecine et le malade.* On y voit le médecin *en présence* de la personnification de la médecine. Celle-ci raille le docteur en lui prouvant son impuissance et en constatant la sienne. Le médecin et la Médecine finissent par se moquer d'eux-mêmes et par rire aux éclats de la confiance qu'ils inspirent au malade. Survient *un malade.* Aussitôt le médecin et la Médecine prennent un air grave, se consultent mutuellement, ordonnent force drogues et se partagent les bénéfices de ce traitement, en assurant au malade qu'il guérira radicalement. Quand le malade est parti, les poches bourrées de remèdes, mais dégarnies d'argent, le médecin et la Médecine entament le dialogue suivant :

LE MÉDECIN A LA MÉDECINE. Que pensez-vous de ce pauvre malade?

LA MÉDECINE AU MÉDECIN. Mon avis est qu'il ne guérira pas.

LE MÉDECIN A LA MÉDECINE. Ce n'est pas mon opinion. J'offre de parier avec vous qu'il se portera bien la semaine prochaine.

LA MÉDECINE AU MÉDECIN. Je vous parie qu'il mourra dans huit jours.

LE MÉDECIN A LA MÉDECINE. Que voulez-vous parier?

LA MÉDECINE AU MÉDECIN. Celui qui perdra boira la drogue que vous avez ordonnée au malade.

Le médecin hésite. Il suppute l'effet des remèdes qu'il a ordonnés, fait la grimace, et paraît ne pas vouloir accepter ce genre de pari. Mais comme il est très entêté et que son amour-propre est stimulé par la Médecine, qui lui dit : « Ah! ah! vous avez peur de moi! » il fait un effort suprême et accepte la proposition.

Huit jours après, comme le médecin et la Médecine se sont donné rendez-vous pour aller savoir des nouvelles du malade, celui-ci apparaît soudain. Il se porte à merveille. La Médecine ne peut en croire ses yeux. Le médecin est radieux.

— Buvez, lui dit le docteur triomphant, en lui présentant un mélange de drogues semblable à celui qu'il avait ordonné au malade.

— Ah! dit tristement la Médecine, je crains bien que ce jour ne soit le dernier de ma vie; car moi-même je ne connais, hélas! aucun remède contre mes remèdes.

La Médecine boit et meurt.

Quant au malade, interrogé par le docteur, il avoue n'avoir pris aucune médecine.

RECHERCHES SUR L'ARTHRITE SÈCHE, par le docteur *Colombel*. Mémoire in-8 de 120 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — **PARIS, 1er AOUT 1862.** — **N° 31.**

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Du goître exophthalmique. — Opération d'ovariotomie ; l'ovariotomie en France. — II. **Travaux originaux.** Sur l'emploi thérapeutique du Veratrum viride. — III. **Correspondance.** Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Cristaux dans le sang de la veine porte. — Action du curare sur le système nerveux. — Sur la phlébectasie laryngée. — Éruption vaccinale secondaire. — Spina bifida occipitis. — Hyperplasie cérébrale avec encéphalocèle. — Hernie diaphragmatique. — VI. **Feuilleton.** La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit.

I

Paris, 31 juillet 1862.

Académie de médecine : DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — OPÉRATION D'OVARIOTOMIE ; L'OVARIOTOMIE EN FRANCE.

M. Piorry ne veut décidément pas se rendre àl'opinion de M. Trousseau sur la question du goître exophthalmique. Une vive et forte argumentation de son adversaire, loin de le ramener, n'a fait que l'exciter à une opposition nouvelle, dont il a voulu faire acte sur-le-champ à la tribune. Chose toujours honorable que la conviction ; mais M. Piorry s'est trompé, il faut l'espérer, quand il a laissé entendre que les vues de M. Trousseau étaient sans crédit à l'Académie ; car les vues de M. Trousseau, au point de vue clinique comme au point de vue physiologique, sont celles d'un grand nombre de médecins qu'on a l'habitude de compter parmi les plus instruits et les plus sages. Disons-le d'ailleurs, M. Piorry ne conteste pas les faits : il ne peut pas les contester; il ne peut pas nier qu'il n'y ait des sujets atteints tout à la fois, ou plutôt successivement, de battements cardiaques et artériels, de goître et d'exophthalmie. Qu'est-ce qui le révolte donc contre l'admission de ce nouveau groupe nosologique ? Une question de doctrine, toujours la même. Le but de la nosologie étant l'*organopathie*, une exophthalmie est une exophthalmie, ni plus ni moins; un goître n'est qu'un goître ; deux choses parfaitement connues depuis longtemps, et qu'on a d'autant plus tort d'accoupler dans une même expression morbide, que l'une d'elles peut manquer, l'autre existant.

Laissons les mots. La qualification de *fruste* appliquée à une maladie dont quelques caractères sont actuellement voilés : par exemple, à l'état pathologique appelé *goître exophthalmique*, quand on n'y observe encore que les symptômes cardiaques et le goître, sans exophthalmie ; cette qualification, maintenue et commentée par M. Trousseau dans la dernière séance, est d'une justesse douteuse ; car une médaille fruste est une médaille dont la figure ou l'inscription, actuellement effacée en partie, a été entière autrefois,

---

FEUILLETON.

La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit, par M. LÉLUT, de l'Institut. 4 vol. in-8.

(Deuxième article.)

M. Lélut étant à la fois physiologiste et métaphysicien, nous ne pouvons nous dispenser d'examiner son œuvre à ces deux points de vue qui s'y mêlent sans cesse. Il admet l'existence de deux principes, de deux *substances*, dans le grand univers d'une part, et, d'autre part, dans le petit monde que présente à notre observation toute personne humaine.

Le mot substance signifie *ce qui est dessous, ce qui est caché* (*substare*). En vérité ! qu'en peut-on savoir?

La substance est-elle unique ? En existe-t-il deux ou plusieurs, ou un nombre infini ? Combien de temps encore ces questions insolubles seront-elles agitées par les philosophes ? M. Lélut veut qu'il y en ait deux : le corps et l'âme ; mais il a le bon esprit de ne pas essayer de le démontrer.

Quoi qu'il en soit, le corps et l'âme, qu'on les confonde, comme le fait Spinosa, dans l'être universel, ou qu'on leur suppose une existence propre, sont admis comme points de vue différents d'un même être, par toutes les écoles philosophiques.

Les matérialistes les plus *endurcis*, comme l'était d'Holbach, disent *mon âme*, quand ils veulent exprimer le fond commun de leurs pensées et de leurs sentiments, dont ils croient connaître la cause physique première. Les idéalistes les plus éthérés, comme l'était Berkeley, disent *mon corps*, quand il leur plaît de désigner l'ensemble des *propriétés*, ou des *phénomènes*, ou des *sensations*, qui paraît attaché d'une manière directe et constante au sentiment de leur existence et à toutes leurs autres modalités.

Ces doctrines ne peuvent nuire ni servir à la physiologie, qui s'occupe des corps organisés et qui cherche les rapports

tandis que la maladie dite *fruste* n'a pas encore et n'aura peut-être jamais tous ses traits habituels. Mieux vaudrait l'appeler *rudimentaire*. Mais, en fait, n'est-il pas vrai qu'une maladie ne change pas de nature, et ne doit pas dès lors changer de nom, pour ne pas revêtir toujours, et en même temps, tout l'ensemble de ses caractères? Non-seulement cela est vrai, mais cela est trop vrai pour valoir les longs développements qu'y a consacrés M. Trousseau. Prétendre le contraire serait faire violence aux lois de la pathologie et de la nature animée tout entière. Ce serait particulièrement rabaisser, nous dirions presque avilir la clinique, dont le rôle est plutôt de deviner dans l'homme malade ce qui ne s'y montre pas, que de reconnaître ce qui s'y montre.

La question a résoudre est donc uniquement celle-ci : Existe-t-il des sujets chez lesquels se manifestent successivement, pour toute maladie, des battements exagérés du cœur et des carotides, un gonflement de la glande thyroïde, une exophthalmie? Si ces sujets existent, comme cet ensemble symptomatique ne se rencontre pas dans le goître ordinaire, il faudra bien le faire entrer dans la nosologie. Maintenant, qu'un individu anémique se présente à vous avec les désordres circulatoires que nous venons de rappeler, mais sans hypertrophie, ni dilatation, ni rétrécissement, ni insuffisance du cœur; que le pouls radial soit petit pendant que le pouls carotidien est vibrant; ne dites pas qu'il a un goître exophthalmique, à la bonne heure; mais souffrez qu'on dise qu'il y est prédisposé et que peut-être l'évolution morbide ira jusque-là. Qu'aux troubles circulatoires se joigne un goître, avec les caractères anatomiques particuliers qu'a indiqués M. Charcot, on dira cette fois, non que le sujet a un goître compliqué d'exophthalmie, mais que son goître est de l'*espèce* de ceux qu'on nomme exophthalmiques. Vous y refusez-vous? Alors vous faites comme un botaniste qui ne voudrait pas assigner à une plante un nom tiré d'organes non persistants ou non encore développés, et qui dénierait, par exemple, le nom de *Campanula rotundifolia* à une campanule qui n'a pas encore de feuilles.

Soit, réplique M. Piorry; mais au moins bornez-vous à l'étude et au traitement des organes malades, et laissez de côté votre névrose vasculaire qu'on ne peut ni voir, ni toucher, ni percuter. Et pourquoi cela? Nous aurions compris cet argument de la part de M. Piorry il y a huit jours; nous ne le comprenons plus après les déclarations qu'il a faites dans la dernière séance. L'organopathie, a-t-il dit, tient compte de l'enchaînement des phénomènes, de leur subordination réciproque, et notamment *de l'action du système nerveux*. Mais, s'il en est ainsi, à quoi devrait s'appliquer toute son argumentation? A montrer que la névrose vasculaire, dont la plupart des auteurs font le point de départ du goître exophthalmique, est une illusion. Or, c'est à quoi il ne paraît pas songer. A toutes les expériences qui ont si fortement établi l'influence des plexus et des ganglions extra-cardiaques ou intra-cardiaques du grand sympathique sur les mouvements du cœur; aux expériences de MM. Cl. Bernard, Kussmaul, Tenner, Brown-Séquard, etc., concernant l'influence du même nerf sur le resserrement et la dilatation des vaisseaux, qu'a opposé l'orateur? Rien, sinon sa propre répugnance pour « une médecine basée sur des hypothèses ». De sorte que, si l'explication de la turgescence des vaisseaux de l'orbite et de ceux du corps thyroïde par une paralysie plus ou moins complète du grand sympathique n'était pas une hypothèse, on aurait toute raison de placer le point de départ d'un goître exophthalmique dans les nerfs vaso-moteurs du cœur et des gros vaisseaux; ce que conteste précisément M. Piorry.

Pour nous, non-seulement c'est là que nous faisons remonter l'origine du goître exophthalmique, mais nous regardons comme très probable que, dans certains cas, l'affection nerveuse se localise en des points variables du grand sympathique, soit avant, soit pendant, soit après la manifestation du goître et de l'exophthalmie. Voici, par exemple, une observation, extrêmement remarquable sous ce rapport, que nous extrayons de l'excellente *Thèse inaugurale* de M. Decès sur *l'anévrysme cirsoïde* (1857), et dans laquelle on voit une affection des nerfs vaso-moteurs occuper d'abord les vaisseaux de la tête, *déterminer la production d'une exophthalmie*, en même temps que d'une dilatation de l'artère temporale; puis disparaître de cette région *avec les lésions qu'elle avait produites*, pour se porter au membre inférieur gauche.

Ce cas se rapporte à une femme âgée de quatre-vingt deux ans : après des douleurs thoraciques vagues, accompagnées d'une toux sèche, la tête se congestionne tout à coup fortement; le lendemain, otalgie, sifflements et surdité de l'oreille gauche : trois jours plus tard, élancements au fond de l'orbite du même côté, étincelles éblouissantes; l'œil gauche se vascularise, devient hagard, *bientôt exophthalmie* et *cécité*. Au bout de huit ou neuf jours, l'œil rentre dans l'orbite, la vue revient peu à peu, tandis que l'artère temporale voisine se tuméfie, s'allonge et devient flexueuse; la peau qui la couvre accuse son trajet par une teinte rose, le tissu cellulaire qui l'entoure est œdémateux; la malade ressent des élancements douloureux dans tout le côté correspondant du crâne; elle compare ces douleurs à

---

des fonctions intellectuelles avec les organes nécessaires à l'exercice de ces fonctions, sans savoir au juste ce que c'est que la substance matière et la substance esprit.

Après avoir posé la triple nature de l'homme qui « *existe* », qui « *vit* », et qui « *pense* », après avoir posé le dualisme de l'être pensant, dualisme qui règne dans tout l'ouvrage et qui n'éclaire pas plus la question du côté de la physiologie que de celui de la psychologie, M. Lélut expose une autre grande difficulté du sujet, savoir l'indétermination des facultés. « Cette indétermination naturelle des facultés, dit M. Lélut (p. 31), doit s'étendre à tous les actes de la pensée, c'est-à-dire à tous les actes qui, dans la personne humaine, entraînent, n'importe à quel degré, le sentiment du moi, et aux facultés qu'ils supposent. »

Cette question, longuement développée par M. Lélut, a trop d'importance pour n'être pas étudiée avec soin. N'ayant pas la prétention de la traiter dans un simple article d'une manière complète, nous nous contenterons de présenter quelques points de son histoire. Voyant comment est née l'opinion défendue par M. Lélut, et rapprochant, contrôlant les unes par les autres les opinions des philosophes, les expériences des physiologistes et les observations des médecins, nous espérons pouvoir établir les bases d'une distinction importante dans ce qu'on nomme les *facultés* des êtres pensants.

On croyait autrefois, et bon nombre de métaphysiciens croient encore aujourd'hui que l'âme possède un certain nombre de *facultés* ou puissances parfaitement indépendantes et distinctes les unes des autres. Ces facultés s'appelaient la sensation, la perception, l'idée, la passion, le sentiment, le raisonnement, etc., etc.

Quelques-uns de ces mots ne représentent que des points de vue généraux d'une faculté considérée abstractivement comme simple et unique. Nous l'appelons *sensibilité*, puisqu'il faut lui donner un nom, parce que cette expression a toujours servi à représenter des faits physiologiques sur lesquels on ne

Digitized by Google

des fusées qui brûleraient tout le trajet qu'elles parcourent. Tous ces accidents finissent cependant par céder, et sont brusquement remplacés par une affection analogue de l'avant-bras et de la main gauches, qui deviennent le siége d'engourdissements, de fourmillements et d'une semi-paralysie, en même temps que les artères radiale, cubitale, palmaire et digitale, battent avec force et se développent dans des proportions notablement supérieures à celles du côté opposé. Néanmoins, au bout d'un certain temps, ces phénomènes diminuent et tout rentre dans l'ordre.

Cette observation, nous le répétons, est des plus instructives, parce qu'elle montre que l'exophthalmie, accompagnée du trouble de la vision, peut naître sous la même influence qui produit une dilatation des vaisseaux (anévrysme cirsoïde); et aussi à cause du déplacement de la névrose évidente qui avait précédé cette dilatation.

Nous nous bornons pour le moment à ces remarques générales. Nous y reviendrons, s'il y a lieu, après le discours de M. Bouillaud, qui doit prendre la parole dans la prochaine séance.

A. Dechambre.

M. Nélaton est monté à la tribune pour accomplir un triste devoir et payer à la science et à la vérité un pénible tribut. Quelques semaines auparavant il annonçait à la savante compagnie un beau succès d'ovariotomie, et en vérité il était difficile de prévoir, au point où en étaient alors les choses, qu'une complication aussi formidable qu'inattendue viendrait sitôt démentir d'aussi justes espérances. Après avoir été dans l'état le plus satisfaisant pendant plus d'une semaine, la malade, prise de tétanos, a succombé au bout de vingt et un jours. M. Nélaton a mis les pièces sous les yeux de ses collègues; il a montré que la plaie abdominale était parfaitement cicatrisée, qu'il n'y avait dans le péritoine, la région opérée et le tissu cellulaire sous-séreux, ni inflammation, ni épanchement, ni foyer capables d'expliquer la mort. Celle-ci, sans contestation, doit être attribuée au tétanos.

Ce n'est pas la première fois du reste que l'ovariotomie a été suivie de semblables accidents; mais il n'en est pas moins vrai que, sous notre latitude, on ne met guère cette complication en ligne de compte. C'est un coup de foudre qu'on ne peut d'ailleurs conjurer. Quoiqu'on ait quelquefois fait abus de ce mot, on peut dire que l'opérée de M. Nélaton est *morte guérie*, et il faudrait se garder d'arguer de ce fait contre l'ovariotomie, dont l'utilité et la valeur ne peuvent être contestées.

L'heure était avancée quand le chirurgien des Cliniques a pris la parole, de sorte qu'il a remis à la séance prochaine la lecture d'une note sur les indications de l'ovariotomie. Nous entendrons avec intérêt cette communication, et nous en entretiendrons nos lecteurs. Il est probable que l'observation dont M. Nélaton n'a donné que l'esquisse sera publiée en détail; alors il sera possible d'apprécier quelques détails relatifs au manuel opératoire, et entre autres ce qui est relatif aux ligatures perdues.

Devenu prudent en ce qui touche l'annonce prématurée de la guérison, M. Nélaton a parlé avec réserve d'une nouvelle malade opérée il y a une vingtaine de jours environ, et qui va à merveille. D'ici à la prochaine séance le succès sera sans doute confirmé. Ce fait nous intéresse d'autant plus, que nous avons vu plusieurs fois la malade, et que personnellement, pour divers motifs, nous avions en dernier lieu reculé devant l'opération, d'où l'on peut dire :

Audaces fortuna juvat timidosque repellit.

Suivant une coutume adoptée par la Gazette hebdomadaire, et qui consiste à signaler les travaux des praticiens modestes au même titre que les œuvres des hommes à grande renommée, nous devons rappeler qu'en 1844 et en 1847, c'est-à-dire à l'époque où la simple proposition de l'ovariotomie aurait soulevé l'indignation des grands chirurgiens français, deux médecins de province, MM. Woyeikowski (de Quingey) et Vaullegeard (de Condé-sur-Noireau), tenant peu compte de cet anathème, avaient pratiqué avec succès l'extirpation de tumeurs de l'ovaire compliquées d'ascite considérable. Pour qu'on ne croie pas qu'il s'agit de faits à peine indiqués en passant ni d'opérations faites sans réflexion et avec témérité, nous rapportons plus loin l'analyse détaillée de ces faits importants. La seconde observation, en particulier, dénote dans son auteur une aptitude chirurgicale très remarquable.

Si l'on ajoute à ces deux opérations pratiquées avec succès loin des grands centres, les deux autres faites à Paris par M. Maisonneuve, et malheureusement sans succès, on aura les antécédents de l'ovariotomie en France. (Je ne parle point du fait de Laumonier, 1782, car il est discutable.)

Deux succès sur quatre tentatives constituaient une proportion encourageante, et cependant ce résultat ne fut point remarqué. Pour reprendre une opération d'origine française quant à l'idée, sinon quant à l'exécution; pour secouer notre indolence, il a fallu, comme cela arrive souvent dans notre

---

saurait se tromper, et qui ont entre eux la plus frappante analogie.

Quelques autres désignent des actes fort complexes de l'intelligence, et, par malheur, tiennent lieu, pour certains esprits, d'une étude vraiment scientifique de ces actes.

Rien n'est variable comme les dénominations et les classifications de facultés proposées par les philosophes. Prenant pour base de leurs études l'observation intérieure et non la physiologie, ils pouvaient voir presque autant de rapports généraux qu'ils en voulaient faire.

On ne peut nier l'existence de ces rapports (en tant que rapports), et l'on peut dire qu'à ce point de vue, les essais des philosophes ont pu n'être pas inutiles. Mais l'erreur consistait à prendre des abstractions pour des facultés, à croire, surtout, que l'âme pouvait agir avec l'une de ces facultés sans se servir des autres.

Condillac, développant la maxime péripatéticienne, *Nihil est in intellectu quin prius fuerit in sensu*, vint soutenir qu'elles n'étaient toutes que la sensation *transformée*. — C'était peut-être un pas en avant, mais c'était une erreur. — On ne conçoit point qu'une faculté se transforme en une autre, et *une sensation* se produit ou ne se produit pas dans l'être conscient, elle est un phénomène irréductible, *indécomposable*, si l'on peut ainsi dire, et non susceptible de métamorphose.

L'école écossaise admit, comme on sait, un nombre très grand de *facultés*. La classification de Gall qui n'est nullement naturelle, bien qu'elle ait la prétention d'être organique, offre de grandes analogies avec celle des Écossais. — Richesse apparente, manque de méthode et de critique, tels sont ses caractères principaux. On y voit figurer la comparaison, élément essentiel de la faculté de sentir — puisque deux sensations, dans le même être, sont nécessairement *comparées* par cela seul qu'elles y sont coexistantes, et ne sont distinguées l'une de l'autre qu'à cette condition ; — on y voit, dis-je, figurer la *comparaison* à côté de la *mémoire des mots* qui est bien une faculté spéciale, à côté de la *ruse*, de la *circonspection*, qui ne sont que

pays, aller rechercher des inspirations à l'étranger ; puis, du dédain on passera peut-être à un engouement irréfléchi, et l'ovariotomie trop longtemps rejetée chez nous, risque de devenir l'objet d'une sorte de course au clocher, contre la témérité de laquelle il est bon de se mettre en garde.

Voici les observations de MM. Woyeikowski et Vaullegeard.

TUMEUR SOLIDE DE L'OVAIRE, COMPLIQUÉE D'ASCITE, PRISE POUR UNE GROSSESSE; OVARIOTOMIE PRATIQUÉE EN 1844; GUÉRISON SANS ACCIDENTS; DEUX ACCOUCHEMENTS ULTÉRIEURS, par M. WOYEIKOWSKI, de Quingey (Doubs) (1).

OBS. — Le 27 avril 1844, je fus appelé à Montfort pour accoucher madame Replumard. La sage-femme me donna les renseignements suivants : après quelques douleurs, les eaux s'étaient écoulées en petite quantité; aussitôt après, issue par les parties génitales d'une tumeur charnue, assez volumineuse, remplissant le vagin, et empêchant de reconnaître la position de l'enfant. Les douleurs maintenant étaient très faibles et irrégulières. Je questionnai à mon tour la malade : elle est âgée de quarante ans, mère de trois enfants ; les règles sont supprimées depuis quinze mois ; dès cette époque, envies de vomir, dégoût pour les aliments, et, en un mot, mêmes symptômes que dans les grossesses précédentes. Le neuvième mois n'ayant rien amené, deux médecins furent consultés ; ils pensèrent à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, mais sans se prononcer et sans rien prescrire. J'examinai alors les parties génitales : la tumeur annoncée par la sage femme n'était autre que la matrice triplée de volume, et dont l'orifice admettait le doigt. Je ne puis la réduire. Abdomen très distendu par un amas considérable de liquide, et très sensible au toucher. La paracentèse, pratiquée aussitôt, donna issue à 35 litres d'un liquide jaunâtre, transparent, inodore ; je découvris alors une tumeur grosse comme une tête d'adulte, arrondie, bosselée, flottant au-dessus du détroit supérieur, et parfaitement indolente. La malade demandait qu'on l'en débarrassât. Tous les autres organes étaient sains.

Réduction facile de l'utérus ; repos au lit ; diète sévère jusqu'au lendemain. Consultation avec les deux confrères qui avaient vu madame Replumard au neuvième mois. Le diagnostic était embarrassant ; mais, considérant la rapidité de la marche du mal et l'imminence d'une terminaison funeste, n'ayant d'ailleurs aucune ressource à proposer, nous pratiquâmes sur-le-champ la gastrotomie.

La malade étendue dans un fauteuil, je me mis à sa droite, un genou en terre, mes aides convenablement placés ; avec un bistouri convexe j'incisai la peau depuis trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis.

Deuxième temps. — Incision des couches sous-cutanées jusqu'au péritoine exclusivement, ce qui fut facile.

Troisième temps. — Ponction du péritoine à l'angle supérieur de la plaie ; introduction du doigt, puis d'un bistouri boutonné, et division de la séreuse de haut en bas. Aussitôt issue d'au moins 30 litres d'un liquide transparent jaunâtre, inodore. Le grand épiploon et l'intestin grêle s'échappent jusque sur les cuisses de la malade ; ils sont réduits et maintenus à l'aide d'une serviette enduite de cérat. On voit alors un corps arrondi, bosselé, dur au toucher, flottant dans le grand bassin, adhérent au côté droit de l'utérus près de son fond, par un pédicule d'un demi-pouce de diamètre et de 3 pouces de longueur. Ponction exploratrice ; sensation analogue à celle que donnerait une incision dans du vieux lard. Il s'agissait donc d'une tumeur ovarique squirrheuse. Un des aides la saisissant à deux mains la souleva, et je portai une ligature sur le pédicule le plus près possible de la matrice. Le fil ramené à l'intérieur, le pédicule fut tranché d'un coup de bistouri.

Réunion de la plaie par six points de suture enchevillée ; malade replacée au lit, sur le dos, jambes et cuisses fléchies. Embrocations d'eau froide renouvelées toutes les cinq minutes ; diète sévère ; limonade. L'opération avait duré huit minutes. La tumeur pesait 6 livres et demie ; elle était régulière, bosselée à l'extérieur, la trompe et son pavillon y adhéraient. Tissu lardacé, jaune, très résistant ; dans son intérieur, quelques petits foyers de suppuration.

Le lendemain, 2 mai, apyrexie ; point de douleurs abdominales ; légère tuméfaction autour de la plaie. Mêmes prescriptions. Le 3, état général tout aussi satisfaisant ; augmentation du gonflement des lèvres de la plaie ; sommeil paisible. La malade demande quelques aliments qui sont refusés. Le 4, suppuration de bonne nature ; bientôt la ligature du pédicule tombe, la plaie se cicatrise, et le vingt-cinquième jour l'opérée se promène dans le village avec une ceinture comme en portent les femmes enceintes. Quatre mois après, grossesse et accouchement à terme d'un garçon qui vient fort bien. Nouvelle grossesse en 1846, et nouvel accouchement heureux d'un enfant mâle.

M. Malgaigne qui rapporte cette observation *in extenso*, approuve la conduite de M. Woyeikowski; il ajoute même « qu'entre la témérité des opérateurs de Londres et la réserve des chirurgiens de Paris, il y avait un juste milieu à tenir ».

CYSTOSARCOME DE L'OVAIRE, PESANT ENVIRON 18 LIVRES; ASCITE CONCOMITANTE ; ÉTAT GÉNÉRAL TRÈS GRAVE ; OVARIOTOMIE EN 1847; GUÉRISON SANS ACCIDENTS, par M. VAULLEGEARD (de Condé-sur-Noireau) (1).

OBS. — Julie R..., âgée de vingt-cinq ans, *brune*, *taille* moyenne, bonne santé antérieure, menstruée à dix-huit ans, et régulièrement jusqu'à vingt ans. Au commencement de 1842, sans cause connue, sans douleur ni gêne quelconque, retard de quinze jours, et développement insolite du ventre. Pendant les quatre ou cinq mois suivants les règles ne reparurent pas, et l'abdomen s'accrut encore. Cependant Julie R... remplissait toujours aussi facilement que de coutume ses fonctions de domestique. Un empirique prescrivit des remèdes violents, qui, continués huit jours, provoquèrent des évacuations fréquentes, avec forte agitation et fièvre intense.

Cependant la santé n'en fut point ébranlée, mais l'état du ventre resta le même. Quinze à vingt jours après, la malade ressentit tout à coup, pendant la nuit, une très vive douleur dans le bas-ventre ; l'abdomen

(1) Cette observation est reproduite dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, juin 1847, t. Ier, p. 359. — Dans la thèse de M. Maisonneuve, *Opérations applicables aux maladies de l'ovaire*, 1850, p. 112.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15e année, juin 1848, p. 224. — *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 98. — Thèse de M. Maisonneuve, p. 115.

des manières de fonctionner de l'être pensant, à côté des instincts, tels que celui de la conservation individuelle, etc. Mais tout cela se groupe en trois grandes divisions (facultés perceptives, réflectives et affectives), telles qu'un ingénieux théologien du moyen âge, universaliste *a parte rei* ou *a parte mentis*, aurait pu les tracer.

Nous n'insisterons pas ici sur l'appréciation d'un système déjà si vigoureusement combattu par M. Lélut, dans un livre antérieur à la PHYSIOLOGIE DE LA PENSÉE. Nous dirons seulement que l'organologie de Gall étant renversée par la critique des fausses données qui lui ont servi de base, il n'est pas démontré pour cela que toute organologie cérébrale soit à jamais impossible, de plus que Gall a eu l'immense mérite d'avoir cherché le premier (1) les rapports des diverses parties de l'encéphale avec des facultés spéciales, par exemple avec les *aptitudes*. Il ne faut pas s'étonner qu'il se soit trompé dans la plupart de ses localisations et même de ses déterminations de facultés ; il avait entrepris une œuvre qu'un seul homme, quels que fussent son génie et sa patience, ne pouvait achever.

Pour Laromiguière, les facultés de l'entendement sont l'attention, la comparaison et le raisonnement ; celles de la volonté sont le désir, la préférence et la liberté. Ces facultés se transforment les unes dans les autres et concourent à former la pensée, identique pour lui avec l'activité ; telles sont les facultés actives. Ces facultés travaillent sur des propriétés passives ou capacités de l'âme, qui sont : le sentiment des sensations, le sentiment des rapports, le sentiment de l'action des facultés et le sentiment moral.

L'école éclectique moderne admet (ou admettait) neuf facultés, éléments de la faculté de connaître ou raison, qui est le propre de l'homme. Ces facultés sont : la conscience, l'attention, la perception externe, le jugement, le raisonnement, l'abstraction, la généralisation, la mémoire, l'association des idées.

(1) Les anciens *phrénologues* n'avaient placé dans le cerveau, et plus fréquemment dans les cavités de ce viscère, que les demeures des facultés générales de l'âme.

Digitized by Google

s'affaissa presque subitement ; il ne s'échappa néanmoins ni gaz, ni liquide, et l'ensemble des fonctions ne fut nullement troublé.

Huit ou dix jours après cette crise, la menstruation reparaît et continue régulièrement pendant quinze à dix-huit mois. Au bout de ce temps, sans cause connue, et la santé restant bonne, les règles retardent encore, et le ventre acquiert de l'ampleur. Julie R... retourne chez ses parents, et essaye différents remèdes qui restent sans résultat. Il ne survint pas de nouvelle crise salutaire, et l'abdomen augmentant sans cesse le docteur Leprince est consulté.

Le 11 mai 1844, il diagnostique une ascite, pratique la paracentèse, et extrait 24 litres de sérosité citrine et limpide ; après quoi l'examen du ventre montre dans la fosse iliaque gauche une tumeur ovarique du volume du poing ; pendant plusieurs mois on s'efforce de rétablir la menstruation et de combattre l'ascite, le tout sans succès. Vingt et un jours après la première ponction, il avait fallu revenir au même moyen.

L'évacuation devint ensuite nécessaire à des échéances de plus en plus rapprochées ; cela dura jusqu'au 15 septembre, et à cette époque la paracentèse avait été pratiquée cinquante deux fois.

Dans les premiers temps, l'état de la malade avait été supportable, mais dans les deux ou trois derniers mois la tumeur, qui augmentait de volume après chaque ponction de l'abdomen, prit un développement rapide, devint douloureuse, et s'étendit de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit. L'ombilic était distendu rénitent, douloureux, excorié, faisant une saillie du volume du poing. Appétit conservé ; digestions assez régulières ; reste de fraîcheur et carnation belle encore ; mais déclin des forces ; émaciation progressive ; pouls petit, fréquent ; soif de plus en plus vive ; urines de plus en plus rares.

Cette aggravation des symptômes paraissait moins due à la dégénérescence de l'ovaire qu'à l'exhalation séreuse, qui pouvait être évaluée à 2 litres par jour, et au volume de la tumeur qui comprimait les organes voisins, causait une anxiété extrême, une oppression continuelle, supprimait le sommeil, et forçait nuit et jour la malade à garder la position assise.

En présence d'une position si grave, rendant la mort inévitable, prochaine et pleine d'angoisses, Julie R... manifestait le désir extrême d'être débarrassée à tout prix, MM. Leprince et Vaullegeard conçurent l'idée d'une opération qui, malgré l'arrêt prononcé contre elle par Sabatier, Boyer et la plupart des modernes, doit être acceptée et tentée sans témérité, puisqu'elle a réussi bien des fois à l'étranger.

La malade accepta avec empressement la proposition ; elle fut amenée à Condé-sur-Noireau le 1^er^ septembre 1847. Une ponction évacua près de 30 litres de liquide séreux, citrin, transparent et inodore, et de l'examen consécutif on conclut :

Que la tumeur, ovoïde, renflée à sa partie moyenne, s'étendait obliquement de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit ; qu'elle était lisse, sauf quelques bosselures superficielles variant du volume d'une noix à celui d'un œuf, mobile, assez facile à déplacer latéralement, mais non de bas en haut ; que son point d'adhérence, profond et difficile à apprécier exactement, devait être assez étendu ; qu'enfin elle provenait de l'ovaire, et pouvait être opérée. MM. Lemasson frères et Langlois examinèrent à leur tour la tumeur, et conclurent dans le même sens. L'opération fut remise au 15 septembre. Rien ne fut négligé pour y préparer convenablement la malade. Trois jours auparavant, la respiration étant très gênée, on fit la cinquante-deuxième ponction, et l'on retira 8 à 10 litres de sérosité.

Opération. — Malade couchée presque horizontalement sur une table garnie d'un matelas ; éthérisation qui produit l'anesthésie complète en soixante-quinze secondes. L'opérateur se place à droite, un aide refoule doucement le ventre du côté gauche. Ponction à 2 centimètres à gauche de l'ombilic, puis incision parallèle à la ligne blanche de haut en bas et dans l'étendue de 4 centimètres (on n'incise pas l'ombilic lui-même à cause de l'altération de la peau à ce niveau). Le doigt indicateur remplace alors le bistouri, plonge dans l'abdomen, et sert de conducteur au bistouri boutonné, qui continue l'incision jusqu'à une longueur de 12 centimètres.

Le liquide abdominal s'échappe en abondance ; on modère la rapidité de l'écoulement pour ne point provoquer de faiblesse, car, après les dernières ponctions, la malade tombait presque en syncope. Au bout de deux minutes, lorsque 6 à 8 litres de liquide sont sortis, la main droite est portée dans l'abdomen pour reconnaître la tumeur, car si le diagnostic eût été démenti, on aurait réuni la plaie sans aller plus loin ; mais les prévisions étaient exactes, le pédicule était situé à la partie postéro-supérieure de la fosse iliaque gauche ; il s'étendait en haut et à droite dans l'étendue de 10 à 12 centimètres en se rapprochant du rachis ; il avait une hauteur de 6 à 7 centimètres et une épaisseur moyenne d'un centimètre environ.

L'opération pouvait donc être continuée. On continue à évacuer lentement et régulièrement le liquide abdominal. Au bout de huit à neuf minutes, la masse morbide se présenta à l'ouverture, qu'elle bouchait complétement ; elle était rouge lie de vin, molle, rénitente, remplie de liquide. Ponction avec le trocart ; sanie séro-sanguinolente ; incision de 6 centimètres ; matière gélatino-puriforme. L'incision agrandie, on extrait beaucoup de masses hydatiformes variant en volume d'une noisette à un œuf de poule. La pression, convenablement exercée par un aide sur les côtés de la tumeur, favorise la sortie de fluides séreux et gélatineux. On prend soin qu'il n'en tombe pas dans la cavité de l'abdomen.

La tumeur, diminuée de volume, est attirée à l'extérieur, mais elle ne peut encore sortir ; on la ponctionne, comme précédemment, en deux autres endroits, et l'on en fait sortir des productions analogues aux premières, mais en quantité triple. La masse était alors réduite à sa partie solide ; mais comme elle ne pouvait encore franchir l'ouverture, celle-ci est agrandie par en haut de 4 centimètres, ce qui permet enfin l'issue de la tumeur. Grâce à la pression continuée par les aides, le reste du liquide abdominal s'était écoulé. Alors, en soulevant la tumeur, on aperçoit son pédicule, qu'on traverse avec une aiguille mousse portant un fil double pour y jeter deux ligatures, l'une supérieure, l'autre inférieure. Section du pédicule en deux coups de ciseaux. Ce premier temps de l'opération avait duré seize minutes ; il n'y avait eu ni perte notable de sang, ni procidence des intestins ; il y avait seulement une grande faiblesse et une prostration extrême du pouls. La malade se réveillait ; on lui fit respirer de l'air frais et prendre quelques cuillerées de vin chaud avant de terminer l'opération.

Celle-ci fut reprise au bout de vingt minutes. On place trois points de suture enchevillée qui affrontent mollement les lèvres de la plaie, sauf dans l'angle inférieur, qui est laissé libre dans l'étendue d'un centimètre pour le jeu des ligatures, et pour permettre au besoin l'introduction d'une sonde et l'écoulement des liquides contenus dans l'abdomen. Pansement simple ; une pression égale et douce est exercée sur le ventre.

La malade est reportée dans son lit, et déjà se manifestent les bienfaits de l'opération par la cessation de tous les symptômes qui tourmentaient si cruellement cette malheureuse. Aucun accident ne traversa la cure ; il n'y eut que peu de fièvre ; le sommeil revint rapidement, et l'appétit reparut ; on prescrivit cependant, les premiers jours, une diète sévère. Le premier appareil ne fut levé que le septième jour : la plaie abdominale

---

Ces systèmes ont les mêmes défauts que ceux des Écossais et des phrénologistes, défauts qui résultent évidemment de l'absence de toute mesure exacte prise dans la réalité des choses, dans l'étude physiologique de l'organisation ; mais on y remarque une vague tendance vers la fusion des facultés en un très petit nombre de résultantes.

L'auteur de la Théorie de l'homme intellectuel et moral ne croit plus, comme Condillac, que la sensation devienne attention, celle-ci comparaison ou jugement, que le jugement se transforme en raisonnement, etc., pour produire la pensée. Il déclare la pensée identique avec la sensation (1). Pour lui, les diverses facultés ne sont que des conditions nécessaires à la manifestation de la sensation, qui les contient toutes ; l'entendement et la volonté sont inséparables, et ne diffèrent pas de la mémoire, de la conscience, de la sensation (1).

Ainsi, la faculté *sensation* ou la sensibilité devient, dans ce système la puissance intégrale et unique de l'âme, de l'esprit, du *moi ;* elle se manifeste par les sensations ou idées sensibles, susceptibles de se transformer en idées métaphysiques ou morales par un simple travail de la sensibilité elle-même.

Cette doctrine, au point de vue de l'indétermination des facultés générales, de leur fusion en une seule, ne diffère pas beaucoup de celle de l'auteur de la Physiologie de la pensée : « La sensibilité, l'entendement, la volonté, voilà donc, dit-il » (p. 27), les trois côtés, les trois facultés en quelque sorte gé- » nérales, de l'intelligence humaine, trois facultés qui n'ont » rien d'absolument distinct, ou plutôt qui ne sont point com- » plétement séparées les unes des autres, se supposent l'une » l'autre, se mêlent l'une à l'autre, et dont la triplicité une

(1) Voyez *Théor. de l'homme*, etc., par J.-Ch.-Honr. Gros, les six premiers chapitres de la première partie (1^re^ éd., Paris, 1836) ; — le 2^e^ discours de l'*Apologie* (1^re^ éd., Paris, 1857). — Voyez aussi un Mémoire du même auteur, adressé à l'Académie des sciences, publié dans l'*Ami des sciences*, numéros des 3, 10, 17 et 31 mars 1861.

Digitized by Google

était entièrement cicatrisée, sauf au niveau du passage des ligatures, où il existait de la suppuration. Les fils se détacherent le seizième jour. Le 10 octobre, il existait encore un léger suintement purulent qui ne gêne ni n'entrave la rapide convalescence. En effet, depuis le sixième jour la fièvre a disparu complétement, l'appétit est bon, la digestion facile le ventre libre, l'urine claire et abondante ; il n'y a, du côté de l'abdomen, ni douleur, ni tension, ni le moindre signe d'épanchement ; pouls, ré-gulier, à 68 ou 70 ; sommeil parfait. Enfin, si l'on en excepte un reste de faiblesse, qui chaque jour disparait, il n'existe plus aucun symptôme de la maladie, et la guérison doit être regardée au vingt-cinquième jour comme prochaine et complète.

La tumeur, examinée après l'opération, montre diverses lésions ; elle parait formée par une trame fibro-cartilagineuse dont les interstices sont remplis de matière gelatineuse, cerébriforme, granuleuse, etc. Il y avait une grande quantité de poches de dimensions variables, la plupart inci-sées ou dechirées, et renfermant des matieres gélatineuses et purulentes. La partie extraite en masse pesait 4 kilogrammes et demi ; les matières écoulées ou extraites furent estimées à un poids à peu près égal.

Nous n'avons donné que les traits principaux de cette belle observation, que sa longueur seule nous a empêché de repro-duire. Nous avons également le regret de supprimer les ré-flexions judicieuses que l'auteur y a ajoutées. Nous recom-mandons vivement la lecture de ce document remarquable : c'est une des meilleures observations d'ovariotomie qui aient été publiées. M. Vaullegeard y fait preuve d'une grande saga-cité et d'un jugement tres solide. Nous sommes heureux de lui donner ces éloges justement mérités. A. Verneuil.

En nous occupant dans le dernier numéro du traitement du rhumatisme articulaire par les carbonates alcalins, nous an-noncions quelques observations nouvelles sur le même sujet. On les trouvera à la *Correspondance*, dans une lettre de notre savant collaborateur, M. Charcot.

Nous appelons également l'attention sur un travail de M. E. Cutter, relatif à l'emploi médical du *Veratrum viride* (voir ci-après), sur lequel la presse française n'a donné jusqu'ici que de vagues indications. M. Cutter a bien voulu laisser entre nos mains une certaine quantité de diverses préparations de la plante, avec lesquelles nous comptons faire quelques essais thérapeutiques.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur l'emploi thérapeutique du Veratrum viride, par le docteur Ephraïm Cutter (1).

Le *Veratrum viride*, de l'ordre naturel des *Melanthaceæ* (Hellébore américain, Hellébore vert, Poke, Poke indien, Un-cas indien, etc.), est une plante que l'on trouve depuis le Canada

Plante en fleurs, dessinée d'après nature par le docteur S. W. Abbott.

jusqu'à la Géorgie. La racine est pérenne et la tige annuelle.

(1) Extrait d'une brochure qui a pour titre : *Veratrum viride as a Therapeutical Agent*, by E. Cutter, A. M. M. D., M. M. S. S. Cambridge (Amérique), 1862.

» ou la triple unité est nécessaire à la conception, à l'existence, » en quelque sorte de l'esprit (1). »

Quelles données utiles à la physiologie peut-on tirer de ces laborieuses recherches de l'idéologie ? Suffisent-elles, comme le pense M. Lélut, pour qu'on abandonne toute recherche des fonctions spéciales attribuables aux diverses parties de la masse encéphalique ? Il est évident qu'il n'en est rien. Mais il résulte d'abord, selon nous, de ces recherches, qu'un grand nombre des prétendues facultés admises par les philosophes n'étant que des conditions d'une seule faculté ou propriété de l'être conscient, *il est inutile d'en chercher la localisation ;* on les re-trouvera partout où s'exerce cette faculté, on les apercevra dans tous les faits qui pourront révéler cette propriété fonda-mentale. Elles n'ont d'existence qu'en vertu d'une analyse purement psychologique.

De plus, le caractère de ces facultés étant de ne pouvoir être considérées comme indépendantes les unes des autres, l'une d'elles venant à disparaitre, toutes les autres disparaissant du même coup, on ne les confondra pas avec celles qui peuvent être supprimées sans que le moindre trouble survienne dans l'exercice des autres.

L'existence de ce dernier ordre de facultés est démontrée surtout par les faits relatifs aux lésions de l'encéphale, faits dont M. Lélut ne parait pas tenir compte.

Les sens externes sont bien évidemment dans cette accep-tion du mot des facultés *spéciales*, et M. Lélut ne saurait le nier.

(1) « Les facultés de l'âme... des diverses écoles de philosophie,.... » écrivions-nous en 1857, dans notre dissertation inaugurale (voyez *Thèses de Paris*, n° 181). « ..... sont des éléments de la faculté de connaitre ou de sentir, de la *sensibilité* (en » prenant ce mot dans son sens le plus étendu), des points de vue, des manifestations » de cette faculté générale, qu'on retrouve toujours, sous ses nombreuses modalités, et » qui est une comme le moi dont elle est la loi d'existence. »

Ajoutons qu'à cette unité métaphysique de la sensibilité il faut opposer sa multipli-cité physiologique, il y a même, comme chacun sait, plus de *sensibilités* diverses qu'il n'y a d'organes spéciaux *distincts*, le sens de la vue, par exemple, en comprend plusieurs.

C'est une plante un peu grossière, avec une forte tige de 65 centim. à 1m,30 de haut; les feuilles ovales, larges, terminées en pointes et fortement tressées, ont quelquefois 27 à 32 centimètres de longueur. On la rencontre dans les marais et sur les bords des ruisseaux de montagne, où elle aime à grandir. Elle fleurit en juin; ses fleurs sont vertes. Au mois d'août, la tige et ses dépendances se dessèchent généralement et prennent une couleur noire, en rappelant ainsi l'étymologie de son nom : *Veratrum*, *vere*, vraiment, et *ater*, noir.

La racine seule est officinale. Elle est bulbeuse, et d'une couleur noire à sa base. De sa circonférence, rarement de sa base, rayonnent des radicules transversalement rugueuses, d'un blanc jaunâtre, ayant 1 centimètre de diamètre à leur origine, et quelquefois plus de 1 décimètres de longueur. Ces radicules donnent elles-mêmes naissance à un chevelu abondant.

Racine de la plante.

Quelquefois, comme dans le spécimen qui est devant moi, la base de la bulbe est annulaire, et s'étend 3 centimètres entiers au-dessous de l'attache des radicules. Coupée en deux, la racine fraîche a une apparence grossièrement granulée et une odeur particulière d'albumine. Quand elle a été parfaitement desséchée, elle doit se rompre par une fracture cassante, et lancer une poussière âcre, amère et errhine.

L'époque de la récolte de la racine est l'automne. Mais, recueillie au printemps, elle est également efficace; même arrachée en juin et juillet, elle n'est pas mauvaise. Ingalls n'a pas remarqué de différence dans la valeur thérapeutique de la teinture faite avec les racines récoltées en juillet, et celle faite avec les racines récoltées au printemps et en automne. J'ai fait moi-même les expériences suivantes : En 1862, le 7 avril, à six heures et demie du soir, je versai 5 grammes de teinture de *Veratrum viride*, provenant de racines récoltées en juillet, dans 1,3 centilitres de sirop de gomme arabique et autant d'eau. Mon pouls était à 60. Je pris la moitié de cette potion. A sept heures du soir, le pouls était à 52. A sept heures et demie, je pris l'autre dose. Je me rendis à une répétition de chœur. A neuf heures et demie, mon pouls était à 48. Je fis la même observation le 21 avril, et j'obtins le même résultat.

Les préparations pharmaceutiques de la racine sont : l'infusion, la décoction, la poudre, l'extrait solide et fluide, le vin, la teinture et l'onguent. De toutes ces préparations, la teinture est préférable. La racine peut être desséchée par l'exposition au soleil ou à une chaleur artificielle. Le moyen employé par le Comité pharmaceutique de la Société médicale du Middlesex East District (Massachusetts) est d'ôter les deux couvercles d'un tonneau, de fixer un diaphragme de drap grossier, ou de fil de métal en filet, à la partie inférieure, de verser environ un boisseau de racine bien lavée et coupée, et de placer le tout sur le réceptacle d'un séchoir. Tels sont les moyens les plus favorables pour obtenir une bonne et rapide dessiccation. Le mode de pulvérisation qui réussit le mieux est la meule de moulin à pierre, quand on opère sur une grande quantité. Le moulin à café est suffisant pour une petite portion. L'opérateur doit se garantir contre l'inhalation de la poussière.

La teinture se fait par macération. La formule adoptée par la Société citée plus haut est 250 grammes de racine sèche par litre d'alcool dilué (pesanteur spécifique, 0,835), et qui doit être séparé par déplacement. Il y a d'autres procédés. Norwood, par exemple, fait par ébullition une teinture qui représente 250 grammes de racine sèche par 5 décilitres. Plusieurs pharmaciens éminents des États-Unis sanctionnent la formule du Comité, comme étant assez forte et d'un bon usage.

Toutes les parties de la racine sont actives. Les semences le sont également un peu. Abbott, dans une thèse d'inauguration sur le *Veratrum viride*, soumise à la Faculté de Harvard College en 1862, dit qu'il fit par déplacement une teinture avec 125 grammes de semences par 5 décilitres. Il en prit des doses de 6 gouttes toutes les deux heures, sans obtenir aucun effet. En augmentant la dose à 10 gouttes, le pouls tomba de 10 battements par minute. En en prenant 20 gouttes une fois par heure, le pouls diminua de 65 battements à 58 et 59 par minute.

Composition. — M. Henry Worthington (*Am. Journ. Pharm.*, vol. X, p. 97) a trouvé que la racine contient de la gomme, de l'amidon, du sucre, de l'extractif amer, une matière huileuse fixe, de la matière colorante, de l'acide gallique, un alcaloïde identique avec la vératrine, du ligneux et des sels de chaux et de potasse.

Vératrine. — La question de l'identité de la vératrine obtenue du *Veratrum album* avec l'alcaloïde obtenu du *Veratrum viride* par les mêmes procédés, est une question très intéressante. Osgood (*Am. Journ. Med. Sciences*, août 1835, p. 298) décrit ce produit comme étant « une substance d'un blanc clair, pulvérulente, inodore et très âcre, produisant une sensation piquante sur la langue ». Abbott (cité plus haut) prépara par le procédé d'Edimbourg 0gr,16 de poudre brunâtre sur 1,05 décilitres de teinture. Il obtint environ 0gr,0482 de la même poudre en opérant sur 1,05 décilitres de teinture de semences. « L'alcaloïde ainsi obtenu est soluble dans l'alcool fort, et insoluble dans l'eau. L'addition d'une goutte d'acide sulfurique donne lieu à une couleur d'un rouge orange foncé. Une portion dissoute dans de l'acide acétique donne un précipité blanc avec la liqueur d'ammoniaque. » M. Abbott fit dissoudre une petite portion dans de l'acide acé-

---

C'est donc par eux qu'il faut commencer l'étude de ces facultés réelles qu'on peut définir ainsi :

Les puissances diverses de l'être pensant, les unes résultant des propriétés physiologiques des diverses portions du système nerveux, apparaissant toujours comme causes de phénomènes spéciaux et irréductibles, soit qu'on les nomme sensations, soit qu'on les désigne autrement; les autres résultant du rapport de certaines conditions organiques avec la possibilité d'accomplir certains actes intérieurs ou extérieurs, actes qui, dans le monde cérébral, sont ceux de l'imagination et du raisonnement, et qu'on désigne par l'expression générique de *pensées*, et dans le monde extérieur, des séries de mouvements coordonnés dirigés par la volonté réfléchie, de mouvements exécutifs, si l'on peut ainsi dire, les *actions* proprement dites.

ANTOINE CROS.

Nous avons reçu il y a huit jours une réponse de M. Corvisart à M. Pétrequin sur la question des lactates alcalins; dès que nous aurons reçu la réplique de ce dernier, nous publierons ces deux lettres qui clôront la discussion.

— Par décret du 24 juillet, M. le docteur Bernutz, médecin de l'hôpital de la Pitié, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On annonce que MM. les médecins-majors Verjus et Bintot ont été faits prisonniers au combat de Puebla, au Mexique. (*Gaz. des hôp.*)

— Un concours pour trois places d'internes dans les hôpitaux de Strasbourg vient de se terminer par la nomination de MM. Wendling, Chauvel et Bernheim.

— M. le docteur Amédée Joux (de la Ferté-Gaucher) a succombé subitement à une congestion pulmonaire, le 24 juillet, à l'âge de cinquante et un ans.

— Le concours pour une place de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ouvert le 15 avril dernier, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Léon Labbé, aide d'anatomie à la Faculté.

Digitized by Google

tique dilué, y ajouta quelques gouttes d'acide sulfurique, et fit évaporer la solution à une douce chaleur sur une capsule en verre. Avec un pouvoir de 300 diamètres, le microscope révéla une multitude de cristaux aciculaires, ressemblant entièrement à ceux obtenus en traitant la vératrine de la même manière. Le reste, introduit dans la bouche, produisit une sensation âcre.

Percy (*Am. Med. Times*, 16 novembre 1861) s'exprime ainsi : « Durant une série d'expériences sur la vératrine obtenue du *Veratrum album*, et sur la vératrine obtenue du *Veratrum viride*, je remarquai que les animaux empoisonnés par l'un ou l'autre de ces alcaloïdes perdaient leur pouvoir sur les muscles de la locomotion, et après la mort le courant galvanique ne produisait plus de mouvements de contraction, comme dans les cas de mort par suite d'autres causes. »

Les fermiers de la Nouvelle-Angleterre trempent quelquefois dans une forte infusion de *Veratrum* de la racine de maïs qu'ils livrent aux oiseaux pillards, lesquels, bientôt engourdis, ne peuvent plus ni voler ni se remuer. Cependant les deux vératrines diffèrent sur un point essentiel, c'est que la vératrine produite par le *Veratrum album* est reconnue comme un purgatif drastique, tandis que le *Veratrum viride* purge rarement.

« Les signes caractéristiques de l'action du *Veratrum viride* sont les trois suivants : 1° réduction dans la fréquence du pouls ; 2° diminution dans la fréquence de la respiration ; 3° sous l'action de doses fortes ou fréquentes, un sentiment de faiblesse ou de vertige, avec des nausées, des vomissements et une prostration générale ; 4° stimulation des sécrétions, notamment de la sécrétion salivaire.

Il est probable que le *Veratrum viride* commence à être absorbé aussitôt qu'il est pris; mais quand on l'administre à doses usuelles, de 5 à 8 gouttes toutes les deux ou trois heures, le système ne tombe entièrement sous son influence qu'après la seconde ou la troisième dose. Il est aussi facilement éliminé de l'économie, ses effets disparaissant en peu d'heures. L'effet sur le pouls est très marqué ; il le fait tomber en peu d'heures de 80 à 40 ou 50 par minute dans l'état normal; et quand le sang artériel est fortement excité, il le fait descendre de 140 ou 150 à 60 ou 70. (Abbott, cité plus haut.)

Quand la dose est assez forte pour produire les nausées, les vomissements, le vertige, on éprouve une sensation de froid, accompagnée de faiblesse dans les muscles et d'incapacité à contrôler leurs mouvements. Ce dernier effet, ainsi que l'augmentation des sécrétions, est quelquefois produit sans vomissements, et prouve alors que ce n'est pas l'influence dépressive des nausées seules qui produit ces symptômes. Quand les vomissements arrivent, les effets du remède sont des plus frappants : le nombre des pulsations se réduit à la moitié et même plus, le corps se couvre de sueurs froides, accompagnées souvent de sensations cuisantes et engourdissantes dans les membres. On observe la dilatation de la pupille, la faiblesse et l'obscurcissement de la vue. La prostration arrivée à ce point peut devenir assez grande pour alarmer ceux qui ne connaissent pas l'action du remède. A ma connaissance, on ne cite pas de cas bien authentique d'empoisonnement mortel. Du reste, les effets vénéneux semblent être prévenus par les vomissements qui sont produits.

Il vaut la peine ici de comparer ces effets complets avec ceux de la saignée, et de voir quelle étroite analogie existe entre eux; nous citons l'appréciation si judicieuse du docteur Wood (*Therapeutics and Pharmacology*, IIe vol., p. 27) : « Les phénomènes immédiats qui suivent la saignée sont une diminution de la plénitude et de la force du pouls, la pâleur de la surface, et la réduction de la température du corps. » Le *Veratrum viride* produit le même effet. « A mesure que la perte du sang continue, le pouls devient de plus en plus faible, jusqu'à ce qu'il soit à peine sensible; les mouvements respiratoires diminuent proportionnellement; les lèvres, la face et la surface générale deviennent pâles par degrés, et la peau est froide ; des sensations de langueur viennent ensuite, avec des nausées, de la faiblesse dans les nerfs, des étourdissements, de la confusion mentale et de l'abattement ; et enfin la syncope complète arrive avec suspension momentanée des signes de la vie. » A l'exception des vomissements, cette description serait presque celle du *Veratrum viride* au lieu de la saignée. Ceci est le point important de l'histoire thérapeutique du *Veratrum viride*.

A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai deux témoins qui ont fait des expériences sur eux-mêmes en bonne santé.

1re Expérience, par le docteur Charles Osgood (*ut supra*, p. 302). — « A minuit, je pris 0gr,13 d'extrait en poudre fine (produit par l'évaporation du jus de la racine fraîche). A une heure du matin, j'éprouvai une faible sensation de malaise à l'estomac. A une heure et demie, des vomissements qui continuèrent une heure furent accompagnés de frissons et de froid sur tout le corps, avec moiteur à la peau. Cela fut suivi d'obscurité de la vue, de dilatation de la pupille, de vertige, de faiblesse ; le pouls au poignet n'avait que 40 pulsations, et était alors à peine perceptible. Je pris alors 2 grammes de laudanum, et je m'endormis. Une heure après je me réveillai en éprouvant les mêmes symptômes, ainsi que des douleurs sourdes à l'épigastre, et tout de suite je repris du laudanum. Mais, n'éprouvant pas de soulagement, et sentant l'obscurité de ma vue s'augmenter et devenir même de l'aveuglement quand je remuais le corps ou tournais la tête, et la roideur des muscles de la volonté étant arrivée avec la prostration, je pris des opiats et des stimulants alcooliques avec un soulagement complet. » Cette intéressante et fidèle observation fut faite une des premières. Il semble étonnant maintenant que le docteur O... n'ait pas compris la signification de son expérience sur le pouls. Il porta toute son attention sur les propriétés désobstruantes et altérantes, et dédaigna l'effet, qui est maintenant regardé comme de première importance.

2e Expérience, par le docteur S.-W. Abbott (*ut supra*) — « Je pris de la teinture à deux époques différentes. Le 1er février 1862, j'étais en bonne santé, et pesais 65 kilogr. 72 grammes ; mon pouls approchait 75 quand j'étais assis. A deux heures de l'après-midi, après un repas léger, je pris 7 gouttes de teinture de *Veratrum viride*, mon pouls était à 70, ma respiration à 16. En une heure, mon pouls baissa à 65. A quatre heures du soir, je repris 7 gouttes, pouls à 50. A six heures, je pris 4 gouttes, pouls à 60. De six à sept heures du soir, j'eus des nausées, mais pas beaucoup ; j'eus des faiblesses par tout le corps. A huit heures, je pris 6 gouttes. Une demi-heure après, mon pouls était à 46 par minute; j'éprouvais des nausées considérables, pas de vomissements, mais une indescriptible sensation de lassitude et de faiblesse dans les membres. » Pour déterminer les effets diurétiques, il avait tenu un mémoire exact de ses sécrétions urinaires pendant la semaine qui précéda son expérience. En moyenne, la quantité journalière d'urine était de 0,991 litre; en moyenne aussi la pesanteur spécifique était 1024. Les réactions étaient généralement acides. Sous l'influence du *Veratrum viride*, la quantité des sécrétions, pendant vingt-quatre heures, s'élevait à 1,19 litre après la première dose, et la pesanteur spécifique 1020.

3e Expérience, par le docteur B. Woodward (*Med. and Surg. Reporter; Philadelphia*, 3 novembre 1860, p. 109.) — Il était presque âgé de cinquante ans, d'un tempérament très nerveux ; l'état normal de son pouls était 90, sa respiration 20; poids, 52 kilogr. 113 gr. en bonne santé. « A huit heures du soir, après une journée affairée, je pris 8 gouttes de la teinture de *Veratrum viride* de Norwood, le pouls était à 94. En une heure le pouls était à 87 et la respiration à 18. A dix heures, pouls 80, respiration 16 ; je pris 4 gouttes de plus. A onze heures, pouls 75, respiration 14, lassitude. A minuit, pouls 65, avec une sensation d'accablement vers le cœur ; respiration 12. Je pris 3 gouttes de plus ; en dix minutes je sentis des nausées, pouls 50, respiration 8 ; seize minutes après je vomissais ; pouls 42, respiration 6, sueurs abondantes, et sensation de prostration profonde. » Il dormit bien cette nuit, se réveilla avec une sensation délicieuse de bien-être et de calme, déjeuna de bon cœur, et vaqua à ses affaires comme d'habitude ; il n'aperçut pas d'effet sur le cerveau.

4e Expérience, par l'auteur. — J'ai vérifié l'expérience ci-dessus sur moi-même, pour ce qui regarde la diminution du pouls, les nausées et le léger accroissement d'urine, en prenant à des doses modérées du *Veratrum viride* récolté en juillet.

Effets thérapeutiques. — Le *Veratrum viride* peut prétendre à être premièrement un sédatif artériel, puis un diaphorétique, un diurétique, un émétique, un sternutatoire, etc. Par le fait, ce médicament a tellement satisfait les espérances du grand nombre de ceux qui en ont fait usage qu'il existe à peine une

Digitized by Google

maladie, depuis la rougeole jusqu'à l'hydrophobie, pour laquelle il n'ait pas été employé ou recommandé. Mais après avoir fait la part des imaginations trop chaudes et des tendresses trop partiales, il est impossible de ne pas reconnaître l'utilité de son emploi dans beaucoup de maladies.

Telles sont les fièvres et les affections inflammatoires, soit idiopathiques, soit traumatiques, rhumatismales, éruptives, ou d'un caractère particulièrement sthénique. On l'a employé aussi dans la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, la péritonite puerpérale, et dans les inflammations du cerveau et de ses membranes. Il ne remplace pas toujours la lancette, mais il en réduit de beaucoup l'application. Il arrête souvent une maladie, comme fait la saignée, mais sans affaiblir aussi radicalement le sujet.

N'est-ce pas un profit aussi bien pour le médecin que pour le malade ! D'ailleurs la saignée, même bien supportée, est un remède dans lequel on ne peut persister longtemps. Le *Veratrum viride*, au contraire, peut être employé avec sûreté pendant un temps indéfini, et une fois qu'on a placé l'économie sous son influence, par des doses complètes ou répétées en cas de besoin, l'impression peut être maintenue par des doses moindres, en tenant le pouls au point désiré aussi longtemps que les signes existent. (*Southern Med. and Surg. Journal*, septembre 1859.)

Comparé avec l'antimoine (1), le *Veratrum viride* est regardé comme préférable, parce qu'il est facilement éliminé, et ne laisse pas derrière lui la moindre dépression ; de plus, les nausées et les vomissements ne sont pas permanents. Il purge, nous l'avons dit, rarement, et ne change pas les sécrétions comme l'antimoine. L'antimoine change aussi, dit-on, directement le caractère et la plasticité du sang, ce que ne fait pas le *Veratrum viride*, ou du moins, s'il le fait, la perversion est temporaire.

La digitale est généralement lente, et souvent incertaine dans son action ; le *Veratrum viride* est prompt et sûr. La digitale est cumulative ; le *Veratrum*, autant qu'on a pu le constater, ne l'est pas. Les nausées, les vomissements d'un vert foncé, les abondantes sueurs froides, la pâleur de la physionomie, l'obscurcissement de la vision, et le sentiment de la mort, avec un pouls à 30 ou 40 et une respiration à 6 par minute, disparaissent rapidement sous l'influence des stimulants alcooliques et des opiats.

Il est quelquefois désirable de produire ces effets, et d'enrayer ainsi la maladie. C'est ainsi que l'on a traité avec succès la péritonite puerpérale. Le *Veratrum viride* agit encore d'une autre manière qui est remarquable : il produit ses effets sédatifs même associé à des agents stimulants. C'est ce qu'on a vu dans le typhus comme dans la fièvre puerpérale.

L'auteur rapporte ici quelques observations très brèves de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de fièvre puerpérale, de fièvre traumatique, traités avec succès par le Veratrum viride ; *nous reproduisons seulement l'observation suivante, relative à un cas de fièvre puerpérale qui appartient à M. B. Cutter :*

Obs. — Madame J.-W. accoucha dans la soirée du 18 décembre 1860. L'enfant et le placenta furent délivrés par la nourrice de service avant que j'arrivasse à la maison. Cette circonstance est mentionnée, parce qu'elle milite un peu contre la doctrine qui veut que les fièvres puerpérales soient contagieuses. Elle alla assez bien jusqu'au 21, à l'exception des cathartiques, qui n'agirent pas tout de suite. Dans la soirée elle eut de forts frissons. Je la trouvai agitée, altérée, et éprouvant des souffrances dans la tête et dans les entrailles. Je lui laissai, pour prendre toutes les deux heures, trois poudres contenant chacune 0gr,39 de sous-muriate de mercure, 0gr,39 de jalap et 0gr,065 d'opium ; puis j'ordonnai une dose forte d'huile de ricin et de jus de citron ; je prescrivis aussi 6 gouttes de teinture de *Veratrum viride* à prendre entre les heures des cathartiques. Les purgatifs agirent, aidés par les injections, mais ne produisirent de bons effets que lorsque le *Veratrum* eut été donné jusqu'aux nausées et aux vomissements. Elle tomba en prostration, et, sous les effets particuliers de la dépression, croyait fortement qu'elle allait mourir ; elle revint bientôt à elle à l'aide du vin et de l'eau. Le pouls, à un moment, était tombé à 52. Vers le 26, elle devint convalescente, quoique ses entrailles ne fussent pas entièrement exemptes de peines sous la pression, et qu'elle n'eût pas d'appétit. Les trois jours précédents, à ma visite, je trouvai son pouls à 64.

Le 26 janvier, je fus appelé à minuit, et la trouvai très agitée et très inquiète ; son pouls était à 112 ; sa respiration était précipitée, laborieuse et sourde ; elle éprouvait des peines par tout le corps ; l'abdomen était enflé et douloureux, particulièrement à la partie inférieure ; elle avait eu des frissons depuis cinq heures du soir, et ses souffrances avaient augmenté jusqu'au moment de ma visite. Je lui fis prendre sur-le-champ 3 minimes et demi de teinture de *Veratrum viride* dans une demi-tasse à thé de vin et d'eau, et au bout de trente minutes je répétai la dose, la première n'ayant produit que peu de vomissements, avec un peu de réduction dans la fréquence du pouls. Dans le courant d'une autre heure, à la suite de nouveaux vomissements, pendant lesquels elle but beaucoup d'eau chaude, mêlée tantôt de parégorique, tantôt de laudanum, le pouls se réduisit beaucoup, sa respiration devint moins fréquente et plus facile ; elle se sentait disposée à s'assoupir subitement. Vers les deux heures du soir je la quittai ; elle vomit deux fois ensuite, et dormit alors la plus grande partie de la nuit.

A sept heures du matin, son pouls était à 96, sa respiration aisée, et elle dit qu'elle se sentait mieux qu'à tout autre temps de la semaine précédente. Les entrailles étaient unies et exemptes de douleurs sous une forte pression. Je lui donnai deux pilules cathartiques composées U. S. P., de 3 grains chacune ; elle devait en prendre deux autres à deux heures du soir si les premières ne produisaient pas de déjections, et j'ordonnai 6 gouttes de teinture de *Veratrum viride* à prendre toutes les heures, jusqu'à ce que le pouls fût réduit à 70.

A cinq heures du soir, le *Veratrum* l'avait fait vomir dix fois depuis le matin ; les matières rejetées étaient d'un vert foncé. Pouls 68, respiration 22 ; continue le *Veratrum* par doses de 2 gouttes.

Le 28, pouls 70 ; les quatre pilules avaient produit cinq déjections, et elle prit neuf doses de *Veratrum* ; le vin et l'eau, qu'elle but largement, plaisaient à la malade. Comme il y avait de la faiblesse à la partie inférieure des entrailles, un vésicatoire y fut appliqué.

A sept heures du soir, pouls 65 ; se plaint de strangurie, pour laquelle je lui fais prendre 2 grains et demi d'opium solide avant que les grandes souffrances aient été soulagées. Elle prend deux fois du *Veratrum*.

Le 29 au matin, pouls 75 ; les entrailles sont pleines, plus tranquilles ; il y a encore de la strangurie et du météorisme. Continuation du *Veratrum*. A six heures du soir, pouls 72 ; un peu de strangurie ; elle prit des pilules d'opium et du *Veratrum*, et usa d'un énémite composé de 30 minimes de teinture d'opium et une demi-pinte d'eau.

Le 30, pouls 80 ; moins de météorisme. Continue le *Veratrum*, 2 gouttes toutes les deux heures, avec du vin, de l'eau-de-vie et du carbonate d'ammoniaque.

Le 31, pouls 88, généralement 64. Continue d'aller mieux, et se rétablit entièrement.

Cet exemple est tout à fait intéressant, et montre les effets du *Veratrum viride* accompagné de remèdes stimulants.

Mentionnons enfin que le *Veratrum viride* paraît avoir rendu de véritables services contre la fièvre jaune. Les docteurs Octavius A. White et W.-H. Ford, dans le Journal médical et chirurgical de Charleston, XIIIe volume, page 843, donnent les résultats de « l'abaissement du pouls » ou « *traitement bradycote*, » pendant l'épidémie de 1857. Ce traitement consistait à tenir le pouls à un taux très bas durant tout le cours de la maladie, par le moyen de la teinture de *Veratrum viride* de Norwood, combinée avec les mercuriaux et autres remèdes, suivant l'indication.

Sur 141 cas, parmi lesquels 24 furent soumis au traitement bradycote, 15 moururent, et 124 se rétablirent, tandis que sur 6 cas traités de la manière ordinaire dans la même épidémie il y eut 3 morts.

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose.

Mon cher ami,

L'article très intéressant inséré par mon collègue, M. le docteur Jaccoud, dans le dernier numéro de la Gazette hebdo-

(1) *Quand j'emploie le terme antimoine, je veux dire tartrate d'antimoine et de potasse.*

Digitized by Google

MADAIRE (numéro du 25 juillet), relativement au traitement du rhumatisme articulaire aigu, par les alcalins à haute dose, me remet en mémoire quelques essais du même genre que j'ai tentés, l'an passé, pendant le semestre d'été à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. le docteur Pidoux. Vers la même époque, mon ami M. le docteur Vulpian avait bien voulu, sur ma prière, reproduire ces mêmes essais dans un des services de l'Hôtel-Dieu, qu'il était chargé de diriger *par intérim*. Les résultats auxquels nous sommes arrivés, M. le docteur Vulpian et moi, ont été en général assez décisifs, et ils viennent en grande partie corroborer ceux qui ont été obtenus par MM. Garrod, Dickinson et Jaccoud; c'est pourquoi j'ai pensé qu'il était opportun de les signaler à l'attention des lecteurs de la GAZETTE.

Pour l'administration du médicament nous nous sommes conformés, autant que possible, aux préceptes formulés par M. A.-B. Garrod, dans son mémoire publié en 1855, dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES (1). Seulement, au lieu du bicarbonate de potasse préconisé par M. Garrod, c'est le bicarbonate de soude que nous avons employé. 30 grammes de ce dernier sel étaient dissous dans un litre d'eau, et cette solution était administrée au malade dans les vingt-quatre heures, par doses égales prises toutes les deux heures, jour et nuit ; si le cas était très intense, la dose de bicarbonate de soude était portée à 40 grammes dans les vingt-quatre heures. La médication était instituée le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital ou dès le lendemain ; elle était maintenue sans interruption, le plus souvent sans intervention d'aucun moyen accessoire, pendant toute la durée de la maladie, et continuée même, en général, deux ou trois jours après la complète cessation des douleurs articulaires et du mouvement fébrile.

Les cas de rhumatisme que nous avons traités par cette méthode sont au nombre de 17, 12 femmes et 5 hommes ; tous appartenaient à la forme poly-articulaire. La plupart étaient d'intensité moyenne, quelques-uns (4 au moins) se faisaient remarquer, au contraire, par la très grande intensité de tous les symptômes. Or, dans tous ces cas, il nous a paru que la durée totale de la maladie avait été très notablement abrégée ; en effet, elle a été de 12 jours environ dans les cas moyens, et alors la médication avait pu être suspendue au bout de 5 ou 6 jours ; dans les cas les plus intenses, la médication avait dû être maintenue pendant 12 ou 15 jours, et la durée totale de la maladie a été alors de 20 jours en moyenne.

Malgré l'administration du bicarbonate de soude à doses aussi élevées et aussi longtemps maintenues, nous n'avons jamais vu survenir d'effets pathogénétiques capables d'inspirer la moindre inquiétude. La maladie ne subissait aucune modification brusque ; tout en conservant ses allures habituelles elle s'amoindrissait pour ainsi dire progressivement dans tous ses symptômes à mesure que se produisait la saturation de l'organisme. Voici d'ailleurs quelques particularités observées pendant la durée du traitement qui nous paraissent dignes d'être relevées : Au bout, de douze, vingt-quatre heures, ou seulement au bout de 2 ou 3 jours dans les cas très intenses, les urines rendues deviennent parfaitement transparentes ; elles présentent une réaction alcaline, d'abord peu marquée, puis très intense, et en même temps par l'addition d'acide nitrique, elles sont pendant quelques instants le siége d'une effervescence très prononcée (1). Chose remarquable, la réaction alcaline et aussi l'effervescence de l'urine, persistent quelquefois deux ou trois jours après la cessation du traitement. La sécrétion cutanée ne paraît subir dans sa quantité aucune modification appréciable ; suivant M. Garrod, elle se montre moins franchement acide qu'elle ne l'est en général dans le rhumatisme articulaire aigu, en dehors du traitement alcalin ; quelquefois neutre, mais jamais elle ne présenterait la réaction alcaline. Nous avons vu cependant, dans deux cas, le papier rouge de tournesol appliqué sous les aisselles pendant quelques minutes, prendre une coloration bleue très manifeste.

C'est en général de 2 à 4 jours seulement, après l'apparition de la réaction alcaline des urines, que les divers symptômes (état fébrile, douleurs et gonflement articulaire), ont commencé à subir un amendement notable qui d'abord se maintient tel quel pendant quelques jours, puis progresse ensuite uniformément, au moins dans la plupart des cas, jusqu'à la cessation définitive de la maladie.

Les organes digestifs n'ont jamais présenté de troubles dignes d'être mentionnés; la solution alcaline, bien que d'un goût fort désagréable, est prise par la plupart des malades sans trop de répugnance ; elle est presque toujours bien supportée ; sous son influence nous n'avons jamais vu survenir ni vomissements, ni selles diarrhéiques.

Dans aucun de nos 17 cas il ne s'est produit d'affection cardiaque appréciable ; mais dans un cas très intense d'ailleurs, une pleuro-pneumonie double s'est développée pendant la durée même du traitement. Cependant, malgré l'apparition de cette complication, la médication n'ayant été en rien modifiée, la durée totale de la maladie n'a pas dépassé 22 jours.

La convalescence a été courte en général, et les malades, bien que souvent fort amaigris, ont rapidement récupéré leurs forces ; jamais nous n'avons remarqué qu'ils présentassent d'accidents indiquant soit une tendance aux hémorrhagies, soit une anémie très prononcée.

Je vous livre, mon cher ami, ces faits sans commentaires. Les remarques qu'ils sont de nature à suggérer ne différeraient en rien de celles qui terminent l'article déjà cité de la *Gazette*. Je me bornerai donc ici à déclarer, conformément aux conclusions de M. Jaccoud, que le traitement du rhumatisme articulaire aigu d'après la méthode de *M. Garrod*, dès à présent recommandable par un assez bon nombre d'heureux essais, s'est toujours montré exempt de dangers ou même d'inconvénients sérieux, et qu'il paraît digne à tous égards d'être soumis au contrôle d'expérimentations nouvelles.

Plusieurs observations cliniques me portent à penser que cette médication n'est pas applicable seulement à la forme aiguë du rhumatisme articulaire. Je l'ai vue déjà plusieurs fois suivie de bons effets dans la forme subaiguë de la maladie, et même aussi dans sa forme chronique primitive, au moment de ces exacerbations marquées par un appareil fébrile souvent très prononcé, qui semblent indiquer une tendance vers l'état aigu. Par contre, elle a complétement échoué dans un cas où le rhumatisme articulaire, qui s'était présenté d'abord sous la forme aiguë généralisée, s'est au bout de quelques jours fixé sur une seule jointure (1).

Veuillez agréer, etc. L.-M. CHARCOT,

(1) A.-B. Garrod. *On a Successful Method of treating Acute Rheumatism by Large and Frequent Doses of Bicarbonat of Potash.* In MEDIC. CHIR. TRANS., 1855, t. XX, p. 111.

(1) Elles contiennent souvent, lorsque le traitement a duré huit ou dix jours, un précipité blanc, floconneux, léger, qui nous a paru composé presque exclusivement d'urate de soude amorphe mêlé à des cellules épithéliales.

(1) Nous n'avons dû tenir compte dans cette note que des cas où le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose a été appliqué dans toute sa pureté, afin d'assurer la signification des résultats obtenus. Quelques essais nous avaient rendu probable qu'il est souvent avantageux de le modifier en adjoignant aux alcalins des doses élevées de sulfate de quinine. Pendant un récent séjour à Londres, nous avons vu cette médication mixte employée, dans les salles d'*University College Hospital*, par M. Garrod lui-même, qui nous a dit en avoir obtenu de fort bons effets. Voici la formule adoptée par M. Garrod, et que nous devons à son obligeance de pouvoir communiquer aux lecteurs de la *Gazette* :

Bicarbonate de potasse	40 grains.
Bisulfate de quinine.	5 —
Mucilage.	q. s.
Aq. cinnamom.	1 once.

A prendre en une seule fois toutes les quatre heures dans les cas moyens, toutes les deux heures dans les cas intenses.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *le Président* fait connaître à l'Académie le décès de madame la marquise de Laplace; il a cru devoir s'écarter, pour cette fois, de l'usage qui borne de telles annonces aux membres et aux correspondants de l'Institut, non-seulement parce que madame de Laplace était la veuve d'un des plus illustres membres de l'Académie, mais encore parce que son nom retentit dans chacune des solennités de l'Académie à l'occasion du prix qu'elle a fondé pour l'élève sortant le premier de l'École polytechnique.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la consanguinité*, par M. *A. Sanson*. — Des inconvénients graves, dit l'auteur, ont été attribués depuis longtemps aux mariages consanguins. Dernièrement, le secours de la statistique a été invoqué pour fournir la démonstration de ces inconvénients.

Dans l'état de cette importante question, elle m'a paru susceptible de recevoir quelque lumière des observations telles qu'on peut les recueillir sur les espèces animales, où tous les éléments du problème sont d'une facile appréciation, où chacun de ces éléments se présente avec sa signification la plus simple.

Si la consanguinité a de réels inconvénients, c'est là qu'ils devraient apparaître de manière à ne laisser aucun doute; car, dans la reproduction de nos races domestiques, elle n'est point, comme pour l'espèce humaine, un pur accident. Les zootechniciens considèrent, au contraire, les accouplements consanguins comme le moyen le plus prompt et le plus efficace d'étendre leurs perfectionnements. Les habiles éleveurs qui ont *amélioré* celles que nous admirons le plus ont accouplé leurs animaux précisément en proche parenté, *in and in*, comme disent les Anglais.

L'histoire généalogique des chevaux anglais de course nous montre d'abord que bon nombre des plus célèbres vainqueurs du turf étaient issus d'accouplements consanguins. On accordera que pour déployer la somme d'énergie qui assure la victoire dans les exercices des courses, ils devaient être en possession de toutes leurs facultés.

M. Sanson, en preuve de ce qu'il avance, cite d'après le *Stud-Book* anglais les noms et la généalogie de quelques sujets fameux dans les fastes du sport.

De l'espèce chevaline passant à l'espèce bovine, il rencontre des faits non moins significatifs dans l'histoire généalogique de la race de Durham, de la race charolaise et de la race bretonne.

Il rapporte enfin des faits analogues relatifs aux espèces ovine et porcine, et il termine par la conclusion suivante :

En résumé, et sans pousser plus loin des recherches auxquelles l'élevage des oiseaux de basse-cour, par exemple, pourrait fournir encore une ample moisson de faits, ceux que j'ai cités dans cette note, et qui sont empruntés à l'histoire authentique des races chevalines, bovines, ovines et porcines de l'Angleterre et de la France, autorisent à conclure que pour ce qui concerne au moins les animaux domestiques, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation.

Et s'il est permis d'appliquer à la physiologie humaine des faits si rigoureusement précis empruntés à celle des animaux, on ne voit point, d'après cela, qu'il puisse être sage d'accepter sans défiance les résultats purement numériques qui semblent appuyer l'opinion que certains hygiénistes ont conçue sur les dangers des mariages consanguins. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

PHYSIOLOGIE. — *De la surdi-mutité parmi les Israélites, considérée par rapport à la question des mariages consanguins*, lettre de M. *Isidor*, grand rabbin de Paris, à M. *le Secrétaire perpétuel*. — Un mémoire de M. le docteur Boudin sur les dangers des mariages consanguins, lu à l'Académie des sciences le 16 juin dernier, renferme, à l'égard des juifs, des opinions qui me paraissent exagérées, sinon erronées, et contre lesquelles j'éprouve le besoin de protester.

M. Boudin, après avoir avancé que la surdi-mutité est commune parmi les Juifs des autres pays, dit que nous ne possédons pas de documents statistiques sur la population israélite de France, mais qu'il y a lieu de présumer « qu'ici comme à l'étranger les mêmes causes produisent les mêmes effets ». Je ne me permets pas de discuter avec M. Boudin sur le danger des mariages consanguins; supposant ce fait incontesté, il y aurait toujours à remarquer que les mariages de cette nature ne sont pas aussi fréquents parmi les juifs que M. Boudin semble le croire. La loi mosaïque, il est vrai, permet le mariage entre oncles et nièces, mais la loi civile le défend, et les dispenses ne s'obtiennent pas très facilement. Entre cousins et cousines, les alliances sont permises partout, avec la légère différence des empêchements du droit canonique, que l'on fait disparaître sans difficulté.

Je n'ai pas de données certaines, irrécusables, pas plus que M. Boudin, sur notre population israélite en France; mais dans notre communauté de Paris, composée de 25 000 âmes au moins, j'affirme qu'il n'y a pas quatre sourds-muets. L'établissement de la rue du Faubourg-Saint-Jacques en renfermait trois, il y a quelques semaines; il n'en reste plus que deux; ces deux sont de Bordeaux, et le premier était de la Prusse rhénane.

On compte généralement 100 000 Israélites en France. Or, en prenant pour base la proportion qui existe à Paris, nous arrivons au chiffre de 12 à 15 pour la France entière, et nous sommes loin de celui supposé par M. Boudin.

Je ne m'explique pas la statistique de M. le docteur Liebreich (de Berlin), qui trouve 27 sourds-muets sur une population de 10 000 âmes, bien moins encore le fait avancé par M. Elliotson (de Londres), qu'on ne voit nulle part plus de louches, de bègues, etc., qu'en Angleterre. Ces opinions, je le répète, ne me paraissent pas avoir une base certaine, et jusqu'à preuve du contraire, je prends la liberté de m'inscrire en faux contre elles.

Je sais que M. Boudin, comme M. Elliotson, comme M. Liebreich, ne parle qu'au nom de la science, et qu'aucune pensée méchante ne l'anime; mais ce sont de ces appréciations qui ont leurs dangers, surtout quand il s'agit de Juifs, et il est de mon devoir de relever des erreurs, même innocentes, qui peuvent devenir nuisibles. Je le fais avec tout le respect que je porte et que je dois à un homme aussi instruit et aussi honorable que M. Boudin. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

M. *le Secrétaire perpétuel* met sous les yeux de l'Académie un ouvrage de M. le professeur *Boeck* (de Christiania) sur la syphilis, et lit l'extrait suivant d'une lettre de M. *Auzias-Turenne*, chargé par l'auteur de faire en son nom cet hommage :

« On a toujours pensé qu'un certain nombre de maladies chroniques résultaient de la syphilis, mais on n'avait que des conjectures à cet égard, de même qu'on n'avait que des données fort approximatives sur les résultats des divers modes de traitement de la syphilis. M. Boëck a cru qu'une statistique bien faite pouvait conduire à la solution de ces questions, et que cette statistique ne pouvait être menée à bien que dans un petit pays dont les habitants pauvres se représentent dans le même hôpital quand ils redeviennent malades. Le Storthing (chambre des députés de Norvége) a voté les fonds nécessaires pour la publication de ce grand travail, en stipulant la condition qu'il serait écrit en langue française. M. Boëck a fait le relevé de tous les malades, au nombre de 3542, qui ont été traités pour la syphilis dans les hôpitaux de Christiania depuis l'année 1826 jusqu'à la fin de l'année 1856. Les derniers sujets

dont il est fait mention dans cette statistique ont été traités par l'inoculation méthodique du virus syphilitique, et ont ainsi été guéris. »

PHYSIOLOGIE. — *Migration des entozoaires*, réponse à la note de MM. *Pouchet* et *Verrier aîné*, par M. *van Beneden*. — MM. Pouchet et Verrier aîné ont prétendu que le *Tænia serrata* et le *tenia* provenant du cœnure du mouton sont pour moi le même ver. J'ai fait voir que, dans plusieurs de mes écrits, j'avais exprimé précisément l'opinion contraire. MM. Pouchet et Verrier aîné veulent se justifier en citant un extrait d'un ouvrage par M. Davaine, dans lequel cette opinion m'est attribuée. Il me semble que ces savants auraient dû s'assurer d'abord si les assertions de M. Davaine étaient exactes.

Pour prouver qu'ils n'ont pas commis l'erreur que je leur reproche, MM. Pouchet et Verrier aîné citent à l'appui de leur assertion l'opinion de M. v. Siebold. La question n'est pas de savoir si M. v. Siebold a confondu ces deux vers avant eux; il s'agit de déterminer si ces deux cestoïdes sont, oui ou non, distincts l'un de l'autre. Or, toutes les expériences faites, tant en France qu'en Allemagne et en Belgique, prouvent que les œufs de *Tænia cœnurus* seuls produisent le *tournis* du mouton, et que les œufs de *Tænia serrata* seuls produisent le cysticerque pysiforme dans le lapin.

MÉDECINE. — M. *Legrand* adresse une note ayant pour titre : TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DE LA COORDINATION DES MOUVEMENTS; DOUBLE LÉSION DU CERVEAU ET DU CERVELET.

L'auteur, dans une lettre adressée à M. Flourens, donne de cette note une analyse, dans laquelle il rapproche les phénomènes observés pendant la maladie, qui ne dura pas moins de cinq années, des lésions constatées par l'autopsie cadavérique, et exprime dans les termes suivants la liaison entre les altérations organiques et les troubles fonctionnels :

« 1° Les phénomènes de paralysie progressive ont coïncidé avec une compression du cerveau causée par l'hypérémie de toutes les veines qui rampent à sa surface.

» 2° L'altération des fonctions intellectuelles se manifestant d'abord par une idée fixe, puis par des actes de monomanie caractérisée, enfin par de véritables accès de folie, et couronnée par le suicide, a trouvé sa raison d'être dans une inflammation des hémisphères cérébraux.

» 3° La diminution sans cesse croissante de la faculté coordinatrice des mouvements, un manque d'aplomb, le sentiment qu'on est tiré en arrière, ont trouvé leur explication dans le ramollissement du cervelet.

» 4° Quant aux autres phénomènes pathologiques, les mouvements désordonnés de la langue, la perte du sens du goût, l'immobilité des traits, n'ont pu être expliqués, en l'absence de lésions directes, que par des réactions sympathiques exercées sur les nerfs de la sensibilité et de la myotilité situés dans le voisinage de la lésion du cervelet. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet une note de M. le docteur *Obermuller* (de Stuttgard) sur un nouveau traitement qu'il aurait employé avec succès pour combattre la fièvre jaune à Rio-Janeiro en 1850. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une série d'observations sur les revaccinations pratiquées sur les hommes de la flotte de Brest, par M. le docteur *Le Tersec*, chirurgien principal. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Gélineau* (de Rouillac-sur-Touvre) sur cette question : *L'angine de poitrine peut-elle se montrer à l'état épidémique?* (*Comm.*: M. Beau.) — *c*. Une étude sur l'intoxication saturnine due au plombage des meules des moulins à farine, par MM. les docteurs *Maunoury* et *Salmon* (de Chartres). (*Comm.*. MM. Rayer, Robin et Vernois.)

M. *Malgaigne* offre en hommage, au nom de l'auteur, les deuxième et troisième livraisons de la CLINIQUE OBSTÉTRICALE de M. Mattei.

Lectures.

M. *Vernois*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Adelon* et *Gavarret*, lit un rapport sur un mémoire de M. Bouchut, intitulé : NOUVEAU PROCÉDÉ DE DOCIMASIE PULMONAIRE.

M. le rapporteur rappelle que ce procédé consiste à examiner le tissu pulmonaire à l'aide de la loupe et du microscope, qui, suivant M. Bouchut, permettent de distinguer dans le poumon qui a respiré les vésicules distendues par l'air.

Ce procédé, d'après M. le rapporteur, appartiendrait à M. Devergie, et il était depuis longtemps connu des médecins légistes.

D'ailleurs, c'est à tort que M. Bouchut regarde les caractères fournis par ce moyen d'investigation comme des signes certains de respiration, et l'on s'exposerait à de graves erreurs si l'on ajoutait une foi trop absolue dans ses résultats. Il vaut mieux à cet égard imiter la sage réserve conseillée par M. Devergie.

M. le rapporteur propose, en terminant : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur; 2° de déposer son mémoire aux archives.

M. *Gaultier de Claubry* demande qu'une discussion s'ouvre sur le rapport de M. Vernois quand la discussion sur le goître exophthalmique sera close. (*Adopté.*)

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. *Trousseau*. Je viens répondre aux objections que mon rapport a soulevées dans cette enceinte et hors de cette enceinte.

Et d'abord on m'a reproché l'expression de *goître exophthalmique*. Je n'aime pas le néologisme ; j'ai trouvé dans la science les expressions de goître, de cachexie exophthalmique, de maladie de Basedow, je les ai prises, je m'en suis servi d'abord; puis, trouvant qu'il n'y avait point de *cachexie* très souvent, ni de *goître* quelquefois dans cette maladie, j'ai répudié ces expressions; je n'ai pas voulu employer davantage le terme de *maladie de Basedow*, parce que mes recherches bibliographiques m'ont prouvé que la maladie avait été décrite par Graves avant de l'avoir été par Basedow. Voilà pourquoi j'ai préféré me servir, en définitive, de ces termes : *maladie de Graves*.

Ces sortes de dénominations sont excellentes, parce qu'elles ne signifient rien. L'expression de goître exophthalmique est mauvaise; elle est inexacte, parce qu'elle a une signification trop spéciale, trop caractéristique, qui, par malheur, préjuge la nature d'une maladie encore mal définie, mal déterminée, et qui peut exister sans goître.

Le nom de maladie de Graves a ce grand avantage qu'il signifie exclusivement un ensemble de symptômes. On sait ce que cela veut dire.

Il y a en pathologie les *émietteurs* : ce sont les gens qui s'en vont grattant çà et là pour trouver des lésions; ils les énoncent sous des noms plus ou moins bizarres, et ils se tiennent pour satisfaits. Il est d'autres pathologistes qui aiment à grouper, à rassembler les lésions ou les symptômes, et, sous une seule expression, former une entité, un tout synthétique auquel ils donnent un nom plus ou moins significatif.

Les émietteurs éparpillent les lésions sans en chercher les points de contact, les liens de solidarité.

Les autres, les médecins collecteurs, au contraire, cherchent les rapports que les diverses lésions ou les différents symptômes peuvent présenter entre eux, et ils donnent à cet ensemble un nom très bref et très compréhensif, qui permet à l'esprit de saisir tout d'un coup l'idée d'une maladie, d'une entité morbide. *Exemple :* la variole, dans l'ordre des maladies aiguës; la vérole, dans l'ordre des maladies chroniques.

Avec ces principes nous arrivons aux idées d'ensemble, aux idées de synthèse, et, quand j'aurai dit *maladie* de Graves, on devra me comprendre.

Digitized by Google

Pour ceux cependant qui ne connaissent pas cette maladie, indiquons pourquoi je me suis cru en droit d'en faire une entité morbide.

Tous les auteurs qui ont décrit cette affection ont admis la triade pathologique : engorgement du corps thyroïde, exophthalmie et lésion du cœur. Puis il s'est trouvé des cas dans lesquels il n'y avait pas de goitre, d'autres où il n'y avait pas d'exophthalmie, d'autres enfin où l'on ne trouvait pas de lésion du cœur. Et pourtant la maladie existait, elle existait à l'état *fruste*, je le répète, malgré les plaisanteries que cette expression a soulevées ici.

(Pour mieux faire comprendre ce terme, l'orateur emprunte des exemples aux médailles, aux inscriptions, usées par le temps ou par l'usage, et qui sont aisément reconnues par le numismate ou par l'antiquaire exercés, en dépit de ce qui manque ; puis il poursuit :)

De même le pathologiste reconstruit, reconstitue toute une maladie à la vue d'une lésion unique ou par la constatation d'un simple symptôme : ainsi un dermatologue habile reconnaît une vérole à l'inspection d'une éruption de la peau ; ainsi un médecin attentif reconnaît une scarlatine, mais une scarlatine fruste, chez un enfant affecté d'anasarque, de pleurésie double et de pissement de sang, et cohabitant avec d'autres enfants scarlatineux.

Revenons au goitre exophthalmique fruste. J'ai vu il y a quelque temps une dame chez laquelle j'ai diagnostiqué cette affection, bien qu'elle n'eût encore ni goitre, ni exophthalmie ; mais elle avait des palpitations continuelles, un pouls qui battait 150 par minute, des bouffées de chaleur et de rougeur au visage, et quelques troubles de la vision. Peu de temps après, le goitre et l'exophthalmie faisaient leur apparition. Je ne m'étais pas trompé : cette dame avait bien une maladie de Graves, mais à l'état fruste.

Maintenant y a-t-il réellement une lésion du cœur dans la maladie de Graves? Y en a-t-il toujours? Je dis non! et je dis *non*, après en avoir appelé à l'expérience de notre illustre président. M. Bouillaud, comme moi, ne trouvait pas de lésion du cœur ; et pourtant il ne percutait pas avec mon petit marteau, il percutait avec les doigts. Fort d'une telle autorité, j'affirme que souvent la lésion du cœur manque dans la maladie de Graves.

Toutefois, je reconnais que cette lésion est fréquente, assez fréquente pour qu'on puisse affirmer que l'affection cardiaque prédispose au moins au goitre exophthalmique. Ces opinions me sont communes avec Stokes et avec Vithusen.

MM. Larcher et Blot ont démontré que, pendant la germination de la femme, pendant la grossesse, il se produit une hypertrophie cardiaque. Cela est incontestable ; on l'a prouvé par la balance. Mais cette hypertrophie est transitoire, c'est une hypertrophie physiologique, qui guérit.

Eh bien, dans la maladie de Graves ne peut-il pas se faire, de même, des hypertrophies transitoires dans le cœur, dans les vaisseaux de l'œil et dans le corps thyroïde? Oui, cela existe, c'est hors de contestation pour tout médecin qui a vu un malade atteint de goitre exophthalmique.

Eh! messieurs, ce goitre ne ressemble en aucune manière au goitre ordinaire, au goitre des montagnes. Dans la maladie de Graves, les lésions sont solidaires les unes des autres, en vertu d'une action nerveuse localisée.

Ne remarque-t-on pas souvent chez les femmes hystériques des battements formidables de l'aorte, sans aucun changement dans le pouls? Il se passe quelque chose d'analogue dans la maladie de Graves : la carotide et le cœur sont soulevés par des battements énormes ; et pourtant le pouls radial est petit, misérable, quelquefois à peine sensible.

Il faut donc qu'il y ait là une influence locale, nerveuse, incontestable, influence qu'expliquent fort bien, à mon avis, les beaux travaux de Claude Bernard sur les fonctions du nerf grand sympathique.

Chose surprenante encore! quelques femmes deviennent goitreuses sous l'influence de la grossesse ; et cependant la grossesse fait disparaître le goitre exophthalmique, et le fait disparaître promptement et à peu près sûrement. Voilà donc qui prouve encore que le goitre exophthalmique diffère des autres goitres ; voilà qui prouve qu'il naît, qu'il se développe, sous des influences nerveuses.

L'auscultation de la thyroïde hypertrophiée dans la maladie de Graves donne un bruit de souffle analogue à celui qu'on note dans les tumeurs anévrysmales dites *cirsoïdes*.

Toutes ces raisons me paraissent suffisantes pour admettre que le goitre exophthalmique constitue bien réellement une entité morbide.

Quant au traitement, il est bien prouvé par l'expérience de tous les praticiens qui ont observé cette maladie que l'administration de l'iode et du fer est nuisible et même promptement nuisible. L'expérience démontre aussi que la médication la plus puissante et la plus efficace consiste dans l'emploi de la digitale et de l'hydrothérapie.

M. *Piorry*. Dans le long et beau discours que vous venez d'entendre, il a été question des généralités de la science, mais assez peu de la maladie de Graves. Pourtant dans le peu qu'en a dit l'honorable orateur, il a avoué que ce n'était point un goitre, que ce n'était pas une maladie du cœur, et que souvent il n'y avait point d'exophthalmie : et l'orateur a conclu qu'il avait affaire à un x algébrique.

Faire de la médecine de cette façon, me paraît d'une telle difficulté que je renoncerais à l'exercer s'il me fallait rencontrer trop souvent sur mon chemin des maladies *frustes*. Je craindrais bien d'être frustré et de frustrer quelquefois mes malades !

Comment ! messieurs, on proclame d'abord une triade symptomatique ; puis on nie successivement chacun des symptômes de la fameuse triade : on arrive à l'x algébrique, à l'inconnu!

Il est impossible de suivre toutes les choses qui ont été dites par M. Trousseau (je ne rougis pas de prononcer son nom). Mais je ne puis m'empêcher de critiquer ce qui a été affirmé à propos de la médication iodée. M. Trousseau déclare que l'iode est nuisible, même aux plus faibles doses, dans le goitre dit exophthalmique. Sur quoi fonde-t-il cette assertion ? sur quelques observations douteuses, prises à droite et à gauche. Quant à moi, je n'ai jamais vu survenir d'accidents sérieux à la suite de l'administration de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour ! J'affirme même, une fois encore, que j'ai vu guérir un goitre exophthalmique par cette puissante médication.

Il y a encore quelque chose de capital dans le discours de M. Trousseau, c'est sa profession de foi sur l'unité morbide : c'est l'accusation d'émietteurs qu'il a jetée à la tête de ceux qui ne partagent pas ses idées.

Et où existe-t-il un médecin assez stupide pour étudier les maladies en émietteur? — Je connais des observateurs qui étudient les symptômes, qui étudient les lésions, et qui forment des groupes, des ensembles, non point avec des éléments disparates ou hétéroclytes, mais avec des éléments véritablement connexes et similaires. Ceux-ci n'assemblent pas forcément, n'associent pas, bon gré mal gré, dans un seul tout des phénomènes qui n'ont aucune parenté, aucun lien pathologique, ainsi que le font les médecins qui préconisent le goitre exophthalmique et qui proclament des maladies frustes.

Y a-t-il une unité morbide semblable? Je ne le crois pas ; et je pense que tous ceux qui m'entendent sont de mon opinion. Il faut plus de faits qu'on n'en a encore observé pour introduire une nouvelle maladie dans le cadre nosologique ; il faut surtout des faits bien vus, bien constatés, et observés avec les yeux d'un clinicien pénétré de cette vérité que la vraie médecine repose sur l'étude des relations précises des symptômes avec les lésions des organes.

Présentation.

M. *Nélaton* met sous les yeux de l'Académie les pièces ana

Digitized by Google

toniques provenant de l'autopsie de la femme à laquelle il a pratiqué, il y a cinq semaines, l'ovariotomie.

Cette malade est morte du tétanos, le vingt-neuvième jour après l'opération.

L'autopsie n'a pu être faite que trente-six heures après la mort, c'est-à-dire à une époque où déjà les organes avaient subi un commencement de putréfaction. Ce fait est d'une haute importance, car les altérations qu'on trouve sur les points opérés appartiennent exclusivement à des phénomènes de décomposition *post mortem*.

On peut se convaincre par l'examen de ces pièces que la cicatrice de l'incision est demeurée intacte jusqu'au dernier moment, que le péritoine est resté sain également, et qu'il n'existe aucune trace d'épanchement ni de sang, ni de pus dans le bassin.

La vessie était comme bridée et divisée en deux lobes par le pédicule ovarique, et cependant aucun symptôme ne s'est manifesté de ce côté pendant la vie.

Mais dans quel état étaient les trois ligatures artérielles qui avaient été laissées dans l'abdomen? Une seule a été retrouvée dans l'épiploon, mais sans qu'elle y eût produit aucun désordre; les deux autres avaient disparu.

Il résulte donc de l'examen de ces pièces pathologiques, — et c'est là principalement ce que M. Nélaton a voulu démontrer, — que la malade n'est point morte des suites directes de l'opération, qu'elle n'a point succombé à un accident développé dans la région opérée; et que le tétanos qui l'a emportée, s'est produit sous l'influence de causes difficiles à découvrir, mais étrangères à l'opération elle-même.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 1er AOUT 1862.

M. *Rigaud*. Un mot sur la boulangerie au point de vue de l'hygiène publique.

M. *Cavasse*. Fracture de la rotule par cause musculaire.

M. *Richard*. Rapport de présentation de M. le docteur Giraud-Teulon.

Scrutin d'élection.

La seconde séance du mois tombant le 15, jour férié, les membres de la Société sont prévenus qu'il n'y aura pas de seconde séance du mois d'août. La suivante n'aura lieu qu'après les vacances de septembre, le vendredi 3 octobre.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 9 ET 16 JUILLET 1862.

ÉPISPADIAS. — SPHINCTER DE LA VESSIE — DIVISION COMPLÈTE DE LA VOUTE PALATINE, APPAREIL PROTHÉTIQUE.

M. *Follin* a présenté un enfant de douze ans qu'il a opéré d'un épispadias complet. Voici quel était l'état du malade avant l'opération :

La verge, tout à fait rudimentaire, n'avait pas plus d'un centimètre et demi de longueur; en exerçant une traction sur cet organe on découvrait une gouttière uréthrale qui en longeait le bord supérieur et gauche. Cette gouttière se continuait en avant avec une fente du gland, et aboutissait en arrière à un infundibulum limité par la peau de la région pubienne. La vessie était très petite. Quand l'enfant était debout, il perdait entièrement son urine, et toute la journée ce liquide s'échappait goutte à goutte, de manière à souiller promptement les vêtements malgré l'urinal. Pendant la nuit il fallait réveiller le petit malade quatre ou cinq fois pour l'empêcher de mouiller son lit. La peau de la verge et du scrotum était très irritée et très sensible. L'opération a été faite par M. Follin suivant le procédé de M. Nélaton.

Deux incisions ont été faites sur chaque bord de la gouttière uréthrale, et M. Follin donna à ces incisions deux lèvres de 2 ou 3 millimètres de largeur. De l'extrémité postérieure de ces incisions on a fait partir deux incisions verticales pratiquées à la peau de la région pubienne, et réunies à 6 centimètres de leur origine par une incision transversale. On a disséqué ce lambeau pubien, et on l'a rabattu sur la verge, et maintenu en fixant ses bords avec la lèvre externe des incisions uréthrales.

M. Follin obtint ensuite à l'aide d'un lambeau scrotal un pont cutané libre au milieu, et adhérent à ses deux extrémités vers la région inguinale. La verge, déjà recouverte de son lambeau pubien, fut glissée sous ce pont, et les lambeaux pubien et scrotal se correspondaient par leur face saignante. La grande circonférence du lambeau scrotal a été fixée par six points de suture à la lèvre externe des incisions latérales de l'urèthre et à l'extrémité antérieure du lambeau pubien. Ces sutures se font difficilement, mais elles n'ont pas d'importance capitale, parce que l'adhésion se fait par les faces saignantes des lambeaux.

Il y a à peine un mois et demi que l'opération a été faite. La verge recouverte de ses deux lambeaux offre peu de saillie et se prête mieux à l'application d'un urinal. Couché, l'enfant peut garder son urine pendant quatre ou cinq heures; debout, il ne peut en garder la plus grande partie que pendant une ou deux heures, au bout desquelles il l'expulse par un jet assez large; de temps en temps seulement quelques gouttes d'urine s'échappent du canal. C'est pour combattre cet inconvénient que l'enfant porte une pelote périnéale. M. Richard croit que le résultat définitif pourra être encore plus avantageux lorsque M. Follin aura rétréci par des cautérisations l'orifice uréthral.

M. *Dolbeau* exprime le regret que M. Follin n'ait pas replié en dedans la surface saignante du lambeau pubien et réuni par la suture de Gely; sans cette précaution, le lambeau pubien ne se soude pas à la verge, et au lieu de reformer un canal, on recouvre seulement, comme cela est arrivé ici, la gouttière uréthrale d'un opercule plus ou moins lâche. Quant aux cautérisations au fer rouge, elles ne paraissent pas devoir être d'une grande efficacité. Chez bien des opérés de M. Nélaton, l'incontinence a persisté malgré ces cautérisations. D'ailleurs, M. Dolbeau ne sait pas bien par quel mécanisme une opération qui n'agit pas sur le col de la vessie pourrait guérir l'incontinence.

M. Follin et M. Verneuil regardent tous deux la suture latérale, par le procédé de Gely, comme d'une application extrêmement difficile. Pour ce qui est de l'incontinence, le plus ou moins d'étroitesse du canal ne peut y rien faire, et lorsqu'elle guérit, cela est dû, selon M. Verneuil, à la rétraction du lambeau scrotal. Celui-ci, recouvrant la verge comme une sorte de cravate, finit par jouer le rôle d'une valvule analogue à celles du col de la vessie. A l'explication donnée par M. Verneuil, M. Broca en a ajouté une autre : il croit qu'en donnant à l'urèthre une paroi supérieure, on fournit un point d'appui à la partie musculaire du canal, qui, dès lors, peut agir assez efficacement pour diminuer ou même détruire l'incontinence. Incidemment une discussion a été soulevée sur l'existence d'un sphincter au col de la vessie.

Selon M. Dolbeau, l'urine est retenue dans la vessie de deux façons : d'abord par la contraction d'un sphincter au col de la vessie, et accidentellement par la contraction de la portion membraneuse de l'urèthre, espèce de sphincter de réserve qui entre en jeu quand il faut surseoir à un besoin pressant d'uriner.

L'existence du sphincter vésical est plus difficile à démontrer chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme, en effet, le sphincter forme un bourrelet dur qu'on distingue difficilement d'avec la prostate qui lui est contiguë. Pour préparer

Digitized by Google

le sphincter par sa face externe, il faut détruire des fibres longitudinales qui recouvrent le plan circulaire, faire disparaître des vaisseaux nombreux et du tissu cellulaire abondant. Quand on a pris toutes les précautions voulues et qu'on s'est aidé des réactifs, on peut mettre en évidence une bandelette de fibres circulaires qui correspond exactement à l'orifice interne de l'urèthre. Cette bandelette a en moyenne 5 millimètres d'épaisseur en avant et 2 ou 3 en arrière. Elle est formée de fibres lisses, tandis que les couches circulaires de l'urèthre sont composées de fibres striées. A l'appui de son opinion, M. Dolbeau a préparé trois pièces préparées par M. Sappey et sur lesquelles il a fait voir les couches musculaires du col de la vessie.

M. *Broca* et M. *Giraldès* conviennent de la présence de fibres transversales au niveau du col de la vessie; mais rien ne prouve que ces fibres soient indépendantes de celles de la vessie et qu'elles soient circulaires. Pour le prouver, il faudrait, en disséquant chaque fibre, en trouver qui fissent réellement le tour du col. Cette recherche, M. Broca l'a faite souvent et toujours sans succès. M. Giraldès n'a jamais été plus heureux, malgré la précaution qu'il a prise de faire ses recherches sur des vessies de plans musculaires bien développés, malgré la macération dans l'acide azotique, puis dans l'eau simple et dans l'eau alcoolisée.

— M. *Préterre* a présenté deux malades, l'un âgé de quarante-six ans, l'autre de seize, tous deux atteints de divisions congénitales de la voûte et du voile du palais avec un écartement des plus considérables. Le plus jeune de ces malades a son appareil depuis quinze mois, et il est presque impossible de deviner à sa prononciation qu'il est atteint d'une telle infirmité. Il y a quinze mois, au contraire, toutes ses paroles étaient inintelligibles.

L'homme le plus âgé parle moins bien, mais n'a son appareil que depuis cinq mois. Son éducation n'est pas achevée.

Ces deux faits montrent la possibilité d'obtenir à tous les âges les mêmes avantages des appareils prothétiques.

D^r P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Cristaux dans le sang de la veine porte, par E. Wagner.

Ces cristaux ont été trouvés chez une femme âgée de vingt-cinq ans qui, après un accouchement normal, mourut subitement le 5 janvier 1862. Pendant toute sa grossesse et pendant toute la durée de la période puerpérale, cette malade avait présenté des symptômes d'anémie profonde. L'autopsie n'a révélé aucune lésion suffisante pour expliquer la mort de cette femme; dans un rameau de la veine porte, d'une ligne et demie de diamètre, on a trouvé un caillot sans adhérences pariétales, d'une coloration gris jaunâtre, d'une grande friabilité. L'examen microscopique a montré dans ce coagulum une proportion considérable de globules blancs non altérés, des filaments fibrineux et des molécules albumineuses; les globules rouges faisaient absolument défaut. Le caillot contenait en outre un très grand nombre de cristaux tout particuliers; ils étaient incolores, brillants, et de grosseurs très diverses; les plus volumineux mesuraient environ 1/25^e de ligne en longueur, et 1/80^e en largeur; les plus petits avaient 1/50^e de ligne de longueur sur 1/600^e de largeur; ces derniers étaient disposés en aiguilles; les plus gros formaient des octaèdres réguliers. Ces cristaux n'étaient modifiés ni par l'eau froide, ni par l'éther, ni par la glycérine, ils se dissolvaient sans dégagement de gaz dans l'acide acétique concentré et dans l'acide chlorhydrique. (*Archiv der Heilkunde*, 1862; n° 4.)

Wagner rapproche à juste titre les cristaux qu'il a observés de ceux qui ont été décrits par Förster, Robin, et dans ce journal même, par Charcot et Vulpian (*Gaz. hebd.*, 1860, n° 47); nous signalerons en outre entre tous ces faits cette analogie intéressante qu'ils ont tous été observés chez des sujets qui présentaient, plus ou moins accusés, les caractères de la leucocythémie. Mais il est une autre question qui a été complétement passée sous silence, et dont la discussion eût été d'un grand intérêt physiologique. Quel est le rapport de ces cristaux avec ceux d'hématocristalline de Funke, Lehmann et Berlin? En diffèrent-ils réellement? Sont-ils vraiment incolores, ou bien ne doivent-ils cette apparence, comme ceux qu'a décrits Teichmann, qu'à l'amincissement extrême des lames qui les constituent?

Action du curare sur le système nerveux, par Alberto Bezold.

Après de nombreuses expériences entreprises sur la grenouille avec du curare provenant de la Guyane, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Introduit dans le sang, le poison agit sur les mouvements du cœur, sur la moelle épinière, et sur les fibres motrices des cordons nerveux.

Après un temps variable, les battements du cœur sont arrêtés, et le pouvoir réflexe de la moelle épinière, d'abord exagéré, est ensuite anéanti. Au début, les cordons nerveux présentent une augmentation dans leur faculté électro-motrice, et surtout dans la grandeur des oscillations négatives sous l'influence de l'excitation électrique. A mesure que les phénomènes d'empoisonnement se prononcent, cette suractivité s'efface.

Les rameaux nerveux moteurs présentent d'abord une diminution, puis une disparition de leur irritabilité, ces changements se manifestent d'abord dans les parties des nerfs les plus éloignées des muscles.

Tous ces effets sont d'autant plus marqués et d'autant plus rapides que la température est plus élevée (maximum + 12° c.) au moment de l'expérience.

L'auteur admet que le curare agit sur les nerfs en faisant obstacle à leur conductibilité, soit à la propagation à distance de leur activité propre, et qu'on peut de la sorte expliquer aisément tous les phénomènes que ce poison détermine dans l'organisme vivant. Bezold appelle en outre l'attention sur l'exagération, au début, de la faculté réflexe de la moelle spinale, et rapproche cette propriété du curare de l'action initiale de l'opium et de la strychnine. (*Gazzetta medica italiana, Provincie sarde*, 1862, n° 28.)

Sur la phlébectasie laryngée, par Morell Mackenzie.

Sans méconnaître les cas dans lesquels l'hypérémie veineuse du larynx est sous la dépendance d'une disposition constitutionnelle, l'auteur a surtout en vue dans cette note la congestion laryngée de cause purement locale; tantôt alors elle résulte de quelque effort anomal, tantôt d'une phlegmasie antérieure; et dans une des observations de Mackenzie, les petites veines du larynx avaient perdu leur tonicité naturelle à la suite d'une laryngite aiguë, qui s'était développée plusieurs mois auparavant.

Lorsque l'aphonie coexiste avec un état congestif des vaisseaux veineux de l'arrière-gorge, on peut soupçonner une hypérémie analogue dans le larynx; dans quelques cas, les sécrétions de la muqueuse laryngée sont notablement accrues, mais ce symptôme n'est pas constant; en revanche, la toux et les sensations douloureuses au niveau du cartilage thyroïde ne font presque jamais défaut.

Mais d'ailleurs le laryngoscope permet d'apprécier immédiatement l'état de la surface interne du larynx. Dans les cas légers, lorsque la lésion est très limitée, on voit sur les cordes vocales courir parallèlement le long de leurs bords libres, des vaisseaux noirs extrêmement ténus. Lorsque l'altération est

Digitized by Google

plus prononcée, la distribution des veines turgides est beaucoup moins régulière ; on les trouve sur les cordes vocales supérieures aussi bien que sur les inférieures, sur les aryténoïdes et sur d'autres points encore.

En lui-même et abstraction faite des accidents consécutifs, cet état du larynx mérite déjà toute l'attention des médecins, puisqu'il altère le timbre de la voix et même produit l'aphonie. Mais, en outre, il peut être le point de départ de phénomènes bien autrement graves, car les vaisseaux gorgés de sang peuvent laisser transsuder leur sérosité dans le tissu conjonctif sous-muqueux, de là un œdème de la glotte et ses épouvantables conséquences. L'hypersécrétion de la muqueuse peut avoir ici une influence antagoniste bien marquée; en revanche les quintes de toux favorisent la transsudation séreuse.

Aussitôt que cette congestion permanente du larynx est reconnue, il faut se hâter de la combattre par des topiques astringents (tannin), et par des stimulants généraux qui activent la circulation et restituent aux vaisseaux leur tonicité perdue. L'auteur recommande, surtout à ce point de vue, une mixture composée d'une once d'eau et de quinze minimes (6 gr.) de teinture de capsicum. Quant à l'agent topique, il emploie de préférence une solution formée de trente grains (1gr,80) de tannin, deux drachmes (2gr,60) d'alcool rectifié, et trois onces (96 gr.) d'eau. On touche la muqueuse laryngée avec cette solution tous les jours ou tous les deux jours. (*The Lancet*, 5 juillet 1862.)

Éruption vaccinale secondaire, par Morand.

Obs. — Anna V..., âgée de onze mois, a été inoculée par moi, dit notre confrère d'Afrique, le 11 mars dernier, à l'aide de virus-vaccin qui m'avait été envoyé sous verre de Médéah. La réussite fut complète, et j'obtins à chaque bras trois magnifiques boutons caractéristiques, qui me servirent à vacciner avec succès plusieurs enfants de la localité. Six semaines après, vers le 20 avril, la petite Anna, qui n'a presque pas souffert par le fait de sa vaccination, et dont la santé habituelle est parfaite, est prise de malaise, avec fièvre assez vive la nuit, et dérangement des fonctions intestinales. Il y a aussi un peu de toux. Sa mère suppose qu'il s'agit de la sortie prochaine de quelque dent, ce qui ne me paraît pas improbable, car l'enfant n'a que quatre incisives, et ses gencives sont légèrement tuméfiées. On n'oppose à cet ensemble morbide qu'une médication simple, dont les lavements émollients et les loochs huileux font tous les frais. Cet état de choses persiste durant trois jours, et vers le quatrième (25 avril), comme la mère baignait la petite malade, après une sédation marquée, grande fut sa surprise d'apercevoir de nouveaux boutons à la place qu'occupaient ceux depuis longtemps desséchés, provenant de la vaccination. Mandé aussitôt, je constate, en effet, cinq pustules, trois sur le bras droit, et deux sur le gauche, parfaitement ombiliquées, saillantes, de 4 millimètres de diamètre environ, entourées par une auréole légèrement enflammée. On eût dit de véritables pustules vaccinales ; elles ne différaient de celles que l'enfant présentait précédemment que par leur saillie et leur diamètre un peu moindres. Leur marche fut cependant plus rapide, car quatre jours après, vers le 1er mai, elles étaient entièrement desséchées. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 30 juin 1862.)

Quoique, par son titre, l'observation précédente semble appartenir à un groupe de faits bien connus, elle s'en écarte cependant à beaucoup d'égards, et c'est précisément ce qui nous a décidé à lui donner place ici.

Dans les réflexions dont il a fait suivre sa relation, le docteur Morand assimile l'éruption secondaire de la petite Anna aux fausses vaccines ou vaccinelles observées et décrites dès l'origine de la vaccine. Il y a là évidemment erreur d'interprétation; les fausses vaccines sont les éruptions non préservatrices qui se développent immédiatement après la vaccination, aux lieu et place de la vaccine légitime ; conséquemment elles n'ont rien à voir avec l'éruption tardive du cas actuel, d'autant plus que cette éruption tardive a été précédée d'une éruption vaccinale reconnue véritable par l'inoculation à plusieurs enfants.

D'un autre côté, le long intervalle (six semaines) qui s'est écoulé entre l'éruption vaccinale primitive et la secondaire ne permet pas de songer à une *auto-inoculation*; et la localisation exclusive des pustules sur le siége de l'éruption première défend d'admettre, dans ce cas, une de ces éruptions vaccinales secondaires généralisées, sur la valeur desquelles on n'est pas encore fixé aujourd'hui. En fait, nous ne trouvons dans l'observation du docteur Morand aucun élément suffisant pour justifier une comparaison avec l'une quelconque des anomalies connues de la vaccine ; nous ne sommes même pas en mesure de décider si le malaise qui a précédé, chez la petite malade, l'apparition des pustules tardives doit être rapproché, par une relation de cause à effet, de l'éruption qui se préparait alors. Il y a là, en réalité, un fait nouveau qui mérite d'être recueilli comme pierre d'attente, conjointement avec celui qu'a publié M. de Lachaise dans la Gazette médicale de l'Algérie du 20 avril dernier. Ici on vit se développer, chez un enfant de cinq ans, une éruption de vaccine quinze jours après une vaccination réussie, et le caractère vaccinal des boutons secondaires fut démontré par l'inoculation.

Spina bifida occipitis. Hyperplasie cérébrale avec encéphalocèle. Hernie diaphragmatique, par Virchow.

La rareté de ces lésions nous engage à consigner ici les principaux détails d'une communication faite par Virchow à la Société obstétricale de Berlin. Il s'agit d'un enfant né à sept mois d'une mère rachitique; quoiqu'il y eût une présentation des pieds, l'accouchement avait été naturel. Quelques instants avant la naissance, on percevait encore les mouvements de l'enfant; mais au moment où il fut mis au jour, il ne donnait plus signe de vie. La moitié inférieure du corps avait une conformation normale, mais la tête, renversée en arrière, était fixée dans cette position de telle sorte que l'occiput paraissait adhérer aux vertèbres lombaires; après la section des téguments on put redresser un peu la tête, et apercevoir la surface fortement concave de la région dorsale. La partie antérieure du crâne était régulière; de chaque pariétal naissait une petite lame osseuse qui représentait les écailles isolées de l'occipital; ces lames se perdaient en arrière dans un renflement en forme de vessie. Or, l'occipital doit être considéré comme une vertèbre; il existait donc là un *spina bifida occipitis*. L'ouverture de la tumeur montra une différence considérable dans le développement des deux hémisphères cérébraux; le gauche remplissant la presque totalité du renflement occipital, avait agi par compression de gauche à droite, et l'hémisphère de ce côté était réduit à une mince lamelle. Immédiatement au-dessous de cette tumeur il y en avait une autre plus petite, qui renfermait le cervelet sous forme d'une masse solide fortement condensée; plus profondément encore on trouvait une fissure du canal vertébral, qui ne contenait guère que la queue de cheval.

L'hémisphère gauche, augmenté de volume, était constitué par du tissu cérébral compacte, et les cavités ventriculaires n'étaient point dilatées, de sorte qu'il s'agissait ici, non pas d'une hydrocéphalie, mais d'une véritable hyperplasie du cerveau avec encéphalocèle consécutive. Cette disposition, d'une rareté extrême, explique à la fois le défaut de soudure des deux moitiés de l'occipital, et la compression de l'hémisphère droit.

Ce même fœtus présentait, en outre, une hernie diaphragmatique. La cavité thoracique gauche était tout entière occupée par les intestins, qui avaient presque annihilé, par compression, le poumon de ce côté. La masse intestinale (estomac, côlon, duodénum) était recouverte par une mince membrane formée aux dépens du diaphragme comme un sac herniaire. Le foie était légèrement repoussé à droite ; on ne trouvait au-dessous de lui que quelques anses intestinales. (*Monatsschrift für Geburtskunde*, juin 1862.)

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 8 AOUT 1862. — N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Transfusion pratiquée avec succès chez une nouvelle accouchée. — Sur les dangers attribués aux mariages consanguins. — Emploi thérapeutique des lactates alcalins : MM. Corvisart et Pétrequin. — II. **Travaux originaux**. Pathologie chirurgicale : Fistules uréthro-péniennes consécutives à l'étranglement circulaire de la verge. — Uréthrotomie préparatoire, uréthrorraphie, suture métallique, dilatation consécutive de l'urèthre, circoncision. — Guérison complète. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Deux cas de mort par le chloroforme. — Sur l'empoisonnement par l'acide sulfurique. — Anévrysme iliaque. Guérison par l'ouverture du sac et la ligature des artères iliaques primitive, interne et externe. — Sur la pénétration des liquides dans l'estomac des cadavres. — V. **Variétés**. — VI. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VII. **Feuilleton**. La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit.

I

Paris, 7 août 1862.

TRANSFUSION PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS CHEZ UNE NOUVELLE ACCOUCHÉE. — SUR LES DANGERS ATTRIBUÉS AUX MARIAGES CONSANGUINS. — EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES LACTATES ALCALINS : MM. CORVISART ET PÉTREQUIN.

Bien que la question de la transfusion du sang ne soulève plus aujourd'hui les luttes orageuses qui, aux temps de Lower, de King et de Manfredi, nécessitèrent l'intervention du parlement de Paris et de la cour de Rome, bien que l'on soit parfaitement édifié de nos jours sur l'innocuité de cette opération en elle-même, et sur les services qu'elle peut rendre, cependant les exemples de succès complet ne sont pas tellement nombreux qu'il soit désormais inutile de les enregistrer. Ce motif seul suffirait pour justifier la place que nous donnons ici à l'observation du docteur Weickert; mais d'ailleurs ce fait, ce nous semble, peut donner lieu à quelques considérations intéressantes, qui ne sont pas sans valeur au point de vue pratique.

C'est chez une femme âgée de quarante-trois ans, qui en était à son onzième accouchement, que notre confrère de Freiberg a pratiqué la transfusion du sang. Épuisée par des hémorrhagies contre lesquelles on avait inutilement employé tous les moyens usités en pareil cas, cette malheureuse éprouvait des syncopes qui se succédaient à intervalles de plus en plus rapprochés. Déjà les extrémités étaient froides, les battements du cœur et le pouls étaient à peine perceptibles, les yeux avaient perdu leur éclat, tout, en un mot, révélait l'imminence de la mort, lorsque Weickert se décida à une opération qui était pour la malade l'unique chance de salut. Le succès a couronné cette tentative désespérée, et après des suites de couches régulières cette femme était rendue à une santé parfaite.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la partie clinique de cette histoire (1), car ce sont les détails de l'opéra-

(1) L'observation a été publiée *in extenso* dans la *Deutsche Klinik* du 7 juin 1862.

FEUILLETON.

La physiologie de la pensée, recherche critique des rapports du corps à l'esprit, par M. LÉLUT, de l'Institut. 1 vol. in-8.

(Troisième et dernier article.)

Appuyé d'une part sur sa théorie psychologique de l'*indétermination des facultés*, d'autre part sur la critique qu'il fait des expériences et des opinions des physiologistes, M. Lélut arrive presque à nier toute possibilité de déterminer les rapports qui existent entre les fonctions supérieures et la situation, la structure intime et les diverses propriétés des appareils nerveux. Il admet que la détermination organique (comment pourrait-il le nier!) des sens externes est possible dans une certaine mesure, et la partie de son livre où il traite ce sujet n'est ni la moins instructive ni la moins intéressante. Il reconnait avec toute l'antiquité, avec Descartes, avec Cabanis, avec tout le genre humain, que les passions retentissent plus particulièrement sur les viscères du thorax et de l'abdomen, c'est-à-dire qu'elles agissent sur le système nerveux ganglionnaire. Quant au cerveau, ce *département organique* si complexe, — s'il est permis de parler ainsi, — il apparait à M. Lélut comme agissant par toute son étendue; il est, à ce titre, l'aboutissant central de toutes les actions nerveuses.

C'est le cerveau qui est l'organe *plus particulièrement* intellectuel, l'organe de la pensée.

C'est lui qui est la condition de la conscience des sensations externes et le réceptacle commun de toutes les impressions perçues.

L'imagination, l'entendement, la volonté, dépendent avant tout de lui.

C'est en lui que réside l'organe de la vie, ou plutôt il est lui-même l'organe excitateur de la vie.

Tout cela, peut-être à l'exception de cette dernière proposition, assez amplement examinée dans notre premier article,

Digitized by Google

tion elle-même qui nous paraissent surtout mériter l'attention.

Weickert s'est servi de l'appareil de Martin, et il a rigoureusement observé toutes les précautions qu'a recommandées ce dernier dans son mémoire spécial; néanmoins il a rencontré des difficultés imprévues qu'il sera certainement utile de signaler. C'est un des enfants de la malade, robuste garçon de dix-sept ans, qui fournit le sang nécessaire à la transfusion; désireux, avant toutes choses, de prévenir la coagulation du liquide, Weickert eut l'idée de ne laisser sortir à chaque fois de la veine, que la quantité de sang strictement nécessaire pour remplir sa seringue; mais cette précaution tourna contre lui, car après deux ou trois de ces petites saignées le jeune homme fut pris de syncope, et il fallut recourir, pour terminer l'opération, au dévouement d'une femme de vigoureuse apparence, qui consentit à se laisser saigner. Voilà un premier fait qui est, à notre connaissance, sans analogue dans l'histoire de la transfusion : la patiente a reçu dans ses veines du sang provenant de deux individus différents; cette circonstance insolite a prolongé bien au delà du terme ordinaire la durée de l'opération, et néanmoins, comme nous l'avons dit, la réussite a été complète. Il y a lieu assurément de louer la persévérance de Weickert, et d'en conserver le souvenir comme celui d'un exemple à suivre dans des conditions semblables.

Du reste, l'opérateur n'a pu éviter la difficulté qui l'avait préoccupé dès le début, et la coagulation rapide du sang a constitué l'obstacle le plus sérieux contre lequel il ait eu à lutter; non-seulement le liquide se solidifiait en partie dans la seringue, avant que la course du piston fût achevée (de sorte qu'on n'a pu mesurer la quantité de sang injecté), mais il commençait déjà à se coaguler dans le vase où on le recevait au sortir de la veine. On sait que dans plusieurs tentatives de transfusion cette coagulation précoce du liquide a empêché de mener à bonne fin l'opération. Or, nous croyons que les précautions recommandées pour prévenir cette coagulation vont précisément contre le but qu'on se propose. Que fait Weickert? Il reçoit le sang dans un vase parfaitement chauffé, et il a soin d'élever à peu près également la température de la seringue : c'est précisément là le meilleur moyen de hâter la coagulation du sang; les expériences de Hunter, de Hewson et de Scudamore ont donné de ce fait une démonstration sans réplique; il paraît même établi que la température la plus propre à la coagulation est précisément celle de l'animal auquel appartient le sang. Les recherches de Davy, par contre, ont montré qu'à 0 degré la formation du coagulum est retardée d'une heure. Nous ne prétendons pas, on le conçoit, qu'il faille refroidir à ce point un liquide qui doit être injecté dans les veines d'un individu dont la température normale est de 37 à 38 degrés; la limite la plus favorable est encore inconnue, nous en convenons volontiers, mais nous ne pensons pas que le meilleur moyen de la découvrir soit d'obéir aveuglément à un précepte, qui n'a d'autre justification qu'une antique routine. En revanche, nous tenons pour certain que dans la pratique de la transfusion, il importe avant toutes choses de se conformer aux enseignements de la physiologie expérimentale.

Il est, dans l'observation de Weickert, une autre particularité que nous avons à cœur de mettre en lumière, car si elle n'a pas directement trait à la transfusion, elle est d'une valeur considérable au point de vue de la phlébite. La veine médiane gauche, qui a servi à l'injection du sang, avait été découverte dans l'étendue d'un demi-pouce, et dans toute cette longueur elle avait été dépouillée de sa gaîne de tissu conjonctif; au moyen d'un trocart, on y avait pratiqué une ouverture par laquelle avait été introduite la canule conductrice du liquide. Les choses étant ainsi disposées, Weickert s'apprêtait à commencer l'injection, lorsque la malade fit un mouvement brusque qui déplaça la canule. Pour éviter le retour de cet accident, l'opérateur fit découvrir et dénuder la veine dans une étendue plus considérable; il la souleva alors avec un fil, et chaque fois que l'injection du sang était interrompue, un aide serrait l'anse de fil, de façon à appliquer étroitement les parois du vaisseau sur la canule. Eh bien! malgré une lésion aussi grave, malgré le contact d'un corps étranger, il n'y eut à la suite de l'opération aucune trace de phlébite.

Weickert n'a pas insisté sur ce détail, qu'il s'est borné à mentionner; pour nous, nous ne *pouvons le laisser* passer inaperçu, car il nous paraît bien propre à démontrer, même aux plus incrédules, ce qu'il faut penser de la prétendue irritabilité de la membrane interne des veines. N'est-il pas temps, nous le demandons, de faire justice d'une assertion qui, quoique entièrement gratuite, domine encore en France toute la pathologie du système vasculaire? N'est-il pas temps de réduire à son étendue réelle le domaine quelque peu fantastique de l'endophlébite primitive? N'y a-t-il pas enfin, dans le fait précédent (et nous pourrions en citer d'autres non moins significatifs), la confirmation clinique des expériences si précises de Meinel et de Virchow?

JACCOUD.

---

ne soulèverait pas beaucoup d'objections; mais ces différents ordres de phénomènes se produisent, selon M. Lélut, comme nous l'avons déjà dit, par le fonctionnement de toute la masse encéphalique, sans qu'on puisse distinguer si telle ou telle partie est plus spécialement destinée à tel ou tel acte, par ce seul fait que tous ces actes sont confondus, enchevêtrés, entremêlés, combinés, fusionnés entre eux, de telle façon que l'œil le plus pénétrant n'y pourrait rien reconnaître. Du reste, M. Lélut ne se charge pas de débrouiller cet écheveau mystérieux, il n'a d'autre prétention que de faire voir à la génération actuelle qu'elle en sait beaucoup moins qu'elle ne croyait et que la physiologie de la pensée n'a pas fait un pas depuis les beaux temps de l'antiquité grecque jusqu'à nos jours. Tout au plus pourrait-on lui accorder peut-être que son ignorance est plus savante que celle des anciens!

M. Lélut ne fait cependant pas du cerveau l'organe unique de l'âme. Tout le corps, pour ainsi dire, ou tout au moins tout le système nerveux, s'associe à son action. *Tout concourt, tout consent, tout conspire*, a dit le sage de Cos. « Voyez ce luth suspendu, a dit un autre ancien (Platon, je crois) sitôt qu'un passant vient à le frôler, qu'un insecte qui vole, un souffle, vient faire résonner une de ses cordes, il frémit tout entier : il n'est pas une seule de ses parties qui ne vibre à l'unisson : tel est le corps de l'homme! » Quelle que soit l'autorité de cet ancien, la comparaison est plus belle que juste. Malgré le respect que nous avons pour le père de la médecine, nous dirons que son aphorisme est du nombre de ces erreurs si lumineuses que vingt siècles en sont éblouis, ou, si l'on veut, de ces vérités qui ne sont vraies qu'à certains égards seulement. N'en est-il pas de même de l'aphorisme *Duobus doloribus simul obortis*..., de l'aphorisme *Ablata causa*... et de tant d'autres?

L'organisation de l'homme, et même celle des animaux les plus simples, sont beaucoup plus complexes que celle d'un instrument de musique. S'il y a quelque analogie, au point de vue littéraire, entre ces deux choses, au point de vue physiologique il n'y en a pas ou presque pas. Et nous voyons, au

Digitized by Google

Du danger des mariages consanguins sous le rapport sanitaire, par F. Devay. Paris, 1862; Victor Masson et fils.

Dangers des unions consanguines et nécessité des croisements, par J.-Ch.-M. Boudin. Paris. 1862; J.-B. Baillière et fils.

(Premier article.)

I

La Gazette hebdomadaire s'est à plusieurs reprises occupée de la question des mariages entre consanguins. En 1856, elle a donné une analyse du mémoire communiqué par M. Ménière à l'Académie de médecine; vers la fin de cette même année, M. Dechambre a consacré deux articles assez étendus aux travaux, alors récents, de Rilliet et de M. Devay, qui vient de donner une seconde édition de son mémoire. En 1857 (n° 31), on a mis sous les yeux du lecteur les observations publiées par M. Bemiss dans le North American Medico-Chirurgical Review; en 1860, une note lue par M. Devay à l'Académie de Lyon a été reproduite *in extenso*. Enfin, tout récemment nous avons traduit de l'anglais un travail de M. Gilbert Child (n° 27), et nous avons inséré la communication de M. Boudin sur *les dangers des mariages consanguins et la nécessité des croisements* (n° 28). Une note confirmative de M. Brochard fait partie du procès-verbal de l'Académie des sciences (séance du 7 juillet). A ces documents il convient de joindre les deux importants mémoires de M. Périer sur *les croisements ethniques* et le rapport de ce même auteur à la Société d'anthropologie sur la thèse de M. Alfred Bourgeois, cette thèse elle-même, et la note de M. A. Sanson, lue à l'Académie des sciences, sur la consanguinité chez les animaux.

Tel est, sauf omission, le bilan des travaux qui ont eu pour sujet les conséquences des alliances consanguines; il s'en faut, on le comprend, que ces écrits aient été conçus dans le même sens, qu'ils aient la même portée, les mêmes prétentions et la même valeur. Pour ce qui est des conclusions, en effet, nous trouvons d'un côté Rilliet, Ménière, MM. Devay, Boudin et Brochard, qui, à divers degrés, attribuent à la consanguinité les maladies les plus graves, les plus nombreuses, les plus irrémédiables; mais, tandis que M. Devay développe presque sans mesure possible la série des maux qu'engendrent les mariages consanguins, MM. Boudin, Ménière et Brochard limitent à la surdi-mutité congénitale le champ de leurs observations. M. Boudin, cependant, tout en accordant à la surdi-mutité une attention plus particulière, s'est occupé de l'albinisme, de la folie et de l'idiotisme; grâce à son érudition et à son talent de statisticien, il excelle à établir avec précision les détails de sa thèse, et, groupant de toutes façons les chiffres empruntés aux documents officiels, il parviendrait à ébranler les convictions les plus solides, si celles-ci pouvaient jamais dépendre des aventures de la statistique.

Mais, d'autre part, M. Périer, qu'une longue maladie tient malheureusement éloigné de ces débats, M. Gilbert Child, M. A. Bourgeois et M. Sanson, ont fourni à ceux qui n'admettent que dans certaines limites les dangers de la consanguinité, des arguments nombreux et puissants, à l'appui de leur opinion. C'est aidé des travaux des uns et des autres que nous entreprenons l'examen du livre de M. Devay, qui, par le talent et la position de son auteur, est assurément destiné à agir sur l'esprit public d'une manière soutenue et profonde. Aussi nous croyons-nous plus que jamais le droit de nous montrer rigoureux à l'égard d'opinions qui, si elles étaient mal fondées, seraient d'autant plus dangereuses, pour le calme et la réputation de bien des familles, que leur origine est honorée, leur mobile honnête, leur but respectable, et que, partant, grande est leur autorité.

M. Devay n'est point entré dans son sujet de prime abord; deux chapitres sont consacrés aux mauvais mariages, abstraction faite de la consanguinité. Là des questions délicates sont traitées avec délicatesse, et l'auteur montre combien serait utile et efficace l'intervention du médecin dans le domaine de la vie conjugale, en ce qui concerne non-seulement le choix des époux, mais encore leurs actes les plus intimes; c'est le point où se confondent le rôle du médecin et celui du confesseur. De toute évidence, ce chapitre ne s'adresse point à nos confrères, pour qui c'est affaire individuelle de savoir s'il est à propos et dans quelle mesure il leur convient de provoquer ou d'accepter la confidence et la réglementation de la vie sexuelle. Il y a là des dangers de plus d'une sorte, et surtout le danger d'affaiblir son autorité en donnant des conseils et des règles que la majorité des hommes n'est jamais en état de suivre assidûment.

Le second chapitre est consacré à établir une distinction entre les maladies de famille et les maladies héréditaires; celles-ci, selon M. Devay, doivent s'entendre de l'individu; celles-là frappent indistinctement dans la ligne directe et dans la ligne collatérale. « Toute maladie de famille est héréditaire, dit l'auteur; mais une maladie héréditaire n'est point toujours une maladie de famille; » elle a cependant tendance

---

contraire, dans presque tous les faits de la vie, soit normale, soit pathologique, les actions nerveuses locales ne donner lieu que par exception aux troubles de l'ensemble du système nerveux.

La loi que l'on peut induire des faits que possède la science et qui devrait avoir remplacé cet aperçu admirable, si l'on veut, mais incomplet d'Hippocrate, pourrait être ainsi formulée :

Toutes les parties du système nerveux, bien que n'ayant pas les mêmes propriétés ni les mêmes fonctions, sont, en quelque sorte, solidaires les unes des autres, de façon qu'une action exercée sur l'une d'elles peut se communiquer par une sorte d'irradiation de proche en proche, et successivement aux autres, en produisant dans chacune des parties qu'elle atteint des effets en rapport avec les propriétés et les fonctions de ces mêmes parties; — elle peut même, en certains cas, envahir le système nerveux dans sa totalité (1).

Si la psychologie nous porte à tout confondre dans ses généralisations, les sciences biologiques nous forcent à tout distinguer. Pourquoi les particularisations des fonctions nerveuses ne seraient-elles pas aussi nettes, aussi précises dans l'encéphale que dans le système nerveux périphérique, où l'on ne peut les nier? Si des hommes d'une haute valeur en ont pu douter un instant, c'est qu'elles y sont beaucoup plus difficiles à constater. Mais le nombre des faits qui les font entrevoir est déjà considérable.

(1) Il y a quarante ans environ que notre excellent ami et honoré confrère M. Pinel Grandchamp fit sur un chien l'expérience suivante : Une couronne du trépan étant enlevée de la partie antérieure du crâne, une compression directe fut exercée, avec une intensité graduée, sur le cerveau de l'animal. En premier lieu, les facultés élevées qui constituent la connaissance disparurent; la pression devenant plus forte, la station ne put plus avoir lieu. Une dose de tartre stibié étant injectée dans les veines et la pression étant augmentée encore, rien de particulier ne se produisit, et, dès qu'on la fit cesser, des vomissements répétés survinrent. On voit donc dans ce fait si curieux à tant de titres l'effet *physiologique* (et non *mécanique*) de la pression, manifesté par une annihilation plus ou moins complète, se porter d'abord sur les fonctions intellectuelles et sensorielles de la vie animale, ensuite sur les fonctions locomotrices, enfin sur celles de la vie organique. La loi que nous venons d'essayer de formuler est, pour ainsi dire, toute vivante dans cette belle expérience.

Digitized by Google

à le devenir, et de là une explication que nous reconnaissons avec M. Devay comme *bien naturelle* des dangers inhérents à la consanguinité : « Elle est, dit-il, la grande pépinière des maladies de famille, parce que, d'une part, elle accorde à l'hérédité tout ce que celle-ci a tendance à usurper, qu'elle la fixe, qu'elle la multiplie ; et de l'autre, qu'elle triple la virtualité des aptitudes acquises, qui, dans cette élaboration physiologique, contractent bien vite les propriétés de vices héréditaires. »

Constatons donc ce premier aveu : c'est par l'hérédité répétée, concentrée, que la consanguinité produit de fâcheux effets ; telle n'est point l'opinion de M. Boudin, qui, lorsqu'on lui donne cette explication parfaitement admissible des résultats pathologiques des unions entre consanguins, la repousse énergiquement, et avance « que, loin de militer en faveur d'une hérédité tout imaginaire, ils constituent la protestation la plus flagrante contre les lois mêmes de l'hérédité » (1). Mais revenons à M. Devay ; les maladies de famille ont leur source dans l'hérédité, et la multiplicité des formes morbides transmises amène le *métissage* des maladies héréditaires ; nous avons de la sorte la maladie chronique, qui est le plus généralement une maladie héréditaire hybride ou transformée. « Ainsi, dit le professeur lyonnais, d'un côté la dartre (vice herpétique), de l'autre les scrofules, influençant parallèlement l'embryon, produiront, dans l'âge mûr, une maladie organique qui aura pour facteurs pathogéniques, pour éléments, l'herpétisme et les scrofules. »

On voit que M. Devay est fort au courant de la littérature contemporaine ; il l'a montré en insérant dans sa préface une sorte de résumé des travaux de M. Broca sur l'ethnologie de la France ; il le montre cette fois en développant, non sans talent, la thèse reprise par M. Moreau (de Tours) sur la transformation héréditaire des formes morbides. C'était le cas de mentionner les livres où ces auteurs ont consigné leurs travaux. Pour ce qui est des espèces morbides fondamentales, de leurs croisements, de leurs métamorphoses, certes la question est belle ; elle est d'ailleurs à l'ordre du jour en médecine, et, pour l'exposer, ni M. Bazin ni M. Pidoux ne sont oubliés dans le livre de M. Devay. Mais ces problèmes, que M. Boudin traite dédaigneusement de « double supposition gratuite » (*Op. cit.*, p. 18), offrent aux esprits peu rigoureux de graves dangers. La recherche d'une hérédité collatérale, par exemple, a conduit M. Devay à l'observation suivante, que nous citons textuellement : « Un enfant, arrivé aujourd'hui à l'âge de seize ans, naît avec une *hémiplégie* incomplète d'*un côté* du corps. Rien ne peut, chez les deux ascendants directs, expliquer cette infirmité, qui appartient à la nombreuse famille des affections des centres nerveux. Mais un oncle paternel de ce jeune homme était imbécile ; de plus, un de ses cousins, fils d'un autre oncle, frère également du père, avait été aliéné ; un autre avait égaré sa vie dans toutes les excentricités. *Il y avait là plus d'éléments qu'il ne nous en fallait* pour rattacher l'infirmité de ce jeune homme à l'atavisme s'exerçant sur lui par la collatéralité... »

Je me demande, en écrivant ces lignes, quels éléments M. Devay a jugé superflus pour que ce fait eût pu néanmoins apparaître dans tout son éclat d'hérédité collatérale ! Je me demande aussi à quel esprit scientifique un tel fait peut sembler concluant. Mais laissons là l'hérédité, d'autant plus, on le sait, que la question n'est pas de savoir si la consanguinité est dangereuse pour les enfants d'époux malades, mais si elle est dangereuse, *ipso facto*, en l'absence de toute hérédité pathologique, de tout élément de transmission morbide. On verra qu'une solution affirmative n'est pas plus douteuse pour M. Devay qu'elle ne l'est pour M. Boudin.

Nous passons sous silence le troisième chapitre ; d'abord parce que, sauf les deux premières pages, il est entièrement dû, non à M. Devay, mais à M. Aubé ; puis, parce qu'il y est exclusivement question des animaux. Ce n'est point notre affaire, et le lecteur se reportera avec avantage, *sur ce point*, à la note de M. Sanson ; nous arrivons de la sorte au chapitre quatrième, où les mariages consanguins, leur définition, leurs causes, et leur histoire sont enfin abordés.

Il y a des autorités fort respectables sans doute, que nous récusons complétement en pareille matière ; il y a l'opinion générale d'abord, les lois religieuses ensuite, chrétiennes, musulmanes ou hindoues ; les usages des Iroquois, des Hurons et des Samoièdes enfin ; toutes sources que M. Devay entasse pêle-mêle, avec irrévérence peut-être, avec inexactitude certainement, M. Périer l'a surabondamment prouvé. Il y a aussi M. Troplong, qui écrit : « Le sang a horreur de lui-même dans le rapport des sexes ; c'est par un sang étranger qu'il veut se perpétuer. » Ce que veut le sang, M. Troplong ne le sait guère mieux que nous, et, en fait de rapports, M. Troplong s'entend mieux à ceux du Sénat, sans doute, qu'à ceux des sexes. C'est là, on le sait, que ce magistrat fait autorité. La part est assez belle pour lui suffire.

(1) *Dangers des unions consanguines*, etc., par M. Boudin. Brochure, p. 21, 1862.

Nous reviendrons prochainement avec des faits nouveaux sur cette grande question des facultés spéciales, à peine ébauchée dans notre siècle.

Qu'il nous suffise aujourd'hui d'avoir indiqué dans notre précédent article un point où la distinction est possible, où l'on entrevoit quelques déterminations de facultés, où l'observation intérieure ou psychologique et la physiologie se prêtent un mutuel secours. Sans la première, les faits physiologiques seraient lettres mortes ; sans la seconde, on tomberait dans la confusion presque absolue que proclame l'auteur de la PHYSIOLOGIE DE LA PENSÉE. Et pourtant M. Lélut est physiologiste ; il n'est pas un feuillet de son livre où l'on ne s'en aperçoive ; mais il ne se sert presque de la physiologie qu'en mode critique et pour imposer silence à la philosophie. Il est aussi philosophe ; je n'en voudrais pour preuve que les pages lumineuses de son livre sur le sentiment du *moi* ou de la personne.... Mais il prétend, au nom de tous les sages des temps passés, arrêter la marche de la physiologie des hautes fonctions. Voici ses principales conclusions :

« Les faits et les pouvoirs de la sensibilité, nous le répétons » après l'avoir dit bien souvent, sont ceux dans lesquels le moi, » ou plutôt ici la personne, en même temps qu'elle se sent » vivre et sentir d'une manière en quelque sorte générale, » éprouve une manière d'être qu'elle rapporte à un point par» ticulier du corps....

» .... Les faits et les pouvoirs de l'entendement, au con» traire, ne peuvent sans doute se produire et s'exercer sans » l'intervention des organes, des organes nerveux surtout. Mais » de prime abord, non-seulement l'œil ne voit rien, mais l'es» prit *ne devine rien* de cette intervention.........................
» Dans les sens internes, les besoins et les appétits indépen» damment d'un organe ou d'une partie d'organe, non sensi» tive et non nerveuse, il y a un organe, un instrument sen» sitif, nerveux, que ne fait qu'indiquer l'œil ou l'esprit, mais » que détermine avec certitude la main de l'anatomiste. Cet

Digitized by Google

Cela dit à l'égard des premiers documents cités, nous voyons M. le professeur Devay invoquer le physiologiste et le médecin, et nous nous inclinons. Mais on prête à ceux-ci une théorie dont notre ingénieux confrère pourrait à bon droit réclamer tout l'honneur; et cette théorie qui manque aux écrits de M. Boudin, c'est toute la philosophie de la consanguinité et des malheurs qu'elle produit, *ipso facto*. On va voir que nous sommes déjà loin de l'hérédité, même collatérale, et du métissage pathologique.

« Toute combinaison physiologique, dit M. Devay, est due à une véritable affinité vitale, et le mystérieux appel à l'hymen des parties ou des caractères hétérogènes des êtres, sous les types spécifiques et individuels du transport séminal, a, dans tous les organes, dans toutes les fonctions, dans tous les éléments du produit qu'il compose, la condition unique de *la diversité harmonique des auteurs.* »

On reconnaîtra sans peine dans cette proposition les traces de ce naturisme panthéiste qui donna naissance, au commencement de ce siècle, à l'école des polaristes dont Broussais s'est occupé dans l'EXAMEN DES DOCTRINES. Pour n'être point exprimée, cette tendance à l'assimilation des actes biologiques, aux phénomènes physiques, n'en est pas moins très prononcée. Mais, parmi les observateurs qui ne s'en tiennent pas à de très superficielles remarques, qui oserait dire avec M. Devay « que les alliances entre époux trop uniformes entre eux, si bien constitués qu'ils soient, chacun à part, sont souvent infertiles », et surtout qui voudrait aller jusqu'à soutenir, avec le même auteur, une proposition aussi étrange que la suivante : « La fécondation est d'autant plus assurée dans une même espèce qu'il y a plus d'intervalle entre les tempéraments ou l'état actuel du mâle et celui de la femelle (1)? » Outre que ces termes ne sont rien moins que scientifiques (*l'état actuel* semble être assimilé au *temp rament!*), toute la zootechnie proteste contre une telle assertion.

C'est une doctrine reçue dans les salons, je le reconnais volontiers, que celle de l'attrait des contrastes dans les sexes différents; il est convenu que les blondes aiment les bruns, les petites les grands, les replètes les maigres, les lymphatiques les sanguins, et l'on va jusqu'à soutenir que les savants aiment les femmes ignorantes. Mais, jusqu'à ce jour, je ne pense pas que cette doctrine ait eu les honneurs d'une controverse sérieuse, et je ne commencerai pas; toute cette philosophie échappe à la critique comme elle se dérobe à la démonstration. Que signifie, par exemple, la phrase suivante : « On ne saurait douter que la nature n'ait imposé pour condition de prospérité à la vie organique la loi d'échange des attributs physiologiques contraires? » L'échange d'attributs physiologiques contraires! Demandez à dix personnes éclairées quel sens il faut attacher à cette loi, et si vous en obtenez deux réponses claires et uniformes, je me trompe fort ou ce sera grand hasard.

Mais pour ce qui est des croisements contrastés dont la fécondité « serait d'autant plus assurée que l'intervalle serait plus grand entre les tempéraments ou l'état actuel dans une même espèce, » M. Devay croit-il à l'unité de l'*espèce* humaine? Son orthodoxie religieuse bien connue lui ferait sans doute considérer le doute sur ce point comme une injure : eh bien, ne sait-on pas que les croisements entre les races humaines sont d'autant moins féconds que ces races offrent des attributs physiologiques plus distincts? L'un des savants les plus profonds et les plus universels de notre temps, M. Broca, peu partisan de l'idée de la supériorité des races pures cependant, a recherché les lois de l'hybridité chez les animaux et chez l'homme. Il a distingué une hybridité *eugénésique* et une hybridité *dysgénésique* chez les uns et chez les autres : la première est celle qui est propre au croisement de deux races très voisines, telles que le sont en France, par exemple, les Celtes et les Kimris, les Romains et les Germains, etc., telles que le sont sans doute tous les membres des races indo-européennes. Leurs produits sont indéfiniment féconds, et il est possible qu'on aurait encore de pareils résultats si l'on étudiait le croisement des Mongols et des Sémites, des Sémites et des Aryens, etc. Mais à mesure que l'on choisit des types reproducteurs plus distincts, la stérilité des produits devient de plus en plus patente.

C'est ainsi qu'il est fort douteux qu'en l'absence des races mères les mulâtres pussent subsister au delà de la troisième ou de la quatrième génération. Telle est du moins l'opinion de M. Jacquinot, qui, l'un des premiers, a signalé cette stérilité chez certains métis humains, et qui a érigé en loi, tout au contraire, « que plus deux espèces sont voisines, plus le produit a de chances pour être fécond ». Telle est aussi l'opinion de M. Nott, l'éminent anthropologiste, celle de Long, de Van Amringe, de Hamilton Smith et d'autres auteurs cités par M. Broca.

(1) Bien que cette phrase se rencontre textuellement dans l'ouvrage de M. Devay et qu'aucune indication d'emprunt ne l'accompagne, elle est due, non à *M. Devay*, mais à *M. Giron de Buzareingues* (cité par M. Périer, *Essai sur les croisements ethniques*, p. 52). *Suum cuique*.

» organe est constitué par une surface, une nappe nerveuse » spéciale, un ou plusieurs nerfs spéciaux, un point de la moelle » épinière où se rendent ou d'où partent ces nerfs, et au delà » *par la totalité du centre nerveux encéphalique*, dernière condition » sans laquelle il n'y a ni besoin, ni appétit, ni instinct, ni » sensation, même la plus grossière.... Nous voyons ou déterminons cela, nous savons cela, *nous ne savons que cela*, et » *jamais très probablement nous ne pourrons guère en savoir davantage* (1). »

Si la biologie ne peut nous promettre la solution des grandes questions que la science générale n'a pu résoudre toute seule en six ou sept mille ans, si elle ne peut nous donner notamment la connaissance des fonctions intellectuelles, où chercherons-nous ces vérités précieuses dont les sociétés en progrès ne peuvent se passer?

(1) *N. B.* Les mots soulignés ne le sont pas dans le texte de M. Lélut.

Aidée de tous les faits que l'expérience fournit à l'induction, aidée des moyens nouveaux d'observation que l'induction crée pour augmenter le pouvoir de l'expérience, la science a brisé la voûte de cristal bleu, le vieux *firmament* qui l'étouffait, elle a pesé les globes qui peuplent l'espace et même les atomes invisibles dont les corps sont formés, elle dirige la force, elle mesure la chaleur, elle analyse la lumière, elle commande à l'électricité, elle connaît déjà un grand nombre des lois de l'organisation et de la vie, elle parviendra, sans aucun doute, à découvrir les conditions physiologiques de la pensée. Ne cherchant que les causes immédiates des choses, ou plutôt des phénomènes, elle peut toujours marcher, et nul ne peut fixer, dans cette voie, une limite qu'elle ne puisse franchir.

Il nous est impossible de discuter ici, dans chacune de ses parties, une œuvre aussi vaste et aussi forte que celle de M. Lélut. Nous nous bornerons à l'examen précédent des deux exégèses qui nous semblent être les colonnes principales de sa doctrine psycho-biologique. Nous ne suivrons pas M. Lélut

Digitized by Google

Mais cette stérilité est encore plus marquée pour les métis d'Européens et de Malais (elle est constatée par M. Boudin); enfin, grâce aux recherches du savant chirurgien de Bicêtre, on peut affirmer que l'infécondité est presque absolue dans les alliances de la race anglo-saxonne, l'une des plus élevées, et des deux races les plus inférieures, à savoir : les Tasmaniens et les Australiens. A la vérité, M. Broca n'a point fait de *loi* à cet égard, ce qui est une compensation pour ceux qui en inventent à chaque page; mais voici la huitième conclusion du chapitre de l'hybridité humaine :

« Le degré le plus inférieur de l'hybridité humaine, celui où l'homœogénésie est assez faible pour rendre incertaine la fécondité du premier croisement, s'est montré précisément là où ont eu lieu les croisements les plus disparates, entre une des races les plus élevées et les deux races les plus inférieures de l'humanité (1). »

Voilà pour la fécondité des types les plus distincts unis entre eux. Quant à la vitalité, à l'intelligence, à la santé et à la moralité, nul n'a jamais douté, et M. Boudin moins que personne (2), que les métis de race quelque peu distante ne donnassent, en général, des preuves flagrantes d'infériorité. Je ne suis point éloigné de penser, si ce n'est dépasser les bornes d'une induction légitime, qu'il en est des individus comme des races, et que, toute considération pathologique écartée, la similitude des générateurs fixe et consolide chez les enfants les qualités d'ordres divers dont il est utile d'encourager le développement. Mais nous reviendrons là-dessus.

M. Devay, je n'en doute pas, a eu connaissance des travaux de M. Périer sur les croisements ethniques, et de ceux de M. Broca; bien que ce dernier auteur ne soit cité en aucun endroit (3), bien que l'on évite de se servir de sa terminologie, le chapitre IX est empreint d'un bout à l'autre de la connaissance des faits révélés par les RECHERCHES SUR L'HYBRIDITÉ. Ces faits, M. Devay a bien été forcé de les accepter; mais, outre qu'il n'en cite qu'un fort petit nombre, et des moins probants, il y mêle des assertions tellement erronées sur l'ethnologie qu'il nous faudrait exposer ici les éléments de l'anthropologie pour en démontrer l'inexactitude. Cependant M. Devay se rend à l'évidence : « Les croisements extraordinaires, dit-il, ceux de peuples à peuples, de races, de familles trop opposées sous le rapport des mœurs, des institutions, du génie individuel, des caractères physiques mêmes (l's est de M. Devay), sont dangereux, et ne peuvent amener cet heureux équilibre, cette pondération dans les facultés et dans les énergies humaines, qui constituent la civilisation (p. 168). » Voilà donc la philosophie de l'anticonsanguinité renversée par l'un de ses fondateurs! Le plus grand intervalle possible entre les tempéraments, l'échange d'attributs physiologiques contraires, la théorie de Bernardin de Saint-Pierre sur l'attraction des contrastes, en un mot, tout cela est oublié, et M. Devay, passant des races aux individus, reconnaît que « le croisement qui est avantageux est celui qui s'opère entre individus *pas trop* disproportionnés dans leur manière de vivre et de sentir (p. 170). » Comment accorder maintenant le chapitre IX avec le chapitre IV? C'est l'affaire de M. Devay, non la nôtre, et, laissant là les croisements ethniques et la philosophie de la *diversité harmonieuse*, abordons les faits.

E. DALLY.

(1) *Recherches sur l'hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier*, etc. Paris, 1860, p. 654.

(2) Boudin, *Géographie médicale*. 1857, t. I, Introduction (cité par M. Broca).

(3) Quant à M. Périer, son nom n'est cité qu'une fois et en note.

Sur l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de la digestion.

A M. LE DOCTEUR PÉTREQUIN.

Monsieur et très honoré confrère,

Malgré *les traits*, j'ai lu avec infiniment de plaisir la réponse que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser.

Il me semblait sortir d'une de ces brillantes luttes de concours, quand un orateur abondant, disert et piquant, *vient* de faire battre toutes les mains, et je m'en suis senti tout *échauffé*.

Quel mal vous feriez à la Pepsine si le temps (1), malgré de moins malicieuses et courtoises attaques, n'avait commencé depuis ces huit dernières années à la *consacrer!*

(1) Un mot seulement sur M. Bayard. Vous assurez qu'il sent peu l'enthousiasme, — puisqu'il écrit : .., et vous insistez en me disant *écoutez* ! : « Quand, après quelques jours d'essai, l'amélioration tarde à paraître, il faut renoncer à ces poudres. »

Bien pardon, cher confrère, ce n'est pas M. Bayard qui a écrit ces mots ;

C'EST moi en 1854, p. 17 de mon *Mémoire sur la dyspepsie* ..

Plus discret et modéré, même dans l'expression, que M. Bayard (qui paraît bien, comme vous le voyez, *être de mon avis*), j'ajoutais : « En quatre repas tout est dit, c'est un succès ou un insuccès, car le propre de la pepsine est d'agir vite et nettement. »

La pepsine est un médicament; si elle fait défaut, c'est encore un stéthoscope, point de longueur avec elle.

Merci donc du bel éloge que vous avez fait de ma modération, sous le couvert de M. Bayard!

Mais si je sens *peu* l'enthousiasme, comment en aurais-je trop?

Comment aurais-je promis aussi plus que tenu?

Comment serai-je en désaccord avec M. Bayard, s'il dit comme moi?

Voilà des choses encore bien obscures.

---

dans les développements de sa vaste et bonne érudition dont il a mis en quelque sorte la *quintessence* dans son livre. A peine lui reprocherons-nous d'avoir laissé dans l'ombre les faits pathologiques, de n'avoir cité les expérimentateurs que pour montrer le désaccord de leurs opinions, de n'avoir rien dit des recherches sérieuses faites pour déterminer les fonctions de l'encéphale, notamment de celles de M. Bouillaud, nous ne le suivrons pas dans ses études sur les besoins, sur les sens, sur les passions, études où nous aurions beaucoup à admirer, sans aucun doute; mais nous ne pouvons laisser passer sans protestation ce qu'il dit de l'amour.

« *Amor omnibus idem* », dit M. Lélut, prenant à la lettre Virgile qu'on ne saurait blâmer, parce que les grands poëtes ont toujours raison, et qui, d'ailleurs, voulait dire simplement que les désirs sexuels existent chez tous les êtres animés.

« *Amor omnibus idem* », dit M. Lélut, c'est-à-dire, il n'y a dans ce qu'on nomme l'amour qu'un instinct, un besoin semblable à la faim et à la soif, et cet instinct est identique chez les bêtes et chez les hommes.

On peut répondre à cela sans être accusé de faux sentimentalisme, que le caractère de l'amour varie selon le degré de la série zoologique où on l'observe.

Le docteur Henri Favre a fait la sériation des diverses fonctions et des divers appareils organiques, on pourrait faire, comme chapitre additionnel de son bel ouvrage (1) la sériation de l'amour. On verrait bientôt que le degré d'élévation de ce sentiment *chez les animaux*, dépend plus encore de la perfection des plus hautes facultés que de la disposition des organes de la génération.

Qui pourrait confondre l'instinct rudimentaire par lequel est assurée la conservation des espèces inférieures avec les impressions profondes qui rapprochent et unissent si bien les mâles et les femelles des mammifères les plus féroces, avec les

(1) *Développement de la série naturelle*, 2 vol. Paris, 1850.

Digitized by Google

J'eusse pensé que votre réponse — eût traité — de ce qui concerne votre œuvre.

Votre travail avait commencé par « mettre en relief » comment c'était LA PHYSIOLOGIE qui vous avait conduit à l'entreprise que vous avez tentée.

« *Guidé par la théorie* », disiez-vous, vous aviez « trouvé la véritable voie, la voie vraiment physiologique » de la thérapeutique des dyspepsies; — puis les lactates étaient devenus une sorte de menstrues universelles.

Vous aviez terminé votre mémoire sur le nouveau médicament par la confidence : que la partie physiologique du rôle des lactates, — plutôt sans doute que des carbonates, des phosphates et des chlorures, dans la digestion (chose tout à fait inconnue), — était toute découverte et préparée par vous.

Que vous étiez loin de n'invoquer que l'empirisme et de trouver la charge lourde!

Puis :

1° Sur quelques objections de ma part relativement à ce que vous aviez pensé acidifier un agent en lui adjoignant un sel alcalin;

2° SUR TROIS SIMPLES QUESTIONS QUI PRENNENT CORPS A CORPS IL EST VRAI, par une interrogation cette fois précise et pressante, TOUT VOTRE SUJET DOGMATIQUE;

Tout change en vous, monsieur et très honoré confrère!

Il s'agit d'exposer clairement, nettement, d'après des données palpables et non imaginaires, ce rôle digestif des lactates dans la triple phase buccale, gastrique et intestinale, sujet absolument *ignoré* de la physiologie dans tous les pays et père de votre nouvelle thérapeutique; mais nullement. — Vous introduisez, au contraire, dans votre lettre du 18 juillet, les vilains mots de coryphées, de déceptions, de théories chimiques pour lesquelles vous avez respect et méfiance (1) — et cætera.

Pour vous, la physiologie, suivant votre expression, n'est pas absolument indispensable à ce qui vous concerne.

Quelle défection envers elle, hier par vous tant caressée!

Voyons, monsieur et très honoré confrère, permettez-moi ici encore un peu de précision.

Si la physiologie vous a inspiré, si elle a enfanté votre œuvre comme vous l'assuriez, n'êtes-vous point un peu ingrat envers elle?

N'eût-elle point gagné, comme l'explication de vos succès, à la réponse aux trois questions qui terminaient tout à fait (2) ma lettre?

(1) Page 456 de la *Gazette*.

(2) Voyez avec soin : *Gazette*, p. 419 et 421, note, où ces questions se trouvent posées.

Si sur le rôle des lactates, dans chaque phase digestive (sujet qui se trouve tout à fait ignoré de la science), vous avez des connaissances précises, irréfragables, pourquoi les céler?

Sinon, à votre invention pourquoi des étais douteux?

L'empirisme qui trouve par hasard, mais montre qu'il guérit, quoique *tout nu* se trouve à mes yeux plus clair et mieux convainquant.

Mais vous ne voulez plus de ce terrain. Abandonnons donc cette correspondance; les succès que vous promettez décideront seuls.

En effet, pour appliquer la physiologie, la première chose est de ne s'appuyer que sur ses faits précis et non sur des rôles imaginaires ou *supposés*.

Vous voyez que j'avais bien raison de terminer en disant que l'*empirisme est bien plus facile* que la médecine raisonnée qui prend ses bases pour la curation de l'homme malade dans la connaissance la plus sévère et la plus précise possible des fonctions de l'homme en santé, — quel que soit le labeur qu'il faille apporter.

Chirurgien, voudriez-vous agir sur les données d'une anatomie d'hypothèse?

Je n'eusse point distrait votre œuvre de sa confiance, croyez-le bien, monsieur et très honoré confrère, si je n'eusse point cru voir en elle un exemple du danger qu'il y a pour les praticiens à assister au spectacle des applications raisonnées de données physiologiques insuffisamment assises ou purement imaginaires (1).

La physiologie se trouve aujourd'hui, et c'est ce qui fait son éclat, aussi sévère pour elle-même que l'anatomie. Si elle doit, et je crois que d'ici peu elle le fera grandement, servir la pratique, elle ne doit pas se départir de cette rigueur.

Le lecteur a maintenant sous les yeux tout le procès.

Recevez, je vous prie, monsieur et très honoré confrère, l'assurance des sentiments de la considération la plus distinguée de votre dévoué confrère,

L. CORVISART.

A M. LUCIEN CORVISART.

Monsieur et très honoré confrère,

J'aime peu la polémique, et les éloges flatteurs que vous voulez bien prodiguer à ma défense, ne compensent point

(1) Je me propose d'ailleurs de publier dans le courant de ce semestre un aperçu sur le sujet général des applications dangereuses ou prématurées de la physiologie à la médecine pratique.

émotions qui, chez les oiseaux, persistent après que l'instinct sexuel est satisfait et les poussent à construire leurs nids, à couver leurs œufs, à former une véritable famille?

Chez les hommes, l'amour est loin d'être toujours le même, il varie selon les conditions héréditaires d'organisation, le mode ou le degré de culture de chacun. Ses variétés sont innombrables; mais celui qu'on nomme platonique ou du moins ce que l'on décrit sous ce nom, comme le dit très bien M. Lélut, n'est pas de l'amour.

L'homme seul, et c'est l'un des caractères qui le distinguent le mieux de tous les autres êtres, est pris d'amour par le plaisir intérieur que fait naître en lui la contemplation de la grâce et de la beauté, et là n'est peut-être pas ce qu'il y a de plus élevé dans l'amour humain.

Non-seulement cet amour, né des plus nobles instincts, ne se rencontre pas chez les animaux, mais encore bon nombre d'hommes sont incapables de l'éprouver. Il ne se rencontre que par exception chez les peuples encore trop barbares. Il est né le même jour que la poésie.

Nous ne prétendons pas que cette passion ait absolument quelque chose en elle de plus moral, de plus social, que toutes les autres. Elle excite aux grandes actions quelquefois sans doute, mais combien de meurtres et de suicides ne cause-t-elle pas?

L'amour résulte de l'action exercée sur la sensibilité ganglionnaire affective par la conception de certains rapports supérieurs d'expressions et de formes (conception qui ne peut avoir lieu que chez l'être humain perfectionné par la vie collective). Il a pour caractère constant d'exciter des désirs du sens génital, mais il est bien distinct des impressions de ce dernier. M. Lélut confond Vénus avec Priape.

Nous sommes loin, en finissant cet article, déjà bien long, d'avoir dit tout ce que nous aurions voulu dire à propos du livre que nous venons d'examiner; mais ce qui précède suffira peut-être pour que les médecins n'acceptent pas sans appel

Digitized by Google

la peine que j'éprouve à vous voir rallumer la guerre entre la pepsine et les lactates alcalins. J'avais cru, avec plus d'un lecteur, notre différend tout à fait vidé ; il n'a pas dépendu de moi que la trève n'aboutit à la paix ; c'est par déférence pour vous que je rentre en lice.

Aujourd'hui vous ne vous bornez pas à attaquer mon mémoire tel que je l'ai *publié;* vous incriminez en outre la partie *encore inédite* ; c'est pousser un peu loin l'amour de la querelle. — Et puis, y avez-vous bien réfléchi lorsque vous traitez de *simples* les trois questions que vous posez, quand l'une d'elles indique à elle seule un traité presque entier de physiologie, puisque, pour vous satisfaire, il faudrait vous exposer le rôle physiologique des carbonates, des phosphates et des chlorures dans le travail digestif, c'est-à-dire dans la digestion, l'absorption et la nutrition? Comment avez-vous raisonnablement pu demander de renfermer tout un livre dans une lettre ! Vous avez l'esprit trop sage pour ne pas voir que tout cela n'est pas dans la question des lactates alcalins; mais, en tacticien habile, vous avez sans doute procédé de la sorte uniquement pour me dévoyer; c'était peine perdue.

J'arrive à votre principal argument : vous m'accusez d'avoir fait défection à la physiologie, et je ne serais qu'un ingrat envers une science à laquelle je dois l'inspiration d'une œuvre qui a le privilége d'avoir fortement préoccupé votre attention et votre plume. Ici je vous arrête ; point d'équivoque, s'il vous plait, et rétablissons les faits. J'ai déclaré que je professais un grand respect pour les *théories de la chimie physiologique*, mais que, en considérant combien elles sont changeantes et combien les coryphées de la science sont peu d'accord entre eux, je m'en méfiais quelque peu et que je vous laisserais seul vous aventurer sur ce terrain. Chacun a son goût. Vous êtes libre de faire des théories chimiques sur la pepsine tant qu'il vous plaira ; mais permettez-moi de ne pas suivre votre exemple pour les lactates alcalins. Je vois, dans l'histoire de l'art, que les *théories* de la chimie dite physiologique, ne sont souvent que des hypothèses destinées à être renversées ou démenties par les systèmes divers qui se succèdent. J'en conclus qu'il ne faut pas en abuser, et que pour mon compte je n'en dois user qu'avec réserve. J'aime mieux édifier mon œuvre sur la méthode expérimentale que vous traitez un peu dédaigneusement d'*empirisme;* on professe depuis Hippocrate, et c'est aussi ma croyance, que l'observation et l'expérience cliniques sont les véritables fondements de la médecine. J'attendrai qu'on nous démontre notre erreur.

Mais jamais, quelque artifice de langage qu'on emploie, jamais on ne pourra dire que se tenir en garde contre les théories de la chimie dite physiologique, c'est faire défection à la physiologie. Vous n'êtes point fondé à formuler un pareil reproche, quand mon mémoire tout entier est un travail de physiologie médicale appliquée à la thérapeutique ; vous savez aussi bien que moi que c'est à cette science que je dois l'idée mère et les développements de mon œuvre. En voyant, outre l'acide lactique libre qu'élaborent l'estomac et l'intestin, en voyant, dis-je, une quantité notable de lactates alcalins, soit dans les liquides qui servent au travail digestif, comme la salive et la bile, soit dans ceux qui en sont le produit immédiat, comme le chyle, la lymphe et le sang, j'ai cru, en présence de ces faits, pouvoir conclure que ni chimistes, ni physiologistes, n'avaient fait à l'acide lactique *combiné* le rôle qui lui revient dans la digestion ; on pourrait même ajouter que le principal coupable c'est peut-être vous ; car le bruit qui s'est fait autour de la pepsine a un instant détourné de la véritable voie. J'ai cherché à rétablir les éléments du problème dans leur entier ; j'ai étudié les lactates alcalins, je les ai expérimentés, et les résultats ont largement répondu à mes espérances. La satisfaction bien naturelle d'avoir opéré nombre de cures, et de procurer à mes confrères un nouvel agent dont l'efficacité thérapeutique est appuyée sur la physiologie, serait de nature à me consoler un peu, quand même je ne pourrais toujours en expliquer les effets à l'aide des théories de la chimie dite physiologique ; ne confondons pas ces *théories* avec les *phénomènes physiologiques*.

Toute cette partie de votre argumentation s'écroule ainsi d'elle-même, du moment que la simple restitution des faits montre qu'elle ne repose que sur une base fausse (1). Il en est absolument de même de la seconde partie : ce n'est pas sérieusement que vous m'objectez que j'ai « pensé acidifier la pepsine en lui adjoignant un sel alcalin »; si ces paroles ne tombaient de votre bouche, je ne croirais pas devoir y répondre. Vous avez fait fausse route en me prêtant aussi gratuitement une pareille absurdité scientifique, puisque, pour me disculper, je n'ai besoin que de rappeler ce que j'ai écrit : j'ai énoncé que, pour imprimer à la pepsine toutes les conditions physiologiques, il ne suffisait pas de l'acidifier, il fallait « encore l'associer à une proportion suffisante d'acide lactique ou *mieux de lactates alcalins* ». Je croirais vous faire injure si j'expliquais avec détail qu'il y a là deux idées distinctes : 1° acidification ; 2° adjonction de lactates alcalins ; c'est à ce dernier parti que j'ai donné la préférence par des motifs graves et nombreux que j'ai trop longuement développés pour y revenir. (Voy. ce journal, p. 389 et 390.) Ce n'est pas tout : vous ne prétendez pas sans doute que les lactates alcalins, qui

(1) Je proteste également contre le reproche que vous m'adressez au sujet de M. Bayard ; chacun peut se convaincre que je l'ai cité fidèlement. Si vous avez dit les mêmes choses avant lui, c'est à vous de vous entendre avec l'auteur ; pour moi, cela prouve que vous êtes tous les deux parfaitement d'accord et que ma citation est doublement juste. Quant à me faire un grief de n'avoir pas deviné (quand rien ne l'indique) qu'un passage, tiré d'une page de M. Bayard, qui n'a ni renvoi ni guillemets, vous avait été emprunté, voilà qui passe les bornes de la critique la plus personnelle. L'essentiel, c'est que le fait que j'allègue soit vrai, et il se trouve ainsi confirmé deux fois.

l'arrêt formulé par M. Lélut (1) contre la biologie intellectuelle et morale, autrement dite Physiologie de la pensée, avant même que cette science ait un état civil bien régulier. Peut-être persuaderons-nous à nos confrères que cette science est née, qu'on pourrait même trouver des preuves de son existence dans les écrits de M. Lélut, et qu'elle exercera sur les autres branches de la médecine une très heureuse influence ; de plus, que lorsqu'elle aura suffisamment grandi, elle élèvera peut-être encore d'un degré la profession médicale déjà si grande et si utile dans l'ordre social.

Antoine Cros.

(1) Dans le poëte cité par M. Lélut, ne voit-on pas l'amour produit par l'admiration et de la beauté plastique et de la beauté morale :

« Multa viri virtus animo, multusque recursat
» Gentis honos : hærent infixi pectore vultus,
» Verbaque : nec placidam membris dat cura quietem. »

Plus loin, Virgile fait parler Didon :

« Credo equidem nec vana fides, genus esse deorum. »

— Nous apprenons avec plaisir que M. Bintot, que l'on avait cru tombé aux mains des Mexicains, se trouvait à Orizaba le 22 juin, c'est-à-dire à une date postérieure au combat de Puebla.

— Parmi les lauréats de l'Exposition universelle de Londres, M. Jules Talrich a obtenu la seule médaille décernée pour des travaux d'anatomie en cire, étude complète de la myologie du corps humain (couches moyenne et profonde, 1er sujet) [29e classe]. Il a en outre obtenu une mention honorable dans la 17e classe.

— Par décret du 24 juillet 1862, ont été promus au grade de chirurgien principal de la marine impériale, MM. Bourdel, Danguillecourt, Belain de Lamotte, Fleury et Bouffier.

— Le concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Luys, Parrot et Tamarel-Mauriac.

Digitized by Google

ont pour radical cet acide lactique que vous réclamez, sont des sels inattaquables par nos humeurs, et qu'ils traversent tout le tube intestinal sans jamais se décomposer le moins du monde; or, du moment qu'il y a décomposition, ils cèdent peu à peu leur acide le long de l'appareil digestif, et satisfont ainsi à ces nécessités ou mieux à ces théories chimiques que vous semblez tant affectionner; peut-être est-ce là une des causes, non toutefois la raison entière de leur efficacité. Mais notez bien ceci : quand même cette explication ne serait pas exacte, le fait thérapeutique n'en subsisterait pas moins; et voilà, selon moi, ce qui constitue la supériorité qu'ont sur les théories chimiques l'observation clinique et cette méthode *empirique* qui n'a pas vos sympathies.

C'est là, quoi que vous puissiez dire, une médecine *raisonnée* et *positive*. Le chirurgien auquel vous faites les honneurs d'une seconde guerre, n'a pas coutume *d'agir sur les données d'une anatomie d'hypothèse*, vous voulez bien le reconnaître; et il ose dire que pour la médecine, quand il s'en mêle, ce qui lui est maintes fois arrivé avec quelque bonheur, puisqu'il n'a jamais eu à rétracter ses assertions thérapeutiques, il ose dire que pour la médecine il ne procède pas plus par hypothèse que pour l'anatomie.

Mais enfin pourquoi toute cette polémique? Pourquoi donc ces attaque réitérées? Pourquoi vous constituer ainsi *l'avocat de la pepsine* envers et contre tous? Serait-ce par hasard que vous tremblez pour elle et pour son avenir? Cela ne peut être : n'avez-vous pas affirmé que le temps l'a définitivement consacrée? Pour moi, je n'ai pas la moindre crainte à l'endroit des lactates alcalins; je ne suis nullement inquiet de leur réussite. Vous m'écrivez avec un fond d'ironie : « les *succès que vous promettez* décideront »; ce défi que vous portez aux lactates alcalins, je l'accepte : leurs rôles que vous qualifiez d'*imaginaires*, seront bientôt confirmés dans leur réalité par les plus habiles observateurs, et ces succès dont vous parlez en raillant, ne tarderont pas à être proclamés par la grande voix du public médical, qui est en dernier ressort juge souverain de ce débat; peut-être même sa sentence ira-t-elle plus loin que vous ne voudriez, et prononcera-t-elle que, dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, l'emploi des lactates alcalins sera la règle, et l'emploi de la pepsine ne sera que l'exception.

Je crois avoir répondu à toutes vos critiques.

Je tiens à rappeler en terminant que, dans ma pensée, l'union que j'ai cherché à établir entre les deux produits ne devait pas être une cause de désunion pour leurs auteurs; c'était mon plus vif désir; laissez-moi croire que j'y ai réussi, et veuillez agréer, etc.

J.-E. Pétrequin,
Professeur à l'École de médecine de Lyon.

Lyon, 2 août 1862.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie chirurgicale.

Fistules uréthro-péniennes consécutives a l'étranglement circulaire de la verge. — Uréthrotomie préparatoire, uréthrorraphie, suture métallique, dilatation consécutive de l'urèthre, circoncision. — Guérison complète, par M. A. Verneuil, chirurgien des hôpitaux.

La guérison des fistules uréthro-péniennes étant considérée de nos jours même comme assez difficile, il n'est pas inutile de publier encore de nouveaux faits, et surtout de mettre en évidence les conditions qui président au succès. Sans avoir rien imaginé de nouveau, j'ai réussi du premier coup en suivant des règles qui me paraissent augmenter les chances favorables. J'ai employé comme opération fondamentale l'uréthrorrhaphie proprement dite, en d'autres termes la suture simple, après avivement préalable bien entendu, mais sans adjonction de manœuvres autoplastiques, c'est-à-dire sans décollements, ni incisions libératrices, ni formation de lambeaux.

A cette opération fondamentale, j'ai cru nécessaire d'associer plusieurs autres opérations préparatoires ou complémentaires : l'uréthrotomie, la circoncision et la dilatation consécutive prolongée de l'urèthre. Le traitement chirurgical a donc été assez compliqué; c'est qu'en effet à la perforation de la paroi uréthrale se joignaient d'autres lésions accessoires qu'il était indispensable de combattre sous peine de voir échouer la cure principale. En agissant ainsi, je n'ai fait que me conformer à ce principe absolu qui veut qu'on tienne compte de tous les éléments primitifs ou secondaires d'une lésion, afin d'opposer à chacun d'eux les moyens convenables. A une difformité complexe, une anaplastie composée, telle est l'exigence; règle si simple qu'on ose à peine la formuler, et à laquelle pourtant on est loin d'avoir toujours donné satisfaction.

J'ai, suivant mon habitude, donné beaucoup d'étendue à ce récit, et n'ai point épargné les détails minutieux. L'utilité des longues observations est pour moi un article de foi. Je n'ai pas d'autre justification à fournir.

Obs. — Edmond Baille, de Châteauroux, âgé de quatorze ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 1, le 17 mars 1860, dans le service de M. Guersant, que je suppléais alors temporairement.

Cet enfant est pâle, peu développé pour son âge; il est craintif et d'apparence souffreteuse; il n'accuse cependant aucune maladie antécédente sérieuse, et n'offre aucun symptôme de scrofule. A l'âge de cinq ans et demi il se lia circulairement la verge avec une ficelle qu'il ne put retirer, et qui resta deux jours en place. Des accidents locaux et généraux se manifestèrent. Un médecin fut appelé; il coupa le lien, et pratiqua sur la partie antérieure de l'organe plusieurs incisions qui furent sans doute nécessitées par la tuméfaction des parties étranglées, et dont on voit encore la trace. Le cathétérisme fut pratiqué sur-le-champ pour évacuer l'urine; mais il paraît qu'il ne fut pas nécessaire d'y revenir. Les accidents se calmèrent; néanmoins trois fistules s'établirent sur le trajet circulaire tracé par la ficelle, et depuis cette époque elles ont donné passage à la presque totalité de l'urine. L'enfant, qui est intelligent, se rappelle fort bien toutes les circonstances de son accident, et en rend un compte exact.

État actuel. — Prépuce épais et long, dépassant de plus d'un centimètre le méat, qui est assez difficile à découvrir; degré notable de phimosis concomitant. La verge est de longueur et de volume ordinaire pour cet âge; sa partie antérieure semble renflée. A 3 centimètres en arrière du sommet du prépuce, on voit le sillon circulaire et les trois fistules, le tout entouré d'un bourrelet annulaire induré, haut de près d'un centimètre en certains points. Les fistules sont ainsi réparties : la plus considérable est située sur la face inférieure de la verge, un peu à droite du raphé; elle est infundibuliforme, et laisse voir au fond de l'entonnoir la muqueuse uréthrale sous forme d'une tache d'un rouge vif; c'est autour de cette perforation que le bourrelet induré a le plus d'épaisseur et d'étendue d'avant en arrière. L'orifice anormal n'est pas large; il offre à peu près 2 millimètres à son entrée dans l'urèthre. Les deux autres trajets fistuleux sont beaucoup plus étroits et beaucoup plus longs, car ils ne correspondent plus à l'urèthre, et rampent entre la peau et l'enveloppe externe du corps caverneux : l'un d'eux s'ouvre sur le milieu de la face droite de la verge, l'autre sur la ligne médiane de la face dorsale. Un stylet fin n'y pénètre que dans une très petite étendue, et ne peut atteindre le canal.

Lorsqu'on fait uriner l'enfant, le fluide sort presque en totalité et en bavant par la fistule inférieure; quelques grosses gouttes s'échappent lentement par le méat urinaire, mais sans former de jet, car elles sont arrêtées par le prépuce, qui proémine au-devant du gland. La fistule dorsale ne fait que s'humecter, et l'orifice latéral enfin donne issue seulement à quelques gouttelettes de liquide.

La miction, du reste, est lente, et sans la précaution que le malade prend de soutenir la verge par son extrémité libre, l'urine se répandrait sur les bourses et sur les cuisses, n'étant projetée qu'à une faible distance. Toutefois, les téguments sont sains autour de la fistule et dans les régions voisines. L'exploration directe donne les indications suivantes : lorsqu'on a, non sans peine, découvert le méat, et qu'on y a introduit une bougie de 2 millimètres, celle-ci parcourt la partie antérieure du canal, s'arrête un moment au-devant de la fistule principale, mais s'y engage en somme

assez aisément pour ressortir à la face inférieure de la verge. Le cathétérisme du bout antérieur se fait également sans difficulté d'arrière en avant, c'est-à-dire de la fistule vers le méat; si par ce dernier orifice on engage une bougie plus grosse, elle ne peut traverser l'orifice fistuleux, de sorte qu'on reconnaît évidemment *un rétrécissement du segment antérieur* de l'urèthre situé immédiatement au-devant de la fistule. Ce premier temps de l'exploration n'est pas douloureux. Une bougie fine, *conique*, introduite par l'orifice fistuleux dans le bout postérieur s'engage aisément d'abord, et se dirige vers la vessie, mais elle est arrêtée après 3 centimètres de trajet; malgré différentes manœuvres, et en dépit de toute la patience et de toute la douceur imaginables, il est impossible d'arriver jusqu'au col. Je me mépris d'abord sur la véritable cause de l'obstacle, et je crus être arrêté par un spasme de la région membraneuse que la bougie ne pouvait franchir en raison de sa ténuité. Je dois avouer d'ailleurs que cette partie de l'exploration fut incomplète d'abord, parce que je n'avais pas de bougies assez fines, et que les grosses ne pouvaient s'engager dans le trajet fistuleux; puis surtout parce que le cathétérisme du bout postérieur était tellement douloureux qu'il arrachait des cris à l'enfant, et provoquait de sa part des mouvements désordonnés qui rendaient l'examen très difficile. Je n'eus que plus tard l'explication de l'arrêt de la bougie, lorsque je fis, avant l'opération, le cathétérisme pendant le sommeil anesthésique; je reconnus alors qu'à près d'un centimètre en arrière de la fistule, aux limites de l'induration qui l'entourait, le bout postérieur présentait un rétrécissement fibreux, inextensible, dont le calibre atteignait à peine un millimètre, et qui arrêtait invinciblement la bougie conique aussitôt que celle-ci avait marché de quelques centimètres vers l'orifice vésical.

Ajoutons enfin que les deux bouts du canal s'inclinaient vers la face inférieure de la verge, au voisinage de la fistule, que par conséquent ils n'étaient plus sur le prolongement du même axe, et formaient, au contraire, en convergeant vers l'orifice anormal, un angle obtus ouvert en haut. C'est cette inclinaison qui ramenait toujours à l'extérieur la bougie introduite par le méat urinaire, et empêchait de parvenir dans la vessie avec le même instrument. Mais une autre incertitude planait sur le diagnostic : l'enfant, ai-je dit plus haut, paraissait souffrant; il accusait des douleurs lombaires assez fréquentes et assez intenses, puis des pesanteurs au périnée et des envies répétées d'uriner; très souvent il avait des accès de fièvre avec malaise, frisson initial, sueurs abondantes, soif, inappétence, sentiment de lassitude considérable. Les urines étaient depuis longtemps très chargées; jamais elles n'avaient été mélangées de sang; mais le tiers au moins de l'éprouvette qui les recevait était rempli d'un dépôt muco-purulent et terreux. Les régions hypogastrique et lombaires n'étaient pas sensibles au toucher, aucun gravier n'avait été rendu, la douleur à l'extrémité de la verge faisait défaut. Cependant les symptômes relatés plus haut pouvaient appartenir à une néphrite chronique, à une cystite ancienne ou à un calcul, et l'exploration de la cavité vésicale était impérieusement commandée, ne fût-ce que pour réduire à néant la dernière hypothèse; mais le bout postérieur, qui arrêtait une bougie fine, admettait encore moins un cathéter métallique, et rendait impossible le cathétérisme explorateur.

Je conçus donc le plan suivant : soumettre le malade au chloroforme, introduire un cathéter de petit volume dans la vessie pour constater l'existence ou l'absence d'un calcul. Si cette complication existait, inciser l'urèthre sur la ligne médiane, en arrière de la fistule, et dans une étendue convenable; faire par cette voie l'ablation de la pierre ou la lithotritie et l'extraction des fragments, en une ou plusieurs séances, suivant le volume et les qualités de la pierre; remettre la restauration du canal à une époque ultérieure. Si, au contraire, il n'y avait pas de calcul, procéder sur-le champ à l'opération radicale, c'est-à-dire à l'occlusion de la fistule.

Plusieurs jours furent employés à améliorer l'état de l'enfant : bains tièdes; boissons délayantes, avec addition de 4 grammes de bicarbonate de soude par jour; repos au lit; régime léger; un laxatif, etc., etc.

Le 2 avril au matin je mis mon plan à exécution; l'anesthésie fut longue à obtenir, à cause de l'appréhension extrême du malade et d'une singulière persistance de la sensibilité dans le canal, en arrière de la fistule. Je pus alors constater l'existence du rétrécissement très étroit dont j'ai parlé plus haut, et j'incisai sur-le-champ toute l'épaisseur de la paroi uréthrale inférieure sur la ligne médiane, depuis la fistule jusqu'au rétrécissement inclusivement; en d'autres termes, je fis l'uréthrotomie externe, en ayant grand soin de diviser exactement tout le tissu induré, et d'arriver jusqu'aux tissus sains de la paroi du canal en arrière de l'obstacle. Je conduisis le bistouri à petits coups de dehors en dedans, et en me guidant vers la profondeur sur la gorge d'un stylet cannelé. L'incision avait environ 12 millimètres d'étendue; elle saigna peu, car elle portait sur des tissus d'apparence cicatricielle. Les lèvres ne présentaient aucune tendance à l'écartement; elles n'avaient pas moins de 7 à 8 millimètres d'épaisseur dans le point où l'induration offrait le plus de saillie. Mieux éclairé sur la véritable nature de l'obstacle au cathétérisme, je commençai à attribuer au rétrécissement fibreux du bout postérieur les symptômes constatés du côté de l'appareil urinaire; toutefois, j'introduisis un cathéter métallique qui arriva sans peine dans la vessie, et j'explorai celle-ci avec la plus grande attention. Il sortit par la sonde et par la plaie une certaine quantité d'urine bourbeuse; mais je ne découvris heureusement aucun corps étranger. La vessie offrait une contractilité exagérée; elle repoussait fortement la sonde, et l'on reconnaissait manifestement avec le bout de l'instrument des colonnes charnues saillantes et rigides.

Il était donc indiqué de passer sur-le champ à la restauration du canal. J'avais détruit le rétrécissement postérieur; il convenait de rendre également au canal ses dimensions au-devant de la fistule. Je procédai pour le rétrécissement antérieur comme je l'avais fait pour l'autre, et j'incisai de la même manière et avec les mêmes précautions toute la partie indurée; seulement l'obstacle se trouvant beaucoup plus rapproché de la fistule et beaucoup moins étendu, une section médiane de 5 à 6 millimètres suffit pour atteindre les tissus sains, qu'il était inutile d'intéresser.

A ce moment, et l'uréthrotomie effectuée, le canal était ouvert dans l'étendue de 15 à 16 millimètres sur la ligne médiane inférieure; les deux lèvres de la plaie étaient constituées par un tissu dense, fibreux, peu vasculaire, et mal disposé pour l'adhésion. J'essayai de décoller latéralement la couche cutanée de ces lèvres, de manière à la mobiliser vers la ligne médiane pour l'affronter largement par sa face profonde. Cette dissection fut très laborieuse, à cause de la consistance des tissus indurés et de la fusion intime de la peau avec la paroi uréthrale. Je m'aperçus bientôt qu'il faudrait pousser le décollement très loin sur les côtés pour obtenir l'affrontement que je désirais, et qu'en résumé la réunion ne porterait guère que sur des tissus altérés : aussi je changeai de plan, et j'excisai circulairement toute l'induration, en respectant toutefois les couches profondes, c'est-à-dire la paroi propre du canal.

L'ablation du tissu inodulaire faite ainsi en dédolant et principalement aux dépens de la peau réalisa l'avivement du trajet fistuleux. La plaie qu'il s'agissait dès lors de réunir était elliptique; du côté de la surface cutanée, son plus grand diamètre, répondant à l'axe de la verge, avait 2 centimètres; le diamètre transversal, un centimètre environ; mais grâce à l'obliquité de l'avivement, elle allait en se rétrécissant de la superficie à la profondeur, et ne représentait au niveau de la cavité uréthrale qu'une fente longitudinale presque sans écartement et sans perte de substance.

Cette dernière circonstance me fit penser que l'uréthrotomie ayant rendu au canal son calibre en avant et en arrière de la fistule, je pourrais me dispenser de former des lambeaux sur les côtés, et me contenter de l'uréthrorrhaphie pratiquée sur une sonde volumineuse préalablement conduite du méat jusqu'à la vessie. L'extensibilité des lors acquise des bords latéraux de la plaie permettrait de reconstituer sans peine la petite portion de paroi inférieure qui manquait au niveau de la fistule et des deux rétrécissements. Au besoin, d'ailleurs, si la suture une fois faite j'avais constaté une trop grande tension de la peau, j'aurais pratiqué sur la peau des débridements parallèles à la ligne de réunion.

La sonde fut alors portée dans le canal et conduite dans la vessie, non sans peine, car la paroi supérieure déviée, comme je l'ai dit plus haut, formait au niveau de la perforation une sorte d'éperon saillant en bas, et qui conduisait toujours au dehors la sonde introduite par le méat. Un instant je songeai à inciser longitudinalement cette bride, mais je pus m'en dispenser; je fis sortir la sonde par la fistule, puis l'ayant pliée, je l'engageai de nouveau dans le segment postérieur du canal, et la poussai jusque dans la vessie.

Après avoir attendu quelques minutes la cessation complète de l'écoulement sanguin assez abondant qui avait succédé à l'avivement, j'exécutai la suture métallique; j'employai les petites aiguilles droites, à lame triangulaire, très mince, très acérée, et enfilées de soie très fine. Introduites à travers la lèvre gauche de la plaie, à 5 millimètres du bord saignant, elles traversaient obliquement les tissus de manière à sortir dans l'épaisseur de la paroi uréthrale, à la limite de la muqueuse et de la surface avivée; puis elles perforaient la lèvre droite de dedans en dehors et d'une manière analogue, c'est-à-dire en pénétrant près de la muqueuse pour reparaître à la peau, à 5 millimètres du bord avivé. Quatre points de suture placés à 6 millimètres de distance parurent suffisants; on substitua aux fils de soie des fils d'argent très ténus, auxquels on imprima une première inflexion, qui déjà mettait en contact parfait les deux lèvres de la plaie. Malgré le volume de la sonde siégeant dans le canal, et l'écartement considérable des points d'entrée et de sortie des fils (plus de 2 centimètres), l'affrontement fut aisé. La tension des téguments ne me paraissant pas exagérée, je me crus dispensé de faire les débridements latéraux.

Je fixai les sutures sur une petite plaque de plomb percée de quatre trous, concave du côté de la plaie, ovalaire, assez large pour dépasser en tous sens la ligne de réunion; en un mot, je suivis à la rigueur le procédé de M. Bozeman. Un plumasseau de charpie et une compresse légère

Digitized by Google

imbibés d'eau fraîche complétèrent le pansement. La plaque de plomb protégeait très bien la plaie contre les frottements extérieurs. Cet appareil simple et élégant me paraît bien supérieur à la suture entortillée; c'est pourquoi je le recommande tout spécialement en pareil cas. L'opération avait duré près d'une heure, y compris le temps fort long destiné à obtenir l'anesthésie, puis l'exploration vésicale, enfin le moment d'arrêt nécessaire pour laisser se tarir l'écoulement sanguin.

Je fis ensuite les recommandations suivantes : renouveler les compresses d'eau froide aussi souvent qu'il sera nécessaire; maintenir la sonde débouchée et la verge inclinée, de manière que l'urine s'écoulant facilement ne se répande pas sur les organes génitaux; si la sonde venait à se boucher, faire des injections avec précaution; continuer le bicarbonate de soude à l'intérieur pour rendre les urines limpides. 15 centigrammes de sulfate de quinine dans la soirée. Pour régime, bouillons, potages, une côtelette grillée.

La journée s'est bien passée : ni fièvre, ni frisson; appétit bon; la sonde a bien fonctionné; la nuit a été moins bonne et presque sans sommeil; douleurs assez vives à l'hypogastre, provoquées par les mouvements du tronc; cuissons très incommodes à l'extrémité de la verge et au prépuce.

Le lendemain, l'état général est pourtant très satisfaisant; la région opérée n'est ni gonflée, ni douloureuse. Prescriptions *ut supra*; un bain tiède.

Le 4 avril, persistance des douleurs du ventre et du gland; la sonde fonctionne bien, mais le moindre mouvement qui lui est imprimé provoque des souffrances dans le canal; un léger suintement purulent qui s'échappe par le méat dénote l'inflammation commençante de la muqueuse uréthrale; en même temps la région opérée offre un peu de gonflement, de sensibilité et de rougeur; la sonde est enlevée, les applications froides continuées.

Le 5, insomnie, anorexie, langue blanche. On donne 15 grammes d'huile de ricin : selles abondantes; grand soulagement; cessation des douleurs abdominales. L'état local reste le même. Cependant il semble qu'un léger suintement d'urine se fait sous la plaque; au reste, l'enfant pisse facilement sans sonde; le jet sort du méat avec force. Douleurs au niveau de la suture quand la miction commence, et vers le gland quand elle finit. L'urine est claire et sans dépôt. Les deux fistules, contre lesquelles, à dessein, aucun traitement n'avait été dirigé, ne laissent plus passer de liquide.

Le 8, ablation des sutures; les fils d'argent commençaient à devenir vacillants; ils n'ont pourtant point coupé les lèvres de la plaie, qui paraît réunie, et cependant humectée d'un peu de liquide; inflammation locale très modérée; tout pansement est supprimé; état général excellent. On continue le sel alcalin et la quinine; bains et lavements.

Le 9, j'examine attentivement, et fais uriner l'enfant en ma présence; lorsque le prépuce est attiré en arrière, le méat donne passage à un jet fort, volumineux projeté au loin, non tordu; mais la ligne de réunion offre deux petits pertuis qui donnent passage, l'un à un jet assez puissant et d'un millimètre de diamètre, l'autre seulement à quelques gouttes d'urine. L'orifice de ces pertuis, déprimé et un peu plus rouge que les parties ambiantes, est à peine visible quand le fluide n'y passe pas. Il reste encore dans la région de la suture quelque peu de rougeur et de tuméfaction. Cette exploration démontre que la réussite n'est pas complète, puisque deux petits trajets fistuleux occupent encore la place de l'ancienne perforation uréthrale; mais, en compensation de cet échec, le calibre du canal étant rétabli, l'urine sort largement par le méat urinaire, ce qui fait espérer la guérison par les moyens simples qui conviennent aux ouvertures récentes pratiquées aux conduits excréteurs.

Le 11, cautérisation de l'orifice des pertuis avec un crayon de nitrate d'argent très aigu. Application d'une couche épaisse de collodion sur la région opérée pour favoriser le dégorgement et la rétraction des parties indurées.

Le 12, l'urine a passé en totalité par le méat; mais le 14 les eschares étant tombées, elle s'est engagée de nouveau par les pertuis. Cependant, grâce à l'emploi continu du collodion, le gonflement du pourtour de la suture avait beaucoup diminué, et les cuissons intra-uréthrales avaient presque disparu. Je crus qu'il était opportun de mettre en usage la dilatation temporaire, faite avec prudence, pour conserver au canal les bienfaits de l'uréthrotomie.

Le 14, une fine bougie à olive fut introduite. Le méat est difficile à découvrir, à cause du phimosis et de l'œdème inflammatoire que le prépuce présente encore à un certain degré. Toutefois, avec un peu de soin et d'attention on triomphe de l'obstacle, et je prescris d'introduire deux fois par jour la bougie, qui devra rester en place une heure chaque fois. Le renflement olivaire d'un millimètre et demi, arrivé au niveau du point uréthrotomisé, le franchit sans résistance, mais provoque une légère douleur qui persiste pendant tout le séjour de l'instrument. Au bout de deux jours l'introduction est indolente; mais après quelque temps de séjour la sonde provoque du malaise. Les urines se troublent un peu; il survient même, le 17 au soir, un léger frisson suivi d'un petit mouvement fébrile; le sulfate de quinine, le bicarbonate de soude et les bains sont repris et prescrits pour plusieurs jours. Toutefois, le volume des sondes est progressivement augmenté, et les fistules cautérisées le 19 diminuent d'une manière notable.

Les jours suivants l'état général s'améliore; l'enfant reprend ses forces; il se lève et marche dans la journée; l'appétit et la gaieté reviennent; le jet qui sort par le méat urinaire est fort, et projeté au loin quand le prépuce est ramené en arrière; mais la longueur de ce repli cutané et l'étroitesse de son orifice gênent l'introduction des bougies, et arrêtent le jet d'urine qui coule en bavant et mouille les parties voisines. C'est pourquoi l'opération du phimosis est pratiquée le 27. La moitié antérieure du prépuce est retranchée; cinq serres-fines affrontent la peau et la muqueuse; pansement avec de la charpie imbibée d'eau fraîche; ablation des serres-fines le lendemain. La réunion immédiate est partout obtenue, et quarante-huit heures après l'opération la guérison est complète.

La circoncision paraît avoir eu la plus heureuse influence sur la guérison définitive des fistules. En effet, le jet d'urine n'étant plus arrêté par le prépuce est volumineux et vigoureusement projeté au loin; les orifices péniens ne laissent passer qu'un mince filet fluide. Suspendue jusqu'au 4 mai, la dilatation est reprise, et cette fois avec la plus grande commodité; l'étroitesse du méat empêche de passer des bougies aussi volumineuses que cela eût été désirable. Cependant une cautérisation légère et la continuation de la dilatation amenèrent le rétrécissement progressif, et enfin l'occlusion des fistules vers le 15 mai.

L'urèthre, exploré avec une bougie à boule, offre le même calibre au méat et dans le point où le rétrécissement a été divisé. Un certain degré d'induration occupe encore le siège de l'ancienne fistule et ses alentours; mais la virole inodulaire tend à diminuer de jour en jour. Les orifices déprimés appartenant aux deux petits pertuis qui n'ont point été intéressés par l'opération restent visibles, mais ils sont solidement oblitérés.

La guérison est aussi complète que possible, et l'enfant assure que depuis l'accident il ne s'est jamais aussi bien porté. Les douleurs lombaires, les accès fébriles ont tout à fait disparu. L'urine sort à plein jet; de temps en temps elle offre encore un léger nuage. Je mis le malade en observation jusqu'à la fin du mois, et le laissai partir enfin sur ses instances réitérées.

Je conseille, dans une ordonnance, de continuer quelque temps les bains, le bicarbonate de soude, et surtout de reprendre chaque mois, pendant trois ou quatre jours, la dilatation temporaire, pour lutter contre le rétrécissement traumatique, sur le pronostic duquel je ne puis me prononcer.

Point de nouvelles ultérieures. Je crois à la persistance du succès, car l'enfant, qui avait fini par se familiariser avec moi, et qui se montrait très heureux et très reconnaissant, promettait bien de revenir si quelque accident survenait.

Ajoutons quelques commentaires à ce fait.

(La fin à un prochain numéro.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

CHIRURGIE. — *Réflexions cliniques sur la lithotripsie chez les enfants*, par M. Jobert (de Lamballe). — L'application de la lithotripsie aux enfants est encore aujourd'hui l'objet d'une sérieuse controverse. Défendue avec talent par quelques-uns, elle a été vivement attaquée dans certains ouvrages dogmatiques, où on ne balance pas à lui préférer la lithotomie.

En ce qui me concerne, il y a déjà plusieurs années que je me suis prononcé en faveur de cette méthode, qui a l'avantage d'être exempte de ces complications que l'on rencontre si fréquemment chez l'adulte ou le vieillard, à savoir : les rétrécissements de l'urèthre, les engorgements et les hypertrophies de la prostate, les altérations de la vessie, etc.

Je suis loin, d'ailleurs, de me dissimuler les obstacles sérieux qu'elle présente : l'irritabilité plus grande du sujet, la difficulté de maîtriser les mouvements volontaires, involontaires, et l'impossibilité de lui faire comprendre combien il

Digitized by Google

importe qu'il se soumette à l'opération ; mais je pense que ce ne sont pas là des empêchements insurmontables : l'agitation que la crainte communique aux enfants se calme généralement après le cathétérisme et l'introduction des instruments lithotriteurs.

C'est en ayant recours à l'anesthésie qu'on évite les crises et que l'on opère sûrement. En appelant sur ce sujet l'attention des chirurgiens, j'estime que M. Vinci a rendu un véritable service à la science.

J'ai étudié avec un vif intérêt l'action du chloroforme sur les enfants affectés de calculs et soumis à la lithotripsie. Lorsque l'on commence l'opération sans employer cet agent, il est rare que l'irritabilité ne se développe pas à un haut degré ; mais, à peine soumis à l'influence du chloroforme, le malade redevient calme, les tissus se relâchent, et tout aspect de souffrance disparaît de la physionomie.

C'est en rapprochant les séances de lithotripsie, en les prolongeant de manière que le calcul soit réduit en poussière, qu'on pourra parvenir à éviter les suites du séjour des corps étrangers dans le conduit excréteur de l'urine.

C'est dans ces circonstances urgentes et lorsque dans l'urèthre s'est arrêté un gros fragment, que le broiement devient indispensable.

A l'appui des considérations qui précèdent, M. Jobert rapporte un fait remarquable, en ce sens que le sujet a été soumis tantôt à l'influence des vapeurs chloroformiques et tantôt a été opéré sans l'action de cet agent anesthésique.

Physiologie. — *De la transformation du mouvement en chaleur chez les animaux*, par M. *H. Lecoq*. — On sait depuis longtemps que le frottement ou le mouvement détermine un développement proportionnel de calorique qui va jusqu'à l'incandescence. C'est en partie sur cette transformation du mouvement en chaleur que sont fondés les différents moyens d'obtenir du feu.

Les mêmes faits se présentent sur les machines organisées vivantes. Indépendamment de la chaleur normale développée chez les animaux à sang chaud par la combustion que détermine l'oxygène dans l'appareil respiratoire, il y a une certaine quantité de chaleur additionnelle ou accidentelle produite par les mouvements de l'animal. Cette élévation de température due à l'action des muscles, arrivée à un certain degré, variable pour chaque espèce, et souvent pour chaque individu, ne peut plus s'accroître, et alors se présente un phénomène analogue à celui que nous offre l'eau chauffée sous une pression déterminée. Le calorique excédant s'unit à une partie du liquide et se transforme en vapeur. Dans les animaux à sang chaud, cet excès produit la transpiration pulmonaire ou cutanée, et cette production de vapeur, en rendant latent le calorique en excès, rétablit l'équilibre.

Il n'en est pas de même chez les animaux à sang froid, et c'est sur ce point que je désire appeler un instant l'attention de l'Académie. Le mouvement, chez plusieurs d'entre eux, élève la température au point que l'animal ne peut plus la supporter et tombe de lassitude.

Je suis convaincu que les choses se passent ainsi chez la plupart des êtres de cette catégorie ; toutefois, mes observations n'ont été faites que sur ceux de ces animaux où le contraste entre l'état de repos et la vie d'agitation présente le plus grand écart : sur les sphinx, qui appartiennent, comme on le sait, à la grande division des lépidoptères dans la classe des insectes.

L'auteur a constaté que, dans les sphinx un peu volumineux, comme celui du liseron, et quelle que soit alors la température de l'air, la chaleur acquise par le mouvement du vol surpasse celle des corps des mammifères, celle de l'homme, et arrive au moins à la température du sang des oiseaux.

Anatomie comparée. — *Revue générale des os de la tête des vertébrés*, par M. *Lavocat*. — L'auteur, dans cette troisième et dernière partie de son travail, étudie l'ethmoïde, l'os jugal, l'os unguis ou lacrymal et l'appareil hyoïdien. (*Comm.:* MM. Serres, Blanchard.)

Zoologie. — *Sur la question de la transformation du cœnure en* Tænia serrata ; lettre de M. *Davaine* à M. le président de l'Académie. — L'auteur, répondant à une allégation de M. Van Beneden, démontre par des citations que l'opinion qu'il a prêtée à ce savant naturaliste est parfaitement exacte et justifiée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport sur une épidémie variolique, par M. le docteur *Carassus* (de Milly). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Lot, des Hautes-Pyrénées et de la Haute-Marne. (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un travail de M. le docteur *Réveil* sur l'absorption par le tégument externe, chez l'homme, dans le bain. (*Comm.:* MM. Bouchardat, Gibert et Grisolle.) — *b*. Une observation ayant pour titre : *Amputation de la jambe ; complications syphilitiques ; action remarquable des préparations mercurielles*, par M. le docteur *Baldou*. (*Comm.:* MM. Ricord et Gosselin.) — *c*. Une observation de laryngite ulcéreuse et d'œdème sus-glottique, par M. le docteur *Moura-Bourouillou*. (*Comm.:* MM. Barth et Bouvier.) — *d*. Une observation de grossesse prolongée pendant onze mois et dix jours, et terminée avec succès par un accouchement provoqué, par M. le docteur *Kœberlé*, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Comm.:* MM. Depaul et Jacquemier.) — *e*. Une note sur un nouveau moyen d'empêcher les sondes ou les bougies de disparaître dans le canal de l'urèthre, par M. le docteur *Alfred Guillon*. (*Comm.:* MM. Civiale, Huguier et Ségalas.) — *f*. Le modèle et la description d'une double canule pour préserver l'œil du contact par reflux des médicaments portés dans le sac lacrymal, instrument fabriqué par M. *Charrière*, d'après les indications de M. *Fano*.

Lectures.

Hygiène nosocomiale. — M. le docteur *Désormeaux*, chirurgien de l'hôpital Necker, lit un mémoire intitulé : Remarques sur l'aération des hôpitaux, a propos des travaux exécutés a l'hôpital Necker.

L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

« 1° L'aération ou le libre accès de l'air extérieur domine toutes les questions de salubrité des hôpitaux. Quelques fenêtres ouvertes renouvellent l'air mieux et plus vite que tous les ventilateurs ; mais fenêtres ou ventilateurs ne peuvent donner de l'air pur si l'hôpital est plongé dans un air insalubre. Si l'air est stagnant et, par conséquent, vicié autour des salles, un ventilateur, quelque parfait qu'il soit, ne pourra qu'établir des courants d'air stagnant et malsain.

» 2° Les hôpitaux devraient toujours être placés dans des lieux découverts, au moins d'un côté, pour laisser arriver l'air le plus pur et le plus vif possible. C'est ce qui se trouve à l'hôpital Necker.

» 3° Le système des bâtiments parallèles, séparés par des cours, est excellent, à condition que ces bâtiments seront, comme à l'hôpital Necker, dans le lit du vent qui peut leur parvenir sans obstacle.

» 4° L'hôpital doit être largement ouvert du côté du vent ; de ce côté on doit éviter toute construction transversale ; sans cela, quelque vif que soit l'air au dehors, il deviendrait stagnant à l'intérieur et, par conséquent, malsain.

» Si l'hôpital est à mi-côte, comme l'hôpital Necker, il devra généralement s'ouvrir du côté de la vallée.

» 5° Une salle renfermant un assez grand nombre de lits, si elle est bien aérée, peut être tout aussi saine qu'une petite salle, car depuis trois mois que l'air baigne la salle Saint-Pierre à profusion, il est impossible d'y rien trouver qui dénote une infection nosocomiale. » (*Commission de l'hygiène des hôpitaux*.)

Digitized by Google

Discussion sur le goitre exophthalmique.

M. *Bouillaud* félicite les deux orateurs précédents du ton de conviction sur lequel ils ont l'un et l'autre soutenu leurs opinions; il les loue aussi de ne s'en être pas tenus à discuter sur l'étrange maladie désignée sous le nom de goitre exophthalmique, mais d'avoir, à l'occasion de ce sujet, soulevé d'importantes questions de principes et de doctrine.

Suivant l'orateur, notre corps est une machine vivante et intelligente, il est vrai, mais c'est une machine, et on ne peut pas plus concevoir les maladies sans une connaissance parfaite des organes qu'un horloger ne pourrait connaître les dérangements d'une montre sans en connaître au préalable les rouages et le mécanisme.

Béclard le père a dit : « Il n'y a pas plus de maladies sans organes malades qu'il n'y a de fonctions sans organes sains. » C'est là, poursuit M. Bouillaud, une vérité incontestable et sur laquelle M. Trousseau assurément tombe parfaitement d'accord avec M. Piorry. Il est impossible aujourd'hui d'admettre des maladies séparées des organes; aujourd'hui, et depuis les rudes coups que lui a portés Broussais, l'ontologie n'a plus de partisans sérieux ni de représentants convaincus; aujourd'hui, la pathologie basée sur l'anatomie pathologique, l'organicisme, est une doctrine universelle; ce n'est plus une doctrine uniquement propre à l'école de Paris : partout on étudie les lésions sur le cadavre avec le même soin qu'on étudie les symptômes sur le vivant. Cela n'empêche point que l'école de Paris, comme toutes les autres, n'admette les maladies générales aussi bien que les maladies locales; c'est même l'éternelle gloire des anatomo-pathologistes d'avoir mieux précisé ces maladies qu'on ne l'avait fait avant eux.

Maintenant, s'il est vrai que la science ait progressé et que nous possédions des notions très précises, très certaines, sur le plus grand nombre des maladies, ne faut-il pas aussi des noms *précis*, des noms exacts, pour désigner ces maladies, ces états morbides? Je ne saurais donc partager l'opinion si brillamment soutenue par M. Trousseau, à savoir que les meilleures dénominations sont les plus insignifiantes, celles qui n'ont aucun sens déterminé. M. Trousseau a été sans doute plus loin qu'il n'a voulu; il a entendu probablement appliquer cette maxime aux maladies encore mal connues, mal définies, à celles dont nous ne savons pas encore suffisamment les causes, la marche, le siége et la nature. Sous ce rapport, je serai volontiers de l'avis de M. Trousseau, mais à la condition que cette dénomination insignifiante ne sera que provisoire et qu'on y renoncera lorsque la maladie à laquelle elle s'applique sera plus complétement connue.

Je ne prétends pas pour cela que tout le langage médical doive être transformé en grec. Il y a dans cette tendance une exagération, généreuse sans doute, mais qui est regrettable comme tout ce qui est un abus. Voyez où l'on arriverait si, par exemple, on adoptait l'expression de *triade* employée par M. Trousseau! Pour exprimer une maladie générale, une maladie *totius substantiæ*, on n'aurait pas d'autre dénomination que celle de *panade* (παν-αδος).

M. Trousseau veut que nous donnions aux maladies les noms de leurs inventeurs. Assurément, cette méthode part d'un excellent sentiment; mais elle n'est guère conforme aux principes de la logique et aux règles ordinaires du langage. J'en appelle à M. Trousseau lui-même! A-t-il désigné toutes les maladies dont il a parlé dans ses leçons cliniques par les noms de leurs auteurs? Non. Encore une fois, ces désignations ne peuvent être que temporaires, que provisoires, en attendant qu'on puisse dénommer la maladie d'après la considération de sa nature et de son siége.

Ceci dit, passons à la *maladie de Basedow*, ou, suivant l'expression préférée par M. Trousseau, à la *maladie de Graves*. En dépit de cette préférence, M. Trousseau a souvent employé le terme de *goitre exophthalmique;* il est revenu, malgré lui, au langage représentatif. Nous avons donc pour nous M. Trousseau lui-même.

Cette maladie nouvelle n'est pas aussi inconnue en France que quelques-uns se l'imaginent. Depuis quinze à vingt ans, je l'ai vue, observée, et elle a été l'objet de mes plus profondes méditations. J'ai eu plus d'une fois l'occasion d'observer des malades jeunes encore, impressionnables, nerveux, ayant des palpitations violentes, sans maladie du cœur, sans lésion organique de ce côté, avec le cou un peu gros et les yeux à fleur de tête. Dès cette époque, j'ai été frappé du rapport qui existait entre la saillie des globes oculaires et l'augmentation du volume du corps thyroïde. Quant au troisième symptôme, les palpitations, j'avoue que j'ai été moins frappé de sa relation avec les symptômes précédents, et si cette relation a moins vivement fixé mon attention, c'est que les palpitations ne sont pas toujours liées à une lésion organique du cœur, mais qu'elles accompagnent très souvent l'état chloro-anémique.

M. Piorry a cherché une explication à ces symptômes, à leurs causes et à leurs rapports. Il a fait intervenir surtout l'obstacle à la circulation, au cours du sang veineux. J'ai longtemps songé à cette explication. Mais, me disais-je, comment se fait-il que dans les goitres endémiques, dans les goitres ordinaires les plus volumineux, il n'existe point d'exophthalmie! Et pourtant il y a là les mêmes obstacles possibles au cours du sang veineux, les mêmes éléments de compression vasculaire! Je ne trouve donc pas là toutes les conditions de la production de l'exorbitisme. Aussi, faut-il admettre, en outre de la compression vasculaire, l'existence d'une autre condition, d'une condition encore obscure, insaisissable, mais qu'il ne faut pas désespérer de découvrir.

J'arrive maintenant à la doctrine nosologique de M. Trousseau. Notre éloquent collègue a parlé d'une *triade symptomatique*, constituant essentiellement la maladie de Graves. Puis il admet que cette maladie peut exister sans goitre, sans exophthalmie, sans palpitations du cœur. Que reste-t-il donc de cette fameuse triade? et avec quels symptômes, avec quelles lésions constituez-vous alors la maladie de Graves, le goitre exophthalmique? M. Trousseau a dit à ce sujet de belles choses; mais quel rapport y a-t-il entre la variole et la vérole, qu'il a invoquées comme exemple, et la maladie de Basedow? Quelle est donc cette maladie qui domine la triade, qui peut exister sans la triade et qui survit à tous les symptômes constitutifs du goitre exophthalmique? Y aurait-il là quelque *spécificité* cachée? Que M. Trousseau nous la démontre! nous ne demandons pas mieux que d'y croire. Mais il ne l'a pas démontrée, en dépit de sa longue et brillante dissertation.

Restent donc les trois symptômes essentiels, la triade symptomatique.

Je parlerai surtout des phénomènes observés du côté du cœur. Les palpitations sont journellement l'occasion d'erreurs énormes de diagnostic. On confond très souvent les palpitations nerveuses de la chlorose avec des troubles cardiaques symptomatiques d'une lésion organique. Rien pourtant n'est plus facile que d'établir cette distinction. Pour cela, il ne faut qu'une longue habitude, qu'un exercice de longue durée. C'est pour ne pas avoir assez longtemps étudié les maladies du cœur que M. Aran a pu soutenir que les palpitations, dans le goitre exophthalmique, étaient le résultat d'une lésion organique de cet organe.

Je ne dis pas qu'on ne puisse rencontrer une lésion organique du cœur avec le goitre exophthalmique; c'est une coïncidence possible, mais extrêmement rare : c'est tout au plus si dans 2 cas sur 20 il a existé une lésion anatomique du cœur chez les sujets atteints de cette maladie.

Je ne conteste pas la légitimité nosologique de la maladie de Graves; je ne demande pas mieux de voir là une entité morbide nouvelle; mais je ne crois pas qu'on en ait encore suffisamment administré la preuve. Qu'est-ce, en effet, qu'une unité morbide, constituée par trois éléments, que l'on donne d'abord comme essentiels, et qu'on détache ensuite successi-

Digitized by Google

vement du tronc morbide, comme s'ils n'avaient entre eux aucune relation importante, nécessaire?

Jusqu'à nouvel ordre, il faut considérer le goitre exophthalmique comme un composé morbide, dont on peut séparer, isoler les troubles cardiaques, puisqu'ils ne sont pas constants, mais auquel il faut conserver deux symptômes dont on ne saurait nier l'étroite liaison, l'hypertrophie thyroïde et l'exophthalmie.

Vu l'heure avancée, M. Bouillaud renvoie à une autre séance ce qu'il se propose de dire touchant le traitement du goitre exophthalmique.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1862.

PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — ABLATION DU CANCER DE LA LANGUE.

M. *Foucher* a communiqué au nom de M. Rames (d'Aurillac), une observation de fistule vésico-vaginale guérie par la méthode américaine.

Cette fistule avait succédé à une opération de taille vaginale, pratiquée pour extraire une épingle à cheveux introduite dans la vessie. L'opérateur s'est servi dans ce cas d'un moyen ingénieux pour fixer, pour tendre et rendre plus abordables les surfaces à aviver. Une petite ampoule de caoutchouc est fixée à l'extrémité d'une canule fine et introduite dans la vessie par le trajet fistuleux. Quand cette ampoule a été distendue, on maintient la dilatation en fermant un robinet dont la canule est munie; et il suffit de tirer sur cette canule pour attirer en avant la fistule, pour en distendre les bords et déplisser la muqueuse. Grâce à ce petit appareil, M. Rames a pu exécuter le premier temps de l'opération sans la moindre difficulté, tandis qu'une première fois il avait eu chez la même malade une peine inouïe à faire l'avivement. La surface à aviver était à chaque instant soustraite à la vue par les ondulations de la cloison vésico-vaginale, et elle était d'ailleurs si pâle et si exsangue, qu'il était à peine possible de reconnaître les points dénudés de ceux qui ne l'étaient pas. Aussi la première opération avait-elle complétement échoué, tandis que la seconde fut couronnée d'un plein succès.

— M. *Chassaignac* a communiqué à la Société le procédé qu'il a suivi pour enlever avec l'écraseur une tumeur cancéreuse occupant le plancher buccal dans une certaine étendue et empiétant un peu dans l'épaisseur de la langue. Au lieu de faire la section d'avant en arrière, il passa le trocart conducteur transversalement en arrière de la tumeur et parvint à la séparer de la face inférieure de la langue. Passant ensuite le trocart au-dessous de la tumeur, il la souleva du plancher buccal et fit une seconde application de la chaîne. Le cancer fut ainsi énucléé. La région n'aurait pas permis sans de grands dangers l'emploi du bistouri. Il est vrai qu'avec le bistouri on s'arrête où l'on veut et qu'on respecte ce qu'on désire conserver, parce qu'on voit ce qu'on coupe. Mais avec l'écraseur, il n'est pas nécessaire de voir, il suffit de sentir avec le doigt. La consistance seule des tissus permet toujours d'établir la limite entre les parties altérées et celles qui sont restées saines.

Dr P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Deux cas de mort par le chloroforme.

Obs. — Emma A..., âgée de trente-huit ans, femme de constitution débile, d'une grande susceptibilité nerveuse, est entrée à Guy's hospital le 15 mars 1862, pour se faire traiter d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme, mariée depuis dix-huit ans, était heureusement accouchée de neuf enfants à terme; elle avait eu une fausse couche à trois mois. Pendant les trois semaines qui suivirent sa dernière couche, la miction resta normale, mais au bout de ce temps apparut l'incontinence d'urine. A son entrée dans l'hôpital, la malade fut soumise à un régime substantiel; on lui prescrivit du quinquina et du fer. Le 12 avril 1862, à une heure et demie après midi, on se disposa à l'opérer de sa fistule. Le chloroforme fut administré avec toutes les précautions usitées en pareil cas, au moyen d'un inhalateur; six ou sept minutes après la première aspiration, cette femme fut soudainement prise de spasmes des muscles respirateurs et d'un grand nombre d'autres muscles, ceux du dos en particulier, de sorte qu'il en résulta un opisthotonos complet; au même instant la respiration fut entièrement suspendue. Toute la surface du corps était pâle, les lèvres offraient une légère lividité; le pouls n'était plus perceptible, quoique le cœur continuât de battre faiblement pendant quelques minutes. Dès l'apparition de ces symptômes, l'administration du chloroforme fut immédiatement suspendue. On pratiqua la respiration artificielle pendant près d'une heure et quart; en même temps on faisait passer un courant électrique sur le trajet des pneumogastriques, et sur la région du cœur, on faisait des aspersions d'eau froide sur la tête, sur la face et sur la poitrine; on avait eu soin de maintenir la langue hors de la bouche. En dépit de tous ces efforts, et quoique sous l'influence des mouvements artificiels l'air pénétrât librement dans la poitrine, il ne se produisit plus aucun mouvement d'inspiration. La quantité de chloroforme inhalé n'a pas pu dépasser 2 drachmes et demie à 3 drachmes (9gr,50 = 11gr,40, d'après les mesures de la Pharmacopée de Londres).

L'autopsie a été pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le cœur, flasque et mou, était atteint de dégénérescence graisseuse; les cavités des deux côtés contenaient une quantité anormale de sang noir fluide; les poumons et le foie étaient fortement congestionnés; la vésicule biliaire, petite, ratatinée, adhérait solidement au duodénum, avec lequel elle communiquait directement par une ouverture fistuleuse; cerveau et méninges sains; aucun organe n'exhalait l'odeur du chloroforme.

Cette malade était confiée aux soins du docteur Oldham et de M. Thomas Bryant. L'observation précédente a été rédigée par M. Edwards.

Le Medical Times donne moins de détails sur le second fait; tel qu'il est rapporté cependant, il doit trouver place ici. Je traduis textuellement :

Obs. — Un cas de mort par le chloroforme a eu lieu samedi dernier dans United Hospital Bath, pendant l'extraction d'une tumeur de la mâchoire inférieure, chez une femme de quarante ans, nommée Susan Harrison. Devant le tribunal, le médecin de l'hôpital, M. Barter, a déclaré avoir administré une drachme (3gr,8) de chloroforme sur un mouchoir, puis une seconde dose égale lorsque la première fut évaporée. A ce moment le pouls de la malade était excellent, et en six minutes elle était arrivée à une insensibilité complète. L'opération fut alors commencée, et la tumeur mise à nu; cela dura environ quatre minutes, et c'est pendant ce temps que la deuxième dose de chloroforme fut presque complétement absorbée; la malade était revenue un peu à elle; on lui administra alors une autre drachme de chloroforme sur le mouchoir; elle fit une inspiration, et M. Barter s'aperçut que le pouls s'arrêtait tout à coup. Il écarta le mouchoir, et l'on suspendit l'opération; mais la malade, après trois ou quatre soupirs, était morte. Tous les efforts pour la ranimer furent inutiles. M. Gore, qui pratiquait l'opération, affirme qu'on n'avait négligé aucune des précautions nécessaires. L'autopsie démontra une dégénérescence graisseuse du cœur; il était impossible de découvrir cette altération pendant la vie. Le jury a rendu un verdict qui attribue la mort de cette femme aux effets du chloroforme. (*Med. Times and Gaz.*, 28 juin 1862.)

Sur l'empoisonnement par l'acide sulfurique,

par Antonio Cozzi.

Cette intéressante monographie est fondée sur l'étude de douze cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, observés par l'auteur à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, à Florence,

Digitized by Google

depuis le mois de février 1852 au mois de janvier 1861. A l'exception d'un seul, tous ces empoisonnements ont été le résultat de tentatives de suicide.

L'analyse de ces observations a conduit Cozzi aux conclusions suivantes, touchant les symptômes objectifs et subjectifs qui suivent l'ingestion du poison.

I. Les liquides rejetés par le vomissement sont ordinairement noirs comme de l'encre; dans quelques cas ils ont été sanguinolents.

II. Il peut se faire que les phénomènes de spasme et d'irritation déterminés par le liquide caustique, prédominent d'abord du côté du pharynx, et que la douleur épigastrique n'apparaisse que plus tard; dans ces circonstances, la mort survient inopinément, avant que rien l'ait fait prévoir au médecin.

III. Pénétrant dans le larynx et les bronches, l'acide sulfurique peut développer une inflammation mortelle, et déterminer des désordres graves dans l'organe de la voix. Cette pénétration de l'acide dans les voies aériennes est due à l'impression instantanée qu'il produit sur la langue; la contraction spasmodique du pharynx empêche la déglutition, en même temps survient un accès de toux, et dans les inspirations qui suivent, le liquide tombe dans la trachée et les bronches; il peut arriver jusqu'au poumon.

IV. Lorsque la concentration et la dose de l'acide ingéré sont suffisantes, il peut en résulter une perforation immédiate de l'estomac; alors les vomissements et les déjections font défaut. Dans ce cas aussi l'ingestion des boissons augmente les douleurs; le pouls devient filiforme, la prostration est complete, les membres se couvrent d'une sueur froide, et la mort survient en quelques heures, le malade ayant toute sa connaissance.

V. Si l'acide est faible et très étendu d'eau, les symptômes généraux sont d'abord moins graves, les accidents locaux prédominent, puis présentent eux-mêmes une légère rémission; mais bientôt éclate une réaction inflammatoire qui fait périr le malade. Dans d'autres cas, on voit apparaître des symptômes nerveux et des désordres graves dans l'assimilation; le malade ne peut se rétablir, et après de longues souffrances il succombe, soit à une gastro-entérite chronique, soit à un ulcère de l'estomac, soit enfin à un rétrécissement de l'œsophage ou de quelque autre point du tube digestif.

VI. Le sulfate d'indigo possède vraisemblablement des propriétés toxiques aussi intenses que l'acide sulfurique pur. (*Lo Sperimentale*, 1862, IX.)

Anévrysme iliaque, guérison par l'ouverture du sac et la ligature des artères iliaques primitive, interne et externe; par M. J. Syme (d'Edimbourg).

Obs. — R. L..., marin, âgé de trente et un ans, reçut vers la fin de novembre 1861 un coup à l'aine gauche. Il en résulta un gonflement douloureux, qui fut traité comme adénite. Un mois après, le malade se fit un effort de ce côté en sautant d'un navire sur le point de couler, et une tumeur nouvelle se montra quelques pouces plus haut que la première. Il entra à l'hôpital de Carlisle, où l'on constata l'existence d'un anévrysme iliaque. Après huit jours de séjour dans cet établissement, il revint chez lui, puis entra à l'hôpital de Dumfries, où l'on considéra sa maladie comme au-dessus de toute intervention chirurgicale active. Le blessé revint de nouveau dans sa demeure, et se livra à des habitudes d'intempérance, qui eurent pour effet de ruiner sa santé et de déterminer l'augmentation de la tumeur.

Le 18 avril, il fut admis à l'infirmerie royale d'Édimbourg. L'anévrysme commençait au-dessous du ligament de Poupart, et remontait plus haut que l'ombilic. En dedans, il dépassait de 2 pouces la ligne blanche, et atteignait la crête iliaque en croisant complétement toute la région iliaque gauche.

Les pulsations, très fortes, retentissaient dans toute l'étendue de la tumeur; la douleur était très vive le long du nerf crural, et il existait un œdème considérable de la cuisse.

Le 20 avril, après avoir administré le chloroforme et fait la compression de l'aorte au moyen d'un appareil imaginé par le professeur Lister (de Glascow), une large incision fut faite à travers tous les tissus, de manière à ouvrir largement le sac, qui donna issue à 10 livres de sang et de caillots.

L'orifice de l'artère était sur la partie supérieure de l'anévrysme, le vaisseau ayant été soulevé par le sang épanché au-dessous de lui. La dissection du sac permit d'isoler l'artère, qui fut liée au-dessus et au-dessous; mais comme le sang continuait à couler, quoique avec moins de force, on pensa que l'artère iliaque interne naissait de la partie du vaisseau comprise entre les deux ligatures; on rechercha l'artère, et elle fut également liée. Il ne survint aucun accident; les ligatures se détachèrent le dix-neuvième jour, et la cavité de l'anévrysme se combla et s'oblitéra peu à peu. (*The Lancet*, 1862, p. 602.)

Cette observation, présentée par M. Syme à la Société médico-chirurgicale, nous a paru des plus remarquables, non-seulement par l'énorme volume de l'anévrysme, parce qu'elle est un nouvel exemple de ligature de l'artère iliaque primitive, mais surtout par le procédé qui a été employé.

En présence d'un anévrysme siégeant à la bifurcation de l'iliaque commune, on aurait pu penser à la ligature de cette artère seule, puisque sa partie supérieure était isolable, cette opération hardie ayant donné environ une moitié de guérisons, puisque, suivant la statistique de Norris, pratiquée 10 fois pour anévrysmes, elle a été suivie 6 fois de succès.

Cependant on trouvait ici une contre-indication, c'était le prolongement de la tumeur jusqu'au ligament de Poupart, ce qui autorisait à croire que les artères iliaques interne et externe s'ouvraient sur la surface du sac, et ce qui aussi pouvait faire craindre de voir les anastomoses des branches terminales de ces artères rapporter le sang dans l'anévrysme, et amener des hémorrhagies mortelles lors de la chute de la ligature, comme on le voit pour la sous-clavière liée en dedans des scalènes.

Ces considérations pouvaient également faire rejeter l'application de la méthode de Brasdor; mais, même en admettant l'usage de la méthode ancienne, peut-être ici serait-il prudent de n'ouvrir le sac qu'après avoir lié l'artère iliaque primitive au-dessus de la tumeur.

Ce qui réussit entre les mains habiles de M. Syme pourrait très facilement échouer entre les mains d'autres chirurgiens. Que la compression de l'aorte soit insuffisante, que l'appareil se déplace pendant l'opération, et l'on aura une hémorrhagie effrayante qui amènera la mort en quelques minutes, pour peu que l'opérateur hésite à trouver l'ouverture de l'artère. Dans les cas comme celui-ci, il est préférable d'ouvrir tout de suite et de vider de ses caillots un sac anévrysmal qui s'enflammerait et suppurerait après la ligature, mais il nous semble qu'il vaudrait mieux le faire après avoir lié le tronc principal.

Du reste, M. Syme, qui paraît, dans des cas assez nombreux, partisan de la méthode ancienne, l'a employée avec succès en 1857 pour un anévrysme de la carotide à son origine, et il n'a pas craint, dans cette circonstance, d'ouvrir d'abord le sac, bien qu'aucune compression ne fût possible. C'est là une hardiesse chirurgicale qu'on peut admirer, mais que nous ne saurions conseiller à tous les chirurgiens.

Sur la pénétration des liquides dans l'estomac des cadavres, par Liman.

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie d'une façon générale la question de la pénétration des liquides dans les voies aériennes et dans l'estomac des individus submergés, et il arrive sur ce point aux mêmes conclusions qu'a signalées Casper dans son Traité de médecine légale. Nous n'insisterons pas sur ce point. Mais, dans la seconde partie de son mémoire, Liman s'est attaché à montrer toute l'importance de cette question dans certains problèmes de médecine légale, auxquels peuvent donner lieu les cadavres de nouveau-nés: lorsqu'en effet on trouve ces cadavres déjà putréfiés, enfouis dans des bourbiers, des fosses d'aisance et autres lieux analogues; lorsque, d'un autre côté, la docimasie pulmonaire démontre que la respiration était établie, la présence d'un liquide spé-

Digitized by Google

cifique dans l'estomac constitue souvent l'unique indice qui peut mettre sur la voie de la cause de la mort.

L'auteur réduit à deux les causes qui, dans la grande majorité des cas, empêchent la pénétration des liquides spécifiques dans l'estomac des cadavres de nouveau-nés; la première et la plus fréquente est la rigidité cadavérique de l'œsophage; l'autre est encore un rétrécissement de l'œsophage; mais ce rétrécissement résulte du déplacement de l'estomac, qui, cédant à la pression excentrique exercée par les gaz putrides, est accolé à la partie antéro-supérieure du diaphragme. Mais, malgré la puissance de ces obstacles, il n'est pas exact, selon Liman, de croire que l'accès des liquides dans l'estomac est impossible après la mort. Après avoir rappelé, à l'appui de son assertion, un cas décrit par Wald, et les expériences de Pappenheim, d'Albert et Riedel, l'auteur expose les résultats de ses expériences personnelles sur seize cadavres de nouveau-nés qu'il avait enfouis pendant un temps plus ou moins long.

Sur sept de ces cadavres, Liman a retrouvé dans l'estomac même la matière spécifique (sable, molécules d'argile, détritus végétaux); sur quatorze, ces éléments ont été trouvés répandus dans l'œsophage, la trachée, le pharynx et le larynx; dans deux cas seulement ces traces de la pénétration ont fait complétement défaut.

L'auteur conclut de ses recherches que, dans des circonstances favorables, les liquides et les débris spécifiques *peuvent* pénétrer dans l'estomac, même après la mort. Cette *possibilité* doit être prise en considération lorsque le liquide trouvé dans l'estomac constitue le fondement unique d'un jugement, touchant la cause de la mort d'un nouveau-né. (*Casper's Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin*, avril 1862. — *Gazzetta medica italiana* (*Lombardia*), 1862.)

V

VARIÉTÉS.

Par décret du 31 juillet, M. Claude Bernard, professeur de médecine au Collége impérial de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris, a été promu au grade d'officier de l'ordre de la Légion d'honneur.

M. le docteur Ducher, ancien chirurgien sous-aide-major, médecin adjoint à l'hôpital de Riom, a été nommé chevalier du même ordre.

— M. le préfet de Seine-et-Oise vient d'accorder une médaille de bronze à M. le docteur Froc, médecin à Sermaises (Loiret), en récompense des services qu'il a rendus aux malades indigents de plusieurs communes de Seine-et-Oise limitrophes du Loiret.

— Nous trouvons dans le DIARIO DE LA MARINA de la Havane le fait suivant, qui honore un de nos confrères établi dans ce pays :

« Nous apprenons que le docteur Th. Gaillardet, qui a été pendant plus de vingt ans le médecin et le chirurgien si distingué de la Société de bienfaisance française, et qui est aujourd'hui le directeur de la belle maison de santé de *Sainte-Mathilde*, située dans le fond de la baie de la Havane, vient, en son nom et en celui de ses associés, de mettre à la disposition du consul général de France, président de cette Société, cinq chambres destinées aux malades français, et de plus un don mensuel de 4 piastres et 2 réaux (environ 25 fr.), offrande doublement précieuse dans un moment où la fièvre jaune est si redoutable aux étrangers. Nous sommes heureux d'avoir à signaler de pareils traits d'humanité et de patriotisme. »

— M. Marcel de Serres, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Montpellier, connu par de nombreux et remarquables travaux sur l'histoire naturelle, vient de succomber à l'âge de quatre-vingt deux ans, à la veille de célébrer le cinquante-troisième anniversaire de son professorat. En effet, sa nomination à la chaire de géologie datait de la création de la Faculté des sciences de Montpellier, en 1809.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DES SUTURES MÉTALLIQUES, DE LEUR SUPÉRIORITÉ SUR LES SUTURES ORDINAIRES; EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR CE SUJET : AVANTAGES SPÉCIAUX DES FILS MÉTALLIQUES CAPILLAIRES DANS LES AUTOPLASTIES, par le Dr *Ollier*. Brochure in-8 de 60 pages (extrait de la *Gazette hebdomadaire*). Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

DE LA GYMNASTIQUE MÉDICALE SUÉDOISE (SYSTÈME LING); TRAITEMENT PAR LE MOUVEMENT (MÉCHANOTHÉRAPIE OU KINÉSIATRIE), rapport annuel sur l'Institut médico-gymnastique suédois du docteur *H.-L. Méding*. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES, PRINCIPALEMENT ÉTUDIÉE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX, par *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*. Tome III, 2e partie. (Là s'arrête l'œuvre de M. Geoffroy Saint-Hilaire, frappé par la mort avant qu'il ait pu la compléter.) Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.
Prix des t. I, II, III, complets. 24 fr.

RECHERCHES THÉORIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'ÉLECTRICITÉ CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE MÉCANIQUE, par *Marié Davy*. 2e fascicule, renfermant : *Conductibilité des corps*; — *Résistances aux changements de conducteurs*; — *Des forces électro-motrices des piles*. In-8 de VIII-96 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE, contenant la description et le catalogue du musée Dupuytren, par *Ch. Houel*. 2e édition, 1862. Grand in-18. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE, OU RECUEIL D'OBSERVATIONS ET STATISTIQUE, par le docteur *Mattei*. Tome I, 2e livraison, contenant 100 observations détaillées et leur statistique. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

DIE KRANKHEITEN DER SCHILDDRÜSE UND IHRE BEHANDLUNG (Les maladies de la glande thyroïde et son traitement), par le professeur *Lebert*. Breslau, Maruschke et Berendt. 7 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 2 mai au 5 juin 1862.

72. NOEL, Charles, né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). [*Étude physiologique et médicale sur les bains de mer.*]

73. BLANCHET, J., né à Moutet-aux-Moines (Allier). [*De l'emploi du feu en chirurgie, en particulier du cautère actuel, du cautère galvanique, et du couteau galvano-caustique, hémostatique, à chaleur graduée.*]

74. GARNIER, P.-G.-Théophile, né à Alençon (Orne). [*De la chlorose au point de vue des théories anciennes et modernes.*]

75. JUNIEN-LAVILLAUROY, J.-J.-Charles, né à Lesterps (Charente). [*Sur quelques points de l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.*]

76. DUCOURNAU, Adrien, né à Hagetmau (Landes). [*Considérations sur les effluves.*]

77. GERMAIN, Q.-G.-Louis, né à Besse (Var). [*Considérations sur la colique nerveuse des pays chauds.*]

78. L'HERMINIER, Alfred, né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe). [*Du traitement curatif de l'onyxis chronique.*]

79. VILLARET, Alexandre, né à Montpellier (Hérault). [*Cas rare d'anthracosis (dépôt de charbon dans les poumons), suivi de quelques considérations physiologiques et pathologiques.*]

80. LEBLOIS, P., né à Fontaine-Milon (Maine-et-Loire). [*Considérations sur les rapports de l'épilepsie avec la manie périodique.*]

81. BEZANÇON, Jules-J., né à Brienon-l'Archevêque (Yonne). [*Étude sur les crises spécialement envisagées dans les maladies nerveuses et mentales.*]

82. CONAN, Hippolyte, né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). [*Considérations sur l'état sanitaire de la frégate* la Poursuivante *pendant la campagne de la mer Baltique, 1854.*]

83. LESOUEF, P.-J., né au Havre (Seine-Inférieure). [*Remarques sur trois cas de grossesse extra-utérine.*]

84. MIROUDOT, Henri, né à Villersexel (Haute-Saône). [*Quelques considérations sur le ptérygion.*]

85. BUT, Abel, né à Mirefleurs (Puy-de-Dôme). [*Essai sur l'ulcère simple de l'estomac.*]

86. DOISNEAU, Jules, né à Niafle (Mayenne). [*De l'emploi de l'opium dans la pratique des accouchements.*]

87. ROYER, P.-L.-V., né à Rouvray (Côte-d'Or). [*De la saignée : ses indications et ses contre-indications.*]

88. SANTIARD, Pierre, né à Nolay (Côte-d'Or). [*De l'expectation dans la péripneumonie franche.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 15 AOUT 1862. — N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Sur les dangers attribués aux mariages consanguins. — II. **Travaux originaux**. Pathologie chirurgicale : Fistules urethro-péniennes consécutives à l'étranglement circulaire de la verge. — Uréthrotomie préparatoire, uréthroraphie, suture métallique, dilatation consécutive de l'urèthre, circoncision. — Guérison complète. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Transfixion de l'abdomen par un coup de baïonnette; guérison. — Sur les taches de sang. — Eclampsie. Injection sous-cutanée de morphine. — Les affections puerpérales à la Maternité de Saint-Pétersbourg. — Chorée avec hallucinations. — V. **Bibliographie**. Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger. — Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy. — Étude médicale sur Contrexeville. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 14 août 1862.

SUR LES DANGERS ATTRIBUÉS AUX MARIAGES CONSANGUINS.

DU DANGER DES MARIAGES CONSANGUINS SOUS LE RAPPORT SANITAIRE, par F. DEVAY. Paris, 1862; Victor Masson et fils.

DANGERS DES UNIONS CONSANGUINES ET NÉCESSITÉ DES CROISEMENTS, par J.-CH.-M. BOUDIN. Paris. 1862; J.-B. Baillière et fils.

(Deuxième article.)

II.

On veut démontrer par les faits que la consanguinité des parents, *ipso facto*, en dehors de toute hérédité pathologique et de toute influence étrangère à l'innéité organique, augmente, dans une proportion notable, les chances d'infirmités et de maladies auxquelles sont exposées les générations. En conséquence, les faits que l'on invoque doivent avoir ce double caractère de n'être entachés d'aucune cause d'erreur qui fasse attribuer à la consanguinité ce qui est le résultat de circonstances diverses, d'être *simples*, en un mot; et, secondement, d'être assez nombreux pour que l'on n'ait point le droit de les considérer comme purement accidentels, et, par rapport aux grands nombres, comme actuellement insignifiants.

Aucun des faits signalés par M. Devay ne réunit cette double condition.

Prenons d'abord les faits historiques : « L'anéantissement des aristocraties, dit M. Devay, est un lieu commun historique. » Pour lieu commun, je l'accorde; pour vérité exceptionnelle, la chose est plus contestable. Benoiston de Châteauneuf a montré, tout au contraire, que la durée moyenne des maisons historiques avait été supérieure à celle des familles de noblesse de robe, et supérieure aussi à la durée des familles qui « vivaient en dehors des conditions qui obligeaient celles des nobles. » Il paraît donc que, loin d'offrir des conditions désavantageuses de longévité, les castes aristocratiques sont exceptionnellement favorisées; mais M. Devay ne veut pas qu'il en soit ainsi, et il déclare que « leur consomption est surtout le résultat des limites que leurs préjugés ont apportées aux éléments de leur propagation. » Chose singulière! M. Devay accuse la consanguinité de méfaits imaginaires, et, sans plus y regarder, il part de là pour formuler son réquisitoire. Mais, supposé qu'il fût démontré que ces familles fussent, en effet, complétement dégénérées dès le XVIIIe siècle, n'est-ce pas précisément le temps où les *mésalliances* étaient les plus nombreuses? Dans le passé, selon la remarque de Châteauneuf, « ce n'étaient pas des bras affaiblis qui maniaient ces énormes épées, ces haches, ces masses d'armes dont ils frappaient de si rudes coups dans les combats; et quand les nobles déployaient cette force, cette vigueur, c'était précisément à l'époque où toute mésalliance aurait été regardée par eux comme un déshonneur, où ils ne se mariaient jamais entre eux (1). » Enfin l'oisiveté, les excès, les dépravations ne rendent-ils pas compte, avec plus d'autorité, de cette dégénération de la noblesse, si légèrement attribuée à la consanguinité?

Les faits opposés sont, au contraire, très nombreux, et légitimement interprétés en faveur de la consanguinité saine. M. Périer, dans son deuxième mémoire (2), en a reproduit un certain nombre que nous ne pouvons qu'indiquer, et dans lesquels on voit les alliances consanguines perpétuer la supériorité des familles aristocratiques.

Mais j'ai honte d'insister : non-seulement la dégénérescence des aristocraties est moins rapide, moins complète que celle des familles bourgeoises et plébéiennes; mais, le contraire fût-il jamais démontré, il faudrait épuiser l'action de vingt causes d'ordre majeur avant d'arriver à l'explication par les

(1) *Mémoire sur la durée des familles nobles en France* (*Annales d'hygiène publique*, janvier 1846).

(2) Voy. *Essai sur les croisements ethniques*, 2e mémoire. (*Mémoires de la Société d'anthropologie*, p. 194 et suiv., 1861.)

Digitized by Google

effets de la consanguinité. Voilà donc un chapitre à enlever du livre de M. Devay, c'est le onzième.

Dans le dixième chapitre, des faits analogues aux précédents, mais plus sérieux, quoique contradictoires, sont allégués. D'une part, « il est des races qui se sont maintenues debout, quoique reproduites de temps immémorial par la consanguinité. » Ceci est dit pour les Juifs. « La population israélite subsiste, dit M. Devay, tandis que, depuis plusieurs siècles, toutes les oligarchies, toutes les castes qui avaient avec la nation juive des conditions communes de propagation ont été anéanties. » A la vérité, cette race a perdu de sa vigueur et de sa beauté, selon M. Devay, mais, à ses yeux, le fait n'en est pas moins curieux, et s'explique aisément « par la dissémination de la population juive sur les points extrêmes du globe, » ce qui a fait « une sorte d'équilibre à sa fâcheuse condition de consanguinité. »

Cela suffit à M. Devay; mais M. Boudin est plus sévère pour les Juifs; il a fait connaître le travail de M. Leibreich sur les Juifs de Berlin, l'opinion de M. Pruner-Bey sur les Juifs du Caire, et celle de M. Elliotson sur ceux de l'Angleterre, la sienne propre sur les Juifs français. Celle-ci est assez singulière eu égard aux habitudes logiques de son auteur. « Nous ne possédons pas de documents statistiques, dit M. Boudin, en ce qui regarde la population juive de la France; mais il y a lieu de présumer qu'ici comme à l'étranger les mêmes causes doivent produire les mêmes effets (1). »

Il y a lieu de présumer, soit; mais quelques lignes plus haut il y avait lieu de conclure, et, en effet, M. Boudin concluait : « Le jour de notre visite à l'institution impériale de Paris, dit-il, nous avons constaté la présence de trois Juifs sourds-muets sur un personnel d'environ 200 infirmes, tandis que, *d'après la proportion des Juifs en France, qui n'est guère que de 1/350 de la population*, le contingent Juif n'aurait dû être que de 200/350, ou environ 0,5. » Si l'on se rappelle que M. Boudin ne possédait pas de documents statistiques sur la population juive de la France, on sera édifié sur la valeur d'un tel argument.

Mais pour en finir avec les Juifs, nous ne saurions trop nous élever contre la méthode adoptée par M. Liebreich pour obtenir son chiffre de 27 sourds-muets sur 10 000 Juifs. M. Liebreich trouve à l'Institution de Berlin 42 Juifs sur 341 sourds-muets; prenant ensuite le chiffre de la population de Berlin, juive et chrétienne, c'est d'après leur rapport qu'il établit le chiffre de 6 sourds-muets pour 10 000 habitants chrétiens et de 27 pour 10 000 habitants juifs. Qui ne voit qu'une pareille méthode n'est applicable qu'à des habitants qui seraient dans les mêmes conditions sociales et religieuses? Qui ne devine qu'il doit y avoir à l'Institution de Berlin un nombre de Juifs sourds et muets hors de proportion avec la population israélite de la ville, venant peut-être de tous les points de l'Allemagne? Et puis quels sont les sourds-muets? Est-ce affaire congénitale ou accidentelle? En l'absence de toute explication, il y a donc lieu de récuser et la statistique de M. Liebreich et l'opinion de M. Boudin.

Revenant au livre de M. Devay, dixième chapitre, nous voyons que cet auteur a eu hâte de mettre en regard des Juifs, persistants, vivaces et puissants, quoique consanguins, des exemples de tribus séquestrées au sein même de la France, forcées par suite aux mariages consanguins, et tombées, dit-on, dans un état singulier de décrépitude : il s'agit des *Cagots* des Pyrénées, des *Colliberts* du bas Poitou, des *Marrans* ou *Marrons* de l'Auvergne, etc. M. Devay, avec M. F. Michel, leur historien, les désigne sous le nom collectif de *races maudites*. Leur origine est mal connue. « Ce qu'il y a de certain, ajoute l'auteur, c'est que les êtres dégradés par l'opinion, portant sur eux je ne sais quel sceau de malédiction, étaient bannis, repoussés de partout comme des pestiférés dont on redoutait le contact et la vue. »

Qu'est-ce à dire? Ces races étaient consanguines, il est bien vrai, mais pas un mot de ce chapitre ne prouve qu'elles étaient dégénérées : tout, au contraire, prouve que les préjugés locaux tenaient à d'autres causes qu'à l'infériorité physique (à quelques préjugés religieux ou historiques, par exemple). Deux citations empruntées, l'une à M. Dufour (p. 184), l'autre à M. Francisque Michel (p. 186), montrent que ni l'un ni l'autre de ces observateurs ne croient à la déchéance organique des *races maudites*. J'en suis donc à me demander dans quel but M. Devay a publié ces documents qui prouvent encore une fois contre sa théorie, et, n'était le ton général qui *semble* dire que ces races sont vraiment monstrueuses, grâce à la consanguinité, je ne m'expliquerais pas l'introduction de faits si défavorables à la thèse de l'honorable médecin lyonnais.

Il faut en venir à des arguments plus sérieux. Ni les croisements ethniques, ni les exemples historiques, ni l'histoire des castes sociales, ni celle des populations séquestrées en vertu de leur origine, ne se sont montrés défavorables à la consanguinité, abstraction faite de l'hérédité morbide. Il reste à employer deux procédés méthodiques : l'observation directe et individuelle des époux consanguins, premièrement; et, secondement, la recherche des causes des infirmités congénitales. Le premier procédé a été appliqué surtout par MM. Devay, Chazarain, Bemiss, *et cæteri*; le second, par MM. Boudin, Rilliet, Ménière, Liebreich, Brochard, Londe, Perrin, etc. Ou l'on va de la connaissance des parents à la connaissance des enfants, ou l'on remonte de ceux-ci, malades, au degré de consanguinité des parents.

Le premier procédé seul peut offrir les garanties que le critique est en droit d'exiger, à la condition que toutes les circonstances individuelles des parents seront clairement indiquées. De plus, pour que des conclusions affirmatives dussent être considérées comme faisant loi, il faut que les observations soient nombreuses et vérifiables. Voyons si M. Devay s'est astreint à ces règles élémentaires. Mais d'abord que faut-il entendre par époux consanguins? M. Devay fait justement observer que les familles intéressées « se rendent en général un compte peu exact de ce qu'on doit entendre par *parenté* et *degré de parenté* », et il a jugé utile de fournir des explications sur ce point. Il nous suffira de convenir, avec l'usage français, que l'on est consanguin lorsque l'on descend de la même souche de père ou de mère, et que les degrés se comptent par le nombre des générations depuis la souche commune. De sorte que deux cousins germains sont parents au deuxième degré, deux cousins issus de germains sont parents au troisième, etc. Est-il raisonnable, dans une pareille étude, d'aller au delà de la troisième génération? Nous ne le pensons pas, et M. Devay lui-même, dans les 121 observations qu'il a recueillies (mais qu'il n'a pas publiées), s'en est tenu là; de plus, nous repoussons du cadre de nos études actuelles les mariages entre oncle et nièce, et surtout ceux entre tante et neveu, comme frappés par la disproportion des âges de vices plus graves que ne peut l'être la consanguinité : *vehementior obscurat alterum*. Appliquons ces préceptes aux observations de M. Devay.

(1) Mémoire cité, p. 10.

Digitized by Google

Mais où sont ces observations? où est tout au moins le tableau qui les résume? Nous ne savons; mais, à coup sûr, il n'est point dans le livre de M. Devay. Nous voyons bien çà et là quelques cas particuliers : un cas d'anencéphalie chez l'enfant d'une *femme* de trente-quatre ans ayant épousé son cousin germain; un cas de syndactylie des orteils chez un homme issu de parents cousins germains; un cas de tumeur cartilagineuse chez une femme qui, interrogée sur le degré de consanguinité de ses parents, répondit « qu'elle l'ignorait, qu'elle ne l'avait jamais entendu dire, mais que cela *pourrait bien être*, vu que dans le pays où elle était née *les familles étaient souvent alliées entre elles.* » En vérité, pour qui écrit-on?

M. Devay lui-même, emporté par son honnêteté, reconnaît que sur ces 121 cas dont nous n'avons pas le détail, il ne reste que 35 cas « affectés soit à des désordres vraiment pathologiques, soit à des accidents qui ont éteint les germes » (avortements, stérilité, etc.). Mais quoi! si l'on prenait au hasard 121 unions et que l'on additionnât le chiffre des enfants difformes, des cas stériles, des avortements, des états pathologiques des enfants, n'est-on pas à peu près assuré d'atteindre ou de dépasser ce chiffre de 35?

Nous sommes donc en droit d'affirmer que M. Devay n'a jusqu'à présent rien prouvé.

M. Chazarain (1) et M. Bemiss, ont-ils été, avec la même méthode, plus heureux? A l'égard de ce dernier, ceux qui ont lu la vigoureuse argumentation de M. Gilbert W. Child, insérée dans ce recueil, sont suffisamment édifiés; quant à M. Chazarain, il a publié dix-huit observations de sourds-muets de Bordeaux, issus de consanguins; je ne comprends pas un instant que M. Devay ait avancé que « ces observations *ne permettent pas de douter* qu'aucune circonstance autre que la consanguinité n'a pu vicier ainsi les produits de ces mariages. »

En effet, sur les dix-huit observations, il en est dix dans lesquelles il n'est donné aucun renseignement sur l'état de santé des parents; dans les huit autres cas, les renseignements sont insuffisants; de plus, dans deux cas, on indique que l'habitation était très humide et malsaine; dans deux autres cas on indique qu'il y avait disproportion d'âge; dans un cas il y a hérédité probable, etc., etc.

Que reste de la méthode qui consiste à aller des parents aux enfants? Il en reste des observations isolées; on en compterait aisément jusqu'à dix.

Mais avant d'examiner les procédés à l'aide desquels des médecins statisticiens ont établi les chances de surdi-mutité et de rétinite pigmentaire, nous voulons terminer la critique du livre de M. Devay, dont les chapitres VI, VII et VIII ont échappé à notre analyse. Le premier de ces chapitres recommande d'abord à l'observation des « lecteurs intelligents », la fréquence des faits d'aliénation mentale, d'imbécillité et de démence au sein des grandes familles de France et d'Angleterre. C'est toujours le même système d'observations sur des faits complexes dans leurs causes, que M. Devay ramène à l'unique consanguinité. Puis nous arrivons à la vallée d'Aoste, où il y a 1 crétin sur 35 habitants. C'est la consanguinité qui en est cause. Ainsi de l'aliénation mentale, ainsi de la rétinite pigmentaire de M. Liebreich, sur lequel nous reviendrons. Au chapitre VII revient la surdi-mutité, observée cette fois chez les esclaves américains, qui en sont bien plus fréquemment atteints que les blancs. D'autres auraient pu trouver des causes nombreuses à cette fréquence, M. Devay n'y voit que la cause qui l'obsède.

Le chapitre VII est consacré à l'examen de l'influence de la consanguinité sur l'ensemble de la famille. Nous n'exagérons rien en disant que M. Devay fait sortir de la consanguinité toutes les altérations possibles du type humain, depuis « les cheveux rouges et les rousseurs à la peau » jusqu'aux scrofules et aux tubercules. Il n'y a que le cancer qui ne soit point mentionné; encore peut-il être compris dans « toutes les diathèses ».

Nous retrouvons ici comme dans tous les travaux défavorables à la consanguinité un document d'une apparence officielle, sur lequel il est utile de donner quelques renseignements historiques. Reproduit par M. Devay, textuellement, mais sans guillemets ni indication d'origine, — ce qui est contraire à toutes les habitudes littéraires, — ce document annonce que la législature de l'Ohio *vient* de voter des lois prohibitives de l'union entre proches parents; les faits qui motivaient cette loi sont graves comme on va le voir : sur 3900 enfants nés de 873 mariages entre cousins dans l'Ohio, 2490 sont affligés de difformités graves ou de complète imbécillité! Dans le Massachusetts, sur 95 enfants issus de consanguins, 44 sont idiots et 14 scrofuleux!

L'Amérique est la terre des prodiges, c'est convenu. Mais encore un coup, d'où vient ce document? Lu à la Société d'anthropologie comme extrait *annoncé* de l'*Opinion nationale* (15 décembre 1860), M. Périer qui l'avait lu dans un autre journal politique, court aux bureaux; personne ne peut lui dire la source de cette note; M. Broca va à la légation des États-Unis, après d'autres recherches infructueuses, et ne peut rien obtenir. Enfin, M. Giraldès découvre un numéro du journal *The Lancet*, d'où il lui semble que les journaux politiques ont extrait ces détails; mais le numéro est postérieur à la note de l'*Opinion*, et d'ailleurs là encore on ne trouve « ni pièces justificatives, ni indication de source »! Finalement on charge de cette recherche un correspondant voyageant en Amérique; ce correspondant est revenu sans nouvelles de la législature (ou comme dit M. Devay, de la *législation*) de l'Ohio.

Ainsi trois savants connus par l'étendue de leur érudition et de leurs relations, MM. Périer, Broca et Giraldès, ne peuvent, en 1861, trouver aucune trace d'un document prétendu officiel, et voilà deux écrivains aussi importants, aussi célèbres que MM. Devay et Boudin, qui, en 1862, sans plus d'enquête, n'hésitent pas à le reproduire dans leurs ouvrages, malgré l'énormité de ses assertions! On ne saurait être trop sévère à l'endroit de pareilles légèretés. Qu'en pensera M. Verneuil, le judicieux auteur des *Erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale?*

Et dans quel chapitre M. Devay insère-t-il ce document? Dans celui qui a pour sommaire : *Réponse à des objections.* Oui, M. Devay a répondu à *des objections;* il a consacré trois pages aux deux mémoires si savants, si complets, si judicieux, si courtois, de M. Périer, à son rapport, et à la discussion de la Société d'anthropologie; et encore, en parlant de cet auteur, il dit *on*, et parlant de ses arguments il les traite de *puérilité* (p. 148). Oui, M. Devay a répondu, si l'expression d'un dédain dont rien ne justifie la hauteur, peut être considérée comme une réponse aux faits exposés par M. Bourgeois, avec un incontestable talent, et qui comprennent d'une part l'histoire d'une famille de 416 membres issus d'un couple consanguin au troisième degré, après 91 alliances fécondes,

(1) Chazarain, *Du mariage entre consanguins*, etc. Thèse inaugur. Montpellier, 1859.

dont 16 consanguines superposées, et d'autre part une série de vingt-quatre observations d'alliances consanguines *saines*, quant aux auteurs et aux produits.

III.

Nous laisserions cette étude incomplète si nous ne disions quelques mots du mémoire de M. Boudin et de la plus importante de ses nombreuses statistiques. « Le 28 janvier 1862, dit cet honorable auteur, nous avons examiné les dossiers de 95 sourds-muets de naissance, ou réputés tels, à l'Institution de Paris ». Pourquoi M. Boudin a-t-il pris 95 dossiers et non un plus grand nombre, sur une population de 225 sourds-muets? Est-ce parce que les 130 autres pensionnaires ne lui paraissaient pas sourds-muets *de naissance?* Est-ce parce que les renseignements manquaient? Est-ce par hasard? Nous ne savons, mais l'obscurité de ce détail entache d'incertitude toutes les conclusions déduites de l'examen du 28 janvier 1862.

On comprend aisément pourquoi : sur les 95 sourds-muets, M. Boudin en trouve 20 issus de parents *non spécifiés*, 8 d'une origine consanguine douteuse, 48 issus de parents non consanguins et 19 issus de parents consanguins à des degrés divers. Ne tenant compte que de ces deux derniers chiffres, M. Boudin déclare qu'il y a à l'Institution de Paris 19 sourds-muets d'origine consanguine sur 67 sourds-muets de naissance, soit 28,3 sur 100. Qu'il soit maintenant supposé que les 130 pensionnaires non compris dans cette statistique, soient également sourds-muets de naissance, et que le hasard veuille qu'il s'en trouve fort peu d'origine consanguine Le résultat de la statistique serait singulièrement modifié; si le même hasard avait fait tomber entre les mains de M. Boudin les 19 cas les plus incontestablement consanguins des 225 cas d'ensemble, tout serait remis en question. Or, nul renseignement n'est donné, nulle précaution n'est indiquée, et le chiffre total de la population n'est même pas mentionné. Jusqu'à plus ample informé, le chiffre de 28 consanguins d'origine pour 100 sourds-muets de naissance, est donc dépourvu d'authenticité.

Mais alors même que ce chiffre serait exact pour la classe des sourds-muets de l'Institution, de quel droit M. Boudin l'étend il à la ville de Paris tout entière? C'est là une demande que j'emprunte à M. Bertillon. L'Institution représente-t-elle également toutes les classes de la population? N'y a-t-il point d'étrangers? Les questions se pressent qui n'ont point été prévues.

Prenons cependant le chiffre de 28 pour 100, et pour contrôler les idées de M. Boudin, sachons que le rapport du nombre des sourds-muets et de la population est variable selon les départements. C'est ainsi, sans prendre les termes extrêmes, qu'il y a dans la Seine 1 sourd-muet sur 4694 habitants; dans le Rhône, 1 sur 1669; dans la Gironde, 1 sur 1638; dans l'Eure-et-Loir, 1 sur 2385. Assurément des différences aussi considérables ont une cause appréciable, et la consanguinité est là pour quelque chose. Sans doute, les mariages consanguins sont plus fréquents dans le Rhône et dans la Gironde qu'ils ne le sont dans la Seine. De même ces mariages sont plus rares dans la Seine qu'ils ne le sont dans l'Eure-et-Loir. On ne nous le dit pas; on prend en masse, pour toute la France, la proportion des mariages consanguins, qui est de 2 pour 100 par rapport au total des mariages, et l'on dit : il y a 2 pour 100 de mariages consanguins; il doit y avoir 2 pour 100 de sourds-muets d'origine consanguine. Or, comme on trouve dans la Gironde 30 de ces derniers pour 100, dans le Rhône 25, dans l'Eure-et-Loir 29, et dans la Seine 28, on peut croire avec M. Boudin que « la ressemblance de ces chiffres constitue un argument très puissant en faveur de la précision des observations. »

Eh bien! la ressemblace de ces chiffres prouve, au contraire, qu'il y a quelque vice radical dans les procédés de ces statistiques. Si, en effet, la consanguinité joue un rôle tellement important dans la production du nombre total des sourds-muets, les mariages consanguins, et par suite les sourds-muets d'origine consanguine, doivent être beaucoup plus nombreux dans les départements où le nombre des sourds et muets est plus considérable qu'ailleurs. En d'autres termes, s'il y a trois fois plus de sourds-muets dans le Rhône que dans la Seine, on y doit trouver une proportion trois fois plus considérable de sourds-muets d'origine consanguine par rapport au chiffre des sourds-muets de toute origine. Ce n'est donc pas 25 pour 100 environ que l'on doit trouver à Lyon, mais 28 multiplié par le rapport de 4690 a 1669 ($28 \times 2,5$), soit environ 70 pour 100.

J'accorde qu'il faut maintenant diminuer ce dernier chiffre de toutes les influences que vous pourrez supposer, autres que les unions consanguines, dans le département du Rhône; mais il restera toujours une énorme lacune à combler entre les 25 pour 100 que vous constatez et les 70 pour 100 que le raisonnement m'obligerait à trouver, si la consanguinité seule faisait tous les frais de la surdi-mutité. On peut appliquer cet argument aux deux statistiques fournies par M. Chazarain pour Bordeaux, et par M. Brochard pour l'Eure-et-Loir.

Cet exemple nous suffira pour nous dispenser d'entrer plus avant dans le mémoire de M. Boudin. Nous ferons ultérieurement connaître les résultats des statistiques que nous avons entreprises en prenant chaque chiffre par département.

E. Dally.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie chirurgicale.

Fistules uréthro-péniennes consécutives a l'étranglement circulaire de la verge. — Uréthrotomie préparatoire, uréthroraphie, suture métallique, dilatation consécutive de l'urèthre, circoncision. — Guérison complète. — Par M. A. Verneuil, chirurgien des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le numéro 32.)

Je ne veux pas entrer ici, à propos d'une seule observation, dans tous les commentaires auxquels pourrait donner lieu la comparaison de ce fait avec ceux dont la science est déjà en possession. Je me contenterai de faire quelques remarques déduites directement de la relation que je viens de donner.

L'étiologie ne m'arrêtera pas longtemps. Le mécanisme qui a donné lieu à la perforation uréthrale est bien connu. Le lien constricteur divise mécaniquement les tissus, et agissant en même temps à la manière d'un rétrécissement infranchissable, il amène la rétention, puis l'infiltration d'urine, la mortification plus ou moins étendue des parois du canal et l'établissement de fistules; mais celles-ci peuvent être de différente nature, et c'est un point qu'il importe d'examiner avec quel-

Digitized by Google

que attention. Dans une première variété, la fistule est directe, c'est-à-dire qu'elle s'étend en ligne droite de la cavité même de l'urèthre à la surface tégumentaire sous-jacente. Comme la distance est courte entre la paroi inférieure du canal et la peau qui la recouvre, le trajet fistuleux est également très court, et dans un bon nombre de cas les dimensions de la perforation en largeur et en longueur l'emportent de beaucoup sur l'étendue en hauteur. Il y a une perte de substance appréciable à la paroi inférieure du conduit, et souvent on aperçoit au fond de la solution de continuité la muqueuse de la paroi supérieure à nu, et formant entre les lèvres cutanées de la fistule une surface rouge, soit plane, soit proéminente, à la manière d'un bourgeon charnu plus ou moins volumineux. En examinant les choses de plus près, on arrive parfois, surtout dans les larges perforations, à constater sur les bords de l'orifice anormal la soudure linéaire de la muqueuse uréthrale avec les téguments, qui, grâce à leur laxité et à leur étendue, ont été facilement entraînés en dedans à la rencontre de la muqueuse par la rétraction inodulaire, ou, en d'autres termes, par le travail de cicatrisation, dont la circonférence de la plaie primitive a été le siége.

Aussitôt que la perforation a acquis cette disposition, aussitôt que les deux membranes tégumentaires se sont ainsi abouchées, tout le pourtour de l'orifice est tapissé d'épithélium et d'épiderme, et la fistule, devenue permanente, est incurable; car, à la manière des orifices naturels, elle ne peut s'oblitérer spontanément par la cicatrisation secondaire, dont la condition essentielle (existence de bourgeons charnus) n'existe plus.

La dilatation, les sondes à demeure, la boutonnière elle-même, en un mot tous les moyens qui agrandissent le canal ou détournent l'urine, seraient impuissants. Il devient nécessaire de détruire le revêtement épidermique par un mode d'avivement quelconque, cautérisation ou instrument tranchant.

Dans une seconde variété de trajet fistuleux, la distance qui sépare l'embouchure muqueuse de l'abouchement cutané est plus ou moins considérable ; le canal interposé est de coutume sinueux, irrégulier, plus long que large et dépourvu de tégument distinct à son intérieur; il est tapissé uniquement par une membrane granuleuse, confondue avec l'induration générale qui entoure la fistule ; la peau et la muqueuse sont ici trop éloignées l'une de l'autre pour s'être soudées, et l'existence même d'une couche épithéliale étendue de l'une à l'autre de ces membranes est encore à démontrer; aussi peut-on regarder comme une pure hypothèse l'admission dans ces cas de la fameuse membrane de nouvelle formation admise si complaisamment par Dupuytren et son école, membrane qui serait analogue aux muqueuses, quoique moins parfaite ; singulière muqueuse en vérité et bien rudimentaire, qui ne possède ni épithélium, ni glandes, ni papilles, ni réseau vasculaire régulier, et qui ne sécrète que de la lymphe plastique ou du pus.

Les fistules de cette seconde catégorie, malgré leur durée indéfinie, ne sont pas permanentes par elles-mêmes, car elles tendent toujours à la cicatrisation spontanée, comme l'atteste la facilité avec laquelle elles peuvent se fermer et se rouvrir sans que l'art intervienne. Des causes extrinsèques et indépendantes des conditions anatomiques de la fistule entravent cette tendance naturelle à la guérison : qu'elles soient supprimées, et le trajet anormal guérira souvent sans qu'on y ait touché.

Parmi ces causes assez nombreuses, je compte les corps étrangers, les rétrécissements, l'état des tissus qui entourent la fistule, et celui de la paroi même qui en forme la cavité. Les fistules urinaires symptomatiques de rétrécissement appartiennent presque toutes à la dernière catégorie dont je viens d'esquisser les caractères principaux.

En appliquant les données précédentes au cas actuel, je crus pouvoir reconnaître dans les trois fistules que j'avais à guérir les deux variétés que je viens d'admettre. Je rattachai à la première la fistule située directement au niveau de la paroi uréthrale inférieure; je la considérai comme permanente par elle-même et ne pouvant céder qu'à une opération directe qui transformerait son pourtour en plaie récente.

Les deux autres trajets, étroits, sinueux, allongés, me semblèrent dus à l'existence du rétrécissement, et je pus espérer leur occlusion spontanée par le simple fait du rétablissement de calibre du canal ; il ne paraît pas que l'événement ait démenti mes prévisions théoriques. Il est évident qu'en limitant le champ opératoire à l'une des trois fistules, j'ai pratiqué une opération beaucoup plus simple, beaucoup moins grave. Je me crois donc en droit de formuler la proposition suivante :

Lorsqu'à la suite d'un étranglement circulaire de la verge, plusieurs fistules se sont établies, il conviendra de n'opposer tout d'abord l'opération sanglante qu'à celle de ces fistules qui, répondant directement à la paroi inférieure de la verge, présentera les caractères des orifices anormaux définitifs. La simple destruction du rétrécissement concomitant pourra suffire pour amener la guérison spontanée des autres trajets symptomatiques de l'obstacle uréthral.

C'est la confiance dans les mêmes principes qui me rassura, lorsque, l'appareil enlevé, je constatai dans l'interstice des points de suture l'absence de réunion immédiate et l'existence de deux nouveaux trajets, dont l'un surtout donnait passage à un jet d'urine assez volumineux. Les personnes qui suivaient cette cure, et M. Guersant lui-même, croyaient à un insuccès complet. J'interprétais les choses autrement et disais : Les deux nouveaux trajets sont tapissés par des bourgeons charnus récents ; ils sont directement étendus, à la vérité, de la muqueuse à la peau, mais aussi ils sont étroits et longs; par conséquent les deux membranes auxquelles ils aboutissent ne se rejoindront que difficilement, et avant que ce résultat puisse se réaliser, la cicatrisation secondaire, agissant dans une direction perpendiculaire à l'axe du conduit anormal, l'aura effacé par rétraction cicatricielle et rétrécissement concentrique. J'ajoutais : Le contact de l'urine avec les bourgeons charnus qui tapissent les trajets en question ralentira certainement, mais n'empêchera pas leur occlusion ; pour assurer celle-ci, il suffira de maintenir au-devant de leur embouchure profonde le canal assez large, pour que, lors de la miction, le fluide trouve un écoulement plus facile par l'urèthre que par la voie anormale, et que, par conséquent, il n'exerce sur cette dernière aucune violence mécanique; conséquemment, je repris la dilatation temporaire et graduelle, je touchai légèrement l'orifice cutané des trajets pour entretenir dans les bourgeons charnus une certaine activité, et la guérison donna encore raison à mon plan.

Cette dernière phase de la cure ne confirme-t-elle pas l'opinion que j'ai formulée ailleurs sur le rôle exagéré qu'on a fait jouer aux fluides excrétés en général dans la permanence des fistules, et à l'urine en particulier, dans les insuccès si communs qui suivent les opérations anaplastiques qu'on oppose aux fistules urinaires.

J'ai fait souvent allusion, dans le paragraphe qui précède, au rétrécissement qui complique les fistules urinaires; son influence sur la persistance de ces dernières est trop connue pour que j'y insiste ; mais les auteurs qui se sont occupés des perforations uréthro-péniennes ne se sont pas en général assez préoccupés de la complication susdite. C'est pourquoi je crois devoir y insister. Lorsqu'une perte de substance atteint la paroi inférieure du canal et aboutit à une perforation définitive, l'urèthre présente d'ordinaire un double rétrécissement consécutif au travail de cicatrisation et dont la production se comprend trop facilement pour qu'il soit utile d'y insister : chacun des orifices du canal qui s'abouche dans la perforation est plus ou moins revenu sur lui-même ; le rétrécissement antérieur peut aller jusqu'à l'oblitération réelle ou apparente ; le rétrécissement postérieur continue à donner passage à l'urine qui vient de la vessie, et qui forme en le traversant un jet plus ou moins ténu. Si la perforation uréthrale est congénitale, les rétrécissements existent, mais ils sont courts, peu prononcés, élastiques, extensibles, car les tissus sont sains autour d'eux. Il en est tout autrement à la suite des perforations acci-

dentelles ; les rétrécissements consécutifs à la mortification de l'urèthre sont de la pire espèce ; ils appartiennent en effet à la classe des rétrécissements traumatiques ou inodulaires, dont l'inextensibilité, la résistance à la dilatation, la tendance obstinée à la récidive, ne sont contestées par personne. Ce qui a peut-être fait méconnaître la part qu'ils prennent au résultat négatif des opérations anaplastiques qu'on pratique pour les fistules péniennes, c'est qu'ils n'influent pas sur celles-ci comme les rétrécissements organiques influent sur les fistules qui, à la suite des infiltrations d'urine, sillonnent le périnée, le scrotum et les parties voisines. Qu'on dilate en effet ces derniers rétrécissements, les fistules disparaissent ; c'est en vain au contraire qu'on dilate le canal atteint de perforation pénienne définitive, la guérison de celle-ci ne s'ensuit nullement, et par des raisons faciles à comprendre.

Le rétrécissement qui siége sur le segment antérieur de l'urèthre est celui qui met le plus d'obstacle à la réussite de la suture ou de l'autoplastie, parce que, s'il n'est pas détruit d'avance, il permet à l'urine de s'accumuler et de faire effort précisément sur la région opérée, d'où l'insuccès de la suture et l'infiltration urinaire sous les lambeaux.

Rendre au canal de l'urethre un large calibre, telle est l'indication préparatoire indispensable à toute restauration entreprise pour guérir une fistule pénienne. Deux méthodes peuvent être employées pour cette opération préliminaire : 1° la dilatation ; 2° l'uréthrotomie. C'est à la première que les chirurgiens ont eu recours dans la majorité des cas ; suivant moi, la seconde doit en général être préférée.

La dilatation appliquée aux rétrécissements cicatriciels est lente et peu efficace, surtout si la paroi uréthrale présente au voisinage de sa perforation une virole indurée ; elle est rendue plus difficile encore si les deux bouts de l'urèthre déviés vers l'ouverture anormale ne se trouvent plus en ligne droite, car la paroi supérieure du canal forme à ce niveau une sorte d'éperon à bord libre dirigé en bas, qui, forçant la sonde portée par le méat à s'infléchir fortement, rend très malaisée l'introduction jusque dans la vessie du même instrument introduit dans le bout postérieur ; ces deux particularités anatomiques se retrouvaient à un haut degré dans l'observation précédente.

Une fois obtenue, la dilatation des rétrécissements inodulaires disparait très vite, et la coarctation se reproduit avec une rapidité quelquefois surprenante. Si donc on l'a mise en usage dans les anaplasties uréthrales, on est aux prises avec un double écueil. Si on ne laisse pas assez longtemps en place la sonde volumineuse placée dans l'urethre après l'opération, le canal se resserre avant que la cicatrice soit solide, et celle-ci se rompt sous l'effort mécanique et par l'action irritante de l'urine retenue ; si, au contraire, on maintient le corps dilatant au delà de trois ou quatre jours, il détermine une uréthrite intense qui compromet singulièrement la réunion ou la détruit consécutivement, alors qu'on la croyait réalisée.

Sans proscrire d'une manière absolue la dilatation qui peut convenir à certains cas, je crois préférable, dans des faits du genre de celui que j'ai rapporté, de lui substituer l'uréthrotomie. Cette opération n'offre aucune difficulté. Un stylet cannelé, introduit de dehors en dedans, et successivement dans les deux rétrécissements qui confinent à la fistule, permet d'inciser la paroi uréthro-cutanée inférieure sur la ligne médiane et dans une étendue suffisante pour que la totalité de la virole indurée soit sectionnée ; on s'arrête juste aux limites des tissus sains : on a donc fait une uréthrotomie externe, d'autant moins sérieuse qu'elle ne porte que sur des tissus peu disposés à l'inflammation. L'agrandissement du canal, obtenu par ce moyen, est durable, ou au moins il ne se démentira pas sur-le-champ, et persistera tout le temps nécessaire à la cicatrisation de la suture ou des lambeaux ; il les soustraira à l'action mécanique de l'urine, aussi grave que l'action topique ; il suffira, pour le maintenir, d'écarter pendant un jour ou deux les lèvres de l'incision, puis de passer consécutivement quelques bougies qu'on ne laissera séjourner qu'un court laps de temps ; de cette façon la plaie anaplastique sera soustraite à l'influence si fâcheuse de la sonde à demeure.

Cependant la section comprenant toute l'épaisseur de la paroi uréthro-cutanée, offre un inconvénient qu'il ne faut pas dissimuler ; elle augmente considérablement l'étendue de l'ouverture uréthrale. L'orifice de la fistule, comme je l'ai dit plus haut, n'avait guère au niveau du canal que 2 millimètres d'étendue ; en opérant par les procédés ordinaires, un point de suture ordinaire ou la suture en bourse, spécialement employée pour des cas de ce genre, auraient paru suffisants, tandis qu'après l'uréthrotomie, la plaie antéro-postérieure à réunir offrait au moins 2 centimètres d'étendue, et exigeait au moins trois ou quatre points de suture ; cet inconvénient toutefois est plus apparent que réel. L'incision médiane, en effet, tout étendue qu'elle était, n'offrait aucune tendance à l'écartement des lèvres, et se prêtait par conséquent très bien à l'affrontement et à la réunion immédiate ; de plus, le principe de l'avivement sur de larges surfaces, auquel je vais consacrer quelques réflexions, exige la formation de plaies sanglantes beaucoup plus spacieuses que dans les anciens procédés. Dans le cas actuel, les lèvres du débridement uréthral perdues dans la surface d'avivement, n'en ont augmenté l'étendue que dans une proportion insignifiante. Je n'hésite donc pas à formuler les propositions suivantes : 1° *Lorsque les bouts de l'urèthre qui confinent à la fistule pénienne sont le siége d'un rétrécissement fibreux, étroit, inextensible, avec induration circonvoisine, l'uréthrotomie est le moyen le plus propre à rétablir le calibre du canal et à assurer le succès de la suture ou de l'autoplastie ; cependant dans les cas très simples la dilatation peut suffire.*

2° L'uréthrotomie est facile à exécuter; peu dangereuse en elle-même, elle permet d'espérer pour l'avenir une grande amélioration dans le rétrécissement dont la région opérée reste le siége.

Avivement oblique. — Entrons maintenant dans quelques détails sur les divers temps de l'opération.

J'ai dit comment j'avais pratiqué l'avivement en dédolant, de sorte que la plaie ainsi produite avait l'aspect d'un entonnoir, très large au dehors et n'ayant au fond que les dimensions de la fistule ; en opérant de la sorte, la muqueuse uréthrale n'a pas été intéressée, et la perte de substance qu'elle présentait n'a point été augmentée ; en d'autres termes, l'embouchure uréthrale de la fistule n'a pas été avivée. J'ai suivi rigoureusement dans ce cas le principe établi dans ces dernières années pour la fistule vésico-vaginale par les chirurgiens américains ; cette manière de faire est bien différente de celle qui était généralement usitée. Dans l'uréthroraphie ordinaire on reséquait tout le bord libre de la perforation, c'est-à-dire tout l'ourlet formé par la peau et la muqueuse soudées ; d'où, comme conséquence nécessaire, agrandissement de la perte de substance en cas d'insuccès. Rien de semblable dans l'avivement en biseau : en cas d'échec complet, l'embouchure uréthrale de la fistule reste telle que devant. Dans l'avivement perpendiculaire, l'étendue des surfaces saignantes à réunir est mesurée par la distance qui sépare la peau de la muqueuse : si les lèvres de la fistule sont minces, les surfaces affrontées le sont nécessairement aussi ; de là une cause d'insuccès très commune et qu'on retrouve à un degré extrême dans les fistules vésico-vaginales avivées de la même manière. Dans l'avivement en biseau, on peut donner aux surfaces sanglantes toute la largeur désirable, en les étendant aux dépens des seuls segments de la verge ; par suite, la coaptation s'effectue par de larges surfaces. En cas d'insuccès de la réunion immédiate, la plaie qui prend naissance offre une large zone de bourgeons, et l'on peut espérer que la cicatrisation secondaire formera un opercule à la fistule ; si la réunion primitive réussit incomplétement, la guérison s'achève spontanément, comme cela a eu lieu dans mon observation.

Enfin, et ce n'est pas le point le moins important, la coalescence des bords s'étant effectuée dans une grande étendue, la guérison une fois obtenue ne se dément pas, et l'on n'est pas exposé à voir se rouvrir la mince cicatrice qui succède à

Digitized by Google

la réunion fragile d'étroites surfaces. La manière imparfaite dont on a pratiqué généralement l'avivement, me paraît expliquer la plus grande partie des insuccès de l'uréthroraphie.

Position, nombre et nature des fils à suture. — Les avantages des sutures métalliques sont assez démontrés pour n'avoir plus besoin d'être discutés. Le petit volume des fils permet de les rapprocher beaucoup ; leur nature métallique permet de les laisser longtemps en place ; les points d'entrée et de sortie étant assez distants des bords saignants, une notable quantité de parties saines et résistantes se trouve comprise dans l'anse métallique, et l'on peut exercer sur les lèvres de la plaie une traction considérable sans craindre une section prématurée des tissus étreints ; les derniers documents publiés sur la fistule vésico-vaginale ont mis en lumière tous les bénéfices de ce mode de suture. Une précaution sur laquelle les chirurgiens américains ont beaucoup insisté consiste à passer les fils dans l'épaisseur des lèvres de la plaie qu'on veut réunir, *sans pénétrer dans la cavité même qu'on veut fermer.* Je me suis rigoureusement conformé à ce précepte, et j'ai introduit les fils d'argent, non pas perpendiculairement, mais obliquement, entre la peau et l'urèthre sans intéresser la paroi de ce canal ; dans ce procédé, le fil glisse dans l'interstice des deux couches membraneuses comme une sécante très oblique entre deux parallèles ; il importe seulement de conduire le fil dans la profondeur de la plaie, tout près de la muqueuse, de façon à embrasser le plus de parties molles possible, et de ne point laisser d'écartement entre les lèvres de cette muqueuse après l'affrontement ; le trajet de la suture est complétement caché dans les parties molles, il n'est nulle part en contact avec l'urine dont le canal est baigné ; ce fluide ne saurait donc s'infiltrer en suivant les fils dans l'épaisseur des lèvres rapprochées.

Quoique la réunion immédiate n'ait pas été complète du premier coup, la suture métallique a rendu ici de grands services : les fils ont pu rester sept jours en place sans enflammer ni diviser les lèvres de la plaie ; l'urine s'insinua dès le troisième jour dans les interstices des points, mais comme ceux-ci étaient à 6 millimètres de distance, les interstices étaient petits et les pertuis non réunis, fort étroits par conséquent ; peut-être aurais-je dû multiplier davantage les points et les placer à 4 millimètres, ce qui est sans inconvénient quand on emploie des fils d'argent de 1/5ᵉ de millimètre de diamètre. Je suis absolument convaincu que la suture avec le fil ordinaire aurait complétement échoué ; il ne faut pas oublier en effet que les tissus traversés par les points unissants étaient indurés, qu'ils devinrent le siége d'un travail inflammatoire, provoqué surtout par l'urine et la sonde, que la coaptation avait nécessité une traction assez marquée sur les lèvres de la plaie, et que dans ces conditions les sutures ordinaires coupent les parties molles avec une grande rapidité.

Un mot sur la tension des lèvres après la réunion. Dans la majorité des réunions après les pertes de substance, les bords de la plaie sont plus ou moins tendus et tiraillés, à moins que la perte de substance n'ait été fort minime, ou que les parties molles ne soient très abondantes et très extensibles, comme aux lèvres, à la cloison vésico-vaginale, etc. Cette tension, quoique très notable immédiatement après la suture, diminue d'ordinaire dans les heures qui suivent, et disparaît même les jours suivants, si les parties molles du voisinage sont susceptibles de céder, et si l'inflammation ne survient pas ou reste dans des limites modérées ; c'est de ce côté qu'est le péril.

On possède bien, à la vérité, des moyens efficaces pour prévenir la tension et le tiraillement des lèvres : je veux parler des décollements et des incisions à distance, c'est-à-dire de deux manœuvres autoplastiques qui caractérisent la méthode de Celse ; ces expédients rendent de nombreux services, mais mieux vaut encore s'en passer, ou du moins s'en montrer sobre, les réservant pour des cas tout à fait sérieux. Dieffenbach et d'autres chirurgiens s'en sont, à mon avis, montrés singulièrement prodigues, et plutôt que de les imiter dans leur exagération, il convient de perfectionner les procédés purs de l'anaplastie par synthèse, c'est-à-dire les *raphées*, pour arriver à restreindre le plus possible les manœuvres susdites aux seuls cas où la perte de substance est assez considérable pour exiger un véritable apport de parties empruntées au voisinage (1).

Dans le cas présent j'aurais pu à la vérité pratiquer, à une certaine distance de la ligne de réunion et parallèlement à cette ligne, deux incisions longitudinales intéressant la peau seule et destinées à relâcher les lèvres réunies ; ou bien j'aurais pu, comme j'y avais songé au début, décoller les lèvres cutanées de chaque côté de la plaie uréthrale, pour les faire progresser l'une vers l'autre et les affronter largement et sans effort. J'aurais pratiqué dès lors, non plus l'uréthroraphie simple, mais bien une uréthroplastie par glissement. Ces deux procédés auraient peut-être entraîné des inconvénients qu'il n'est pas inutile d'étudier, car cette digression permettra de découvrir encore certaines causes des insuccès de l'anaplastie uréthro-pénienne.

Les incisions latérales, pour être efficaces, ne doivent pas être pratiquées trop loin de la plaie de réunion, mais si on les rapproche trop de cette dernière, elles forment de chaque côté une languette longitudinale étroite, et reproduisent à peu près la disposition qu'on observe quand on isole par décollement deux lambeaux latéraux ; si l'inflammation partie de la suture s'étend un peu, les languettes cutanées susdites peuvent se mortifier, toutefois l'accident est rare. Mais, d'un autre côté, il n'est pas indifférent de taillader ainsi la peau de la verge et d'intéresser ainsi le tissu cellulaire lâche et inflammable qui s'étale entre le tégument pénien et la charpente fibreuse sous-jacente ; ces incisions, pratiquées même sur le dos de la verge, très loin par conséquent de la suture, sont devenues plus d'une fois le siége d'accidents intrinsèques, d'inflammations diffuses, etc., etc.

Pour les décollements latéraux partant de la plaie de réunion, le danger est encore plus grand ; il est bien clair que cette dissection ouvre les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, et que si l'inflammation s'empare des lèvres de la plaie, elle pourra se propager à la totalité de la verge et prendre facilement, en raison de la disposition anatomique des parties, les caractères du phlegmon diffus. Tout est trop favorablement disposé pour le développement de cette redoutable complication ; on décolle la peau, puis on en réunit les bords sur la ligne médiane par-dessus une sonde volumineuse placée à demeure ; la perforation uréthrale reste béante dans la profondeur, et communique largement avec la cavité sanglante creusée dans le tissu cellulaire sous-cutané par le bistouri et fermée du côté de l'extérieur par la suture. Il est difficile de trouver des conditions plus favorables à l'infiltration d'urine sous le pont cutané créé par le chirurgien ; la sonde remplit la partie inférieure de l'urèthre et le rétrécissement antérieur à la fistule pénienne ; de sorte que si une certaine quantité d'urine s'échappe entre le col de la vessie et la sonde, le fluide si funeste à la réunion immédiate vient sur-le-champ baigner la face profonde de la peau réunie, trouve en ce point les aréoles du tissu cellulaire ouvertes, s'y insinue et y provoque dans une étendue plus ou moins considérable les phénomènes de l'infiltration. L'action irritante de la sonde à demeure, s'ajoutant à cette première cause, la réunion immédiate doit manquer presque toujours, et c'est ce que l'expérience a démontré trop souvent.

Il est clair que les mêmes conditions défavorables existent dans les autoplasties par la méthode indienne, alors qu'on applique sur les bords avivés de la fistule un large lambeau emprunté aux parties voisines ; les dimensions considérables qu'on donne à ce lambeau et l'extrême extensibilité dont il est

(1) Dans les restaurations organiques, il faut que le procédé anaplastique soit rigoureusement déduit de la nature de la difformité. A la difformité par déchirure sans perte de substance, ou avec perte de substance minime, l'anaplastie par synthèse simple doit suffire. A la difformité par excès ou par défaut réservez l'anaplastie par prothèse organique, ou autoplastie proprement dite.

doué mettent tout à fait à l'abri des tiraillements, de la tension exagérée des bords réunis, etc.; ce qui n'empêche pas la réunion immédiate complète et sans accidents d'être à peu près aussi rare du premier coup après l'uréthroplastie qu'après l'uréthroraphie.

Pour soustraire au contact de l'urine la plaie comprise entre la perforation uréthrale profonde et les téguments réunis à l'intérieur, il faudrait trouver une sonde qui fonctionnât irréprochablement, faire le cathétérisme réitéré, ou pratiquer la boutonnière; mais tous ces moyens, que je ne veux pas discuter ici, sont ou irréalisables, ou dangereux, de façon que jusqu'à nouvel ordre il faudra s'attendre à de nombreux insuccès, toutes les fois qu'on emploiera l'uréthroplastie proprement dite à la cure des fistules péniennes.

C'est pourquoi on ne saurait faire trop d'efforts pour agrandir le champ de l'uréthroraphie, très imparfaite jusqu'à ce jour, mais qui me semble susceptible, et d'applications plus étendues, et de perfectionnements considérables. Qu'il me soit donc permis, en terminant, d'indiquer comment je comprends et l'extension et la modification de cette méthode :

1° Je crois l'uréthroraphie suffisante, et par conséquent préférable à l'uréthroplastie, toutes les fois que la fistule pénienne circulaire, petite, n'excède pas un demi-centimètre, qu'elle est entourée de tissus épais assez mobiles pour être rapprochés et mis en contact sur la ligne médiane sans trop de difficultés. La même opération conviendra encore à des perforations beaucoup plus étendues, si elles sont dirigées suivant l'axe de l'urèthre, et que les bords soient peu écartés et susceptibles d'être affrontés; les perforations infundibuliformes s'y prêtent particulièrement.

2° L'avivement devra être large pour que l'affrontement soit étendu; cet avivement, fait en dédolant, sera très superficiel; il ne devra porter que sur le tégument et ne pas intéresser la muqueuse uréthrale. Si l'on se contente d'abraser la peau sans pénétrer profondément et de retrancher les tissus indurés sans en franchir complétement les limites, on évitera d'ouvrir la couche celluleuse sous-cutanée, et l'on préviendra ainsi les inflammations diffuses.

3° On emploiera les sutures métalliques en rapprochant beaucoup les points et sans faire passer les fils dans l'urèthre. La plaque de plomb perforée sera utile pour protéger la ligne de réunion et soutenir les nœuds du fil d'argent.

4° La sonde sur laquelle on fera la suture sera retirée de bonne heure aussitôt que l'uréthrite apparaîtra, ou qu'on verra naître des symptômes généraux qui prennent souvent naissance par suite du séjour prolongé des corps dilatants dans l'urèthre.

5° On combattra soigneusement le rétrécissement dont la région de la fistule est souvent le siége, soit par la dilatation progressive, soit surtout par l'uréthrotomie. Dans le cours de la cicatrisation, on passera, si cela est nécessaire, quelques bougies pour maintenir le calibre de l'urèthre; ce moyen sera employé, bien entendu, avec la plus grande précaution, pour ne point détruire la cicatrice profonde.

6° L'eau froide à l'extérieur et en injections, les préparations destinées à corriger la nature irritante de l'urine, constitueront le traitement consécutif, avec les bains, les purgatifs, le sulfate de quinine, suivant les indications.

7° Les sutures pourront être maintenues longtemps en place : en cas d'insuccès de la réunion immédiate, il ne faudra pas désespérer de la cicatrisation secondaire; on devra donc la favoriser par des pansements et des soins convenables.

8° Ainsi modifiée, l'uréthroraphie réussira souvent; elle reprendra le rang que lui ont fait perdre des insuccès trop nombreux dus à une exécution imparfaite; plus simple, plus facile à exécuter, moins sérieuse que l'uréthroplastie, elle lui sera préférée dans les cas simples. La formation des lambeaux, les décollements, les débridements, seront réservés pour les cas graves où la paroi uréthrale inférieure a subi de vastes déperditions de substance.

Je n'ai nullement l'intention de formuler ici des propositions neuves. Si donc on me reprochait des omissions historiques ou des prétentions que je n'ai pas, je rappellerais que le présent opuscule est une observation suivie de commentaires, et non un mémoire, encore moins une monographie (1).

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique*, par M. *Claude Bernard*. — Dans une courte introduction historique, M. Cl. Bernard rappelle que la première expérience sur le grand sympathique a été faite, dans le siècle dernier, par Pourfour du Petit. Cette expérience consiste à opérer dans la région cervicale, chez l'animal vivant, la section du filet sympathique qui unit le ganglion cervical supérieur au ganglion cervical inférieur. Après cette section, on voit survenir constamment dans l'œil, du côté correspondant, des phénomènes de paralysie principalement caractérisés par un rétrécissement de la pupille et un enfoncement du globe oculaire.

En 1851, MM. Budge et Waller confirmèrent les résultats obtenus par du Petit, et, en outre, précisèrent le lieu d'origine du grand sympathique cervical dans une région spéciale de la moelle épinière, qu'ils appelèrent région cilio-spinale, et qui est comprise entre les racines des deux ou trois premières paires dorsales rachidiennes.

Enfin, en 1852, M. Cl. Bernard, à son tour, signale les effets vasculaires et calorifiques qui sont propres à la section du sympathique. Il montre expérimentalement qu'après la section du grand sympathique dans la région moyenne du cou, on voit survenir dans l'oreille et dans le côté correspondant de la tête, au-dessus de la section du nerf, des phénomènes très remarquables de vascularisation et de calorification : les parties sont alors devenues chaudes comme s'il y avait une fièvre locale, et la sensibilité s'y trouve exagérée, etc.

De ces expériences, quelques physiologistes ont tiré des conséquences exagérées en concluant à une identité d'origine et de propriétés entre les nerfs moteurs ordinaires et les nerfs vasculaires et calorifiques.

Dans son travail actuel, M. Cl. Bernard se propose d'aborder successivement et séparément les questions diverses qui se rapportent à l'histoire du grand sympathique en général, et à celle des nerfs vasculaires et calorifiques en particulier.

Dans cette première partie, le point qu'il a l'intention d'établir c'est que les nerfs vasculaires et calorifiques sont des nerfs moteurs spéciaux distincts topographiquement et physiologiquement des nerfs moteurs ordinaires ou musculaires proprement dits.

Dans son mémoire de 1852, M. Cl. Bernard a montré que les nerfs vasculaires et calorifiques de la tête sont indépendants des nerfs moteurs musculaires des mêmes parties. Aujourd'hui il veut prouver qu'il en est de même pour les membres.

M. Cl. Bernard entre dans le détail des expériences qu'il a faites dans le but d'établir cette distinction des nerfs moteurs vasculaires et calorifiques d'avec les nerfs moteurs ordinaires ou musculaires.

Il résulte de ces expériences que l'on peut avoir dans le membre postérieur : 1° des paralysies motrices et sensitives sans phénomènes calorifiques; 2° des paralysies à la fois mo-

(1) J'ai déjà traité quelques points relatifs aux fistules péniennes et à l'uréthroplastie dans un rapport lu à la Société de chirurgie le 24 juin 1857, à propos d'une observation de M. le docteur Arlaud, chirurgien de la marine. (Voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 550, et t. VIII, p. 26.)

trices, sensitives et vasculaires; 3° on voit, en outre, que les effets vasculaires et calorifiques peuvent être obtenus isolément par la lésion du grand sympathique lombaire, et avec l'intégrité complète des racines rachidiennes, qui continuent à fournir la sensibilité et le mouvement dans les mêmes parties.

Ces expériences démontrent encore qu'il faut nécessairement admettre pour le membre postérieur trois sortes d'influences nerveuses distinctes : 1° l'influence nerveuse sensitive appartenant aux racines postérieures qui entrent dans la composition du plexus lombo-sacré; 2° l'influence motrice ou musculaire appartenant aux racines antérieures du plexus lombo-sacré; 3° l'influence motrice vasculaire et calorifique appartenant au grand sympathique.

La seule conséquence, ajoute M. Cl. Bernard, que je veuille tirer des faits que j'ai rapportés, c'est qu'ils me semblent établir d'une manière incontestable que les nerfs vasculaires et calorifiques du membre postérieur ont une origine topographiquement et physiologiquement distincte de celle des nerfs musculaires. Je ne veux pas, pour le moment, aller au delà de cette conclusion, qui est l expression exacte des faits.

STATISTIQUE. — M. *Boudin* adresse quelques remarques en réponse aux objections présentées par M. *Isidor* contre un passage de son dernier mémoire sur les *dangers des mariages consanguins*, dans lequel la fréquence de ces mariages parmi les Israélites est signalée comme cause de nombreux cas de surdimutité. M. Isidor conteste l'exactitude de plusieurs des données numériques sur lesquelles se base cette assertion; M. Boudin les maintient toutes; il a cité ses sources, des documents imprimés auxquels une simple dénégation n'enlève rien de leur force. D'autre part, il ne saurait admettre quelques-uns des chiffres fournis par M. Isidor. Ainsi, quand celui-ci affirme qu'à Paris, sur une population de 25 000 Israélites, on ne compte pas quatre sourds-muets, M. Boudin remarque que des renseignements recueillis pour la statistique générale de la France il résulte que pour tout le département de la Seine le chiffre de la population juive n'atteignait même pas 11 000.

PHYSIOLOGIE. — *Faits pour servir à l'histoire des effets de la consanguinité chez les animaux domestiques*, extrait d'une note de M. *Beaudouin*. — Les faits que l'auteur soumet à l'Académie résultent d'un travail d'observations suivies et se continuant depuis vingt-deux années consécutives sur un troupeau de 300 brebis mérinos, qui, pendant ce même laps de temps, s'est constamment reproduit par lui-même, c'est-à-dire avec les seuls animaux mâles et femelles en faisant partie. Il a donc ainsi eu sous les yeux un nombre considérable d'alliances consanguines, et en même temps à tous degrés de parenté.

Lorsque M. Beaudouin avait reconnu qu'un mâle ou qu'une femelle étaient peu aptes, soit à reproduire, soit à donner de beaux produits, il n'hésitait pas à les réformer. C'est par cette méthode qu'il est parvenu à constituer une race qui, en outre des qualités qu'il désirait conserver et de celles qu'il désirait y ajouter, jouit d'une santé et d'une vigueur tout à fait remarquables. Aucune maladie particulière n'a atteint ni les premières ni les dernières générations.

L'infécondité ne s'est pas produite d'une manière sensible; toutefois on a constaté une moyenne annuelle de 6 pour 100 de cas de cryptorchidie ou de monorchidie. Quelques cas, mais moins nombreux, d'infécondité complète se sont fait remarquer chez les femelles. Les parts doubles ont été en moyenne de 5 pour 100, et en 1859, année où ces cas se sont produits avec une fréquence remarquable dans tous les troupeaux, ils ont été dans le mien dans la proportion de 7 pour 100.

Il ne s'est produit aucun cas d'albinisme, mais au contraire, comme cela a lieu dans beaucoup de troupeaux, quelques cas de mélanisme.

On n'a constaté aucun cas de monstruosité, et les formes propres au troupeau, loin de dégénérer (en termes d'éleveur), se sont au contraire singulièrement améliorées.

Les observations qui précèdent, ajoute M. Beaudouin, concordent donc sensiblement avec celles qu'a citées M. Sanson (séance du 21 juillet 1862). Toutefois, M. Sanson me paraît avoir trop généralisé en disant que les faits qu'il cite « l'autorisent à conclure que, pour ce qui concerne au moins les animaux domestiques, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation ». Pour être exact, il me paraîtrait convenable d'ajouter : « lorsque les unions consanguines s'opèrent entre reproducteurs de choix. »

— M. *Flourens*, à l'occasion de cette dernière communication, approuve la réserve de l'auteur, qui ne s'est pas dissimulé la part exercée par la volonté de l'homme sur les résultats obtenus. La question de la consanguinité n'est, en effet, rien moins que simple, et des observateurs placés à des points de vue différents peuvent arriver à des conclusions en apparence opposées et pourtant légitimes; leur tort commence au moment où ils veulent les généraliser en sortant des données du problème. Il est bien évident, par exemple, que quand il s'agit d'animaux domestiques dont on veut conserver la race, l'améliorer s'il est possible, en développant les qualités qui la rendent précieuse, les alliances consanguines sont en quelque sorte indispensables; elles ne sont pas cependant abandonnées au hasard, et l'on choisit pour reproducteurs les animaux les plus beaux, les plus vigoureux. Est-ce par des vues semblables qu'on est guidé d'ordinaire dans les mariages consanguins, et doit-on s'étonner que les résultats soient différents? Les agronomes savent bien que, pour les animaux, ce ne sont pas seulement les qualités, mais aussi les défauts qu'on peut reproduire et amplifier par voie de sélection. Nous manquons de renseignements quant à l'origine des bassets à jambes torses, mais nous connaissons celle des moutons à courtes jambes : c'est une race qu'on a propagée dans quelques pays, parce qu'on trouvait de l'avantage à avoir des animaux qui ne pussent franchir les clôtures; on a perpétué une difformité accidentelle survenue dans un seul individu, et qui se reproduisit d'abord chez quelques-uns seulement de ses descendants, puis chez tous.

— M. *Lamereaux* adresse une note intitulée : NOUVEAUX FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE : DE LA MÉTAMORPHOSE DES GOMMES DU CERVEAU.

— M. *Veyrat* envoie de Grésy-sur-Isère (Savoie), une note concernant la composition et le mode d'administration d'un médicament qu'il emploie, dit-il, avec plein succès contre le choléra-morbus. (*Commission pour le concours du legs Breant.*)

— M. *Flourens* présente au nom de l'auteur, M. *P. Mantegazza*, un opuscule écrit en italien et ayant pour titre : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TEMPÉRATURE DES URINES A DIVERSES HEURES DU JOUR ET DANS DIFFÉRENTS CLIMATS.

L'extrait suivant de la lettre d'envoi donnera une idée des résultats auxquels est arrivé l'auteur, qui est professeur de pathologie à l'université de Pavie :

« 1° La température de l'urine augmente et décroît, en général, avec la température extérieure. 2° Dans nos climats, en passant de l'hiver à l'été, la température de l'urine ne varie que de 1°,55. 3° En voyageant à toute vapeur par les Messageries impériales, pour aller du Brésil à Rio de la Plata, la température de l'urine peut changer de 3°,25 avec des variations extérieures rapides de + 25 degrés. 4° L'exposition au soleil des tropiques fait augmenter la température de l'urine jusque de 1°,1. 5° Les alcooliques augmentent la température de l'urine. 6° L'exercice musculaire l'augmente aussi. 7° La température de l'urine est au minimum pendant la nuit, au maximum entre dix et onze heures du matin et à cinq heures après midi, et cela indépendamment de l'heure des repas.

» J'ai fait ces expériences sur moi-même, dit M. Mantegazza, et dans nos climats j'ai toujours chauffé à + 36° l'éprouvette qui devait recevoir l'urine; je n'ai pas tenu compte des

observations dans lesquelles la quantité du liquide était au-dessous de 100 centimètres cubes. »

— M. *Flourens* présente également, au nom de l'auteur, M. *Duchenne* (de Boulogne), le premier fascicule d'une publication intitulée : MÉCANISME DE LA PHYSIONOMIE HUMAINE, OU ANALYSE ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUE DE L'EXPRESSION DES PASSIONS APPLICABLE A LA PRATIQUE DES ARTS PLASTIQUES.

Ce n'est pas seulement aux arts plastiques, remarque M. le Secrétaire perpétuel, que cet ouvrage pourra être utile, il servira encore à l'anatomiste pour fixer ce qui pourrait rester indécis dans son esprit relativement au rôle que joue chacun des muscles de la face dans les expressions diverses qu'elle reçoit des passions et des sentiments, et sur le parcours des rameaux nerveux qui animent ces différents muscles.

— M. *Flourens* présente enfin une dissertation inaugurale de M. *Bourillon* sur la physiologie du cervelet.

Cet opuscule, dans lequel l'auteur combat la conclusion à laquelle M. Flourens a été conduit par une série d'expériences, savoir : « que le cervelet est le siége exclusif du principe qui coordonne les mouvements de locomotion », est, sur la demande de M. Flourens, compris dans le nombre des pièces qui seront examinées par la commission du prix de physiologie expérimentale.

TÉRATOLOGIE. — *Sur un poulet monstrueux appartenant au genre Hétéromorphe, genre prévu, mais non observé*, par M. *Is. Geoffroy Saint-Hilaire*; note de M. *C. Dareste*. — Le monstre qui forme le sujet de cette note, et dont l'auteur doit la connaissance à M. Sappey, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine, présente tous les caractères de ce genre *Hétéromorphe*. Les deux sujets composants sont unis entre eux par leurs extrémités pelviennes : l'un d'eux est complet; l'autre est un acéphalien, sans tête ni thorax apparents, et qui ne manifeste son existence que par un train de derrière complet et deux ailes.

Ces faits sont d'autant plus intéressants que l'on n'avait pas jusqu'à présent remarqué ce genre d'union et de fusion pour les colonnes vertébrales et les moelles épinières, où l'on ne connaissait que les unions latérales. Il semblait même que l'époque très précoce de la formation de ces organes aurait formé un obstacle complet à ce mode de réunion.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports des médecins des épidémies du département des Vosges. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une observation d'angine de poitrine, par M. le docteur *Lubalbary* (de Bourg-la-Reine). (*Comm.* : MM. Bouillaud, Desportes et Beau.) — *c*. Deux notices en langue anglaise sur la folie héréditaire, par M. *Cullis* (de Cheltenham). (*Comm.* : MM. Baillarger et Falret.)

2° M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du onzième volume du RECUEIL D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE MILITAIRES.

3° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. Bouchut, qui, à l'occasion du dernier rapport de M. Vernois, déclare que « personne, avant lui, n'a employé la loupe et le microscope pour la détermination médico-légale de la respiration des nouveau-nés. » — *b*. Un mémoire sur la variole et la vaccine, par M. le docteur *Franquebalme* (de Goudargues). (*Commission de vaccine.*) — *c*. Une lettre relative au muscle obturateur du col de la vessie, et à la manière dont certains corps étrangers sont entraînés spontanément dans cet organe, par M. le docteur *Mercier*. — *d*. Un travail intitulé : TRAITÉ DE LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE JAUNE, par M. le docteur *Édouard Kick* (de Krems). (*Comm.* : M. Mélier.) — *e*. Une observation d'hypertrophie du corps thyroïde, accompagnée de névropathie du cœur et d'exophthalmie, par M. le docteur *Antoine Cros*. (*Comm* : M. Trousseau.)

— M. *Cloquet* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Devilliers* fils, une observation manuscrite de rétrécissement du bassin, occasionné par une tumeur fibreuse des os du bassin, ayant nécessité l'opération césarienne, avec planches, par *Coutouly*, membre de l'Académie royale de chirurgie.

— M. *Depaul* dépose sur le bureau un volume intitulé : DES INFLEXIONS DE L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ, par M. le docteur *Picard*.

M. *Roger* présente, au nom de M. le docteur *Feldmann*, une brochure relative au traitement de l'anthrax et du furoncle.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. le directeur général de l'assistance publique, en réponse aux faits exposés dans le mémoire lu par M. Désormeaux dans la dernière séance.

Lectures.

HYGIÈNE NAVALE. — M. le docteur *Lefèvre*, directeur du service de santé maritime à Brest, lit un travail intitulé : APPRÉCIATION DES OBJECTIONS FAITES A LA DOCTRINE DE L'ÉTIOLOGIE SATURNINE DE LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS.

Après une longue discussion des opinions avancées par ses contradicteurs, M. Lefèvre déclare qu'un « examen un peu sérieux fait ressortir l'insuffisance de ces objections, et que l'on reste en présence de deux faits incontestables : d'une part, la présence sur les vaisseaux de causes d'intoxication plombique, nombreuses, variées, pouvant agir par diverses voies, avec une rapidité plus ou moins marquée, sur la santé des hommes de l'équipage ; de l'autre, l'apparition fréquente d'une maladie ayant tous les caractères des maladies de plomb. Nier la dépendance qui doit exister entre ces deux faits lui paraît aussi contraire à la logique qu'au bon sens. »

M. Lefèvre ajoute que depuis qu'il a signalé l'étiologie saturnine de la colique sèche, grâce aux précautions prises à bord des vaisseaux pour s'en garantir, la maladie devient de plus en plus rare dans nos diverses stations; elle n'y revêt plus le caractère prétendu épidémique, ou, lorsqu'il se présente, on parvient, comme on l'a fait en 1860, aux Antilles, à bord de l'aviso *l'Achéron*, à démontrer qu'il est le résultat d'un empoisonnement général par une eau contenant du plomb.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Devilliers* dépose sur le bureau une série de mémoires intitulés : 1° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET CAUSES DES HYDROPISIES DE L'ŒUF HUMAIN ; 2° OBSERVATIONS D'HYDROPISIES DES VILLOSITÉS CHORIALES; 3° OBSERVATIONS D'HYDROPISIES DE L'AMNIOS; 4° OBSERVATIONS D'HYDRORRHÉE.

L'auteur donne lecture d'un résumé relatif au diagnostic différentiel et à l'étiologie de ces lésions. (*Renvoi à la section d'accouchements.*)

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. *Bouillaud* reprend la suite de son discours, commencé dans la dernière séance.

L'orateur rappelle les points qu'il a développés précédemment, à savoir la nécessité de désigner les maladies par des noms représentatifs, indiquant le siége et la nature de l'affection morbide, et l'opportunité de retrancher les phénomènes cardiaques des caractères pathognomoniques du goître exophthalmique, puisque ces phénomènes ne sont ni constants, ni essentiels. De cette façon la triade n'existe plus ; il faut la réduire à deux éléments : l'hypertrophie thyroïdienne et la procidence oculaire.

Je persiste, poursuit M. Bouillaud, à soutenir qu'il y a entre ces deux phénomènes une relation pathogénique évidente. Mais comment expliquer ce rapport? Je ferai remarquer d'abord qu'il n'y a pas identité de nature entre ces deux éléments, puisque l'un est un simple déplacement d'organe, l'autre une hypertrophie. Il faut donc chercher, non pas une explication unique, mais une explication différente pour ces deux états anatomiques différents.

On a fait intervenir une explication pathogénique qui a obtenu un grand succès, c'est un trouble nerveux, une névrose.

Digitized by Google

On a invoqué aussi une cachexie. Mais, par malheur, on n'a précisé ni la névrose, ni la cachexie.

On a bien parlé, il est vrai, de névrose cardiaque ; mais, encore une fois, l'élément cardiaque manque le plus souvent. Quelques-uns, sentant bien le côté faible de cette théorie, se sont rejetés sur un trouble du grand sympathique, et ont cherché une explication pathogénique dans les expériences de M. Claude Bernard. Assurément, personne ne révoquera en doute l'influence du grand sympathique sur les battements du cœur et sur les contractions artérielles à l'état physiologique ; mais rien n'a été moins démontré encore que l'existence d'une irritation du grand sympathique produisant les troubles du cœur et des artères. Comme je l'ai déjà dit dans la dernière séance, rien de plus fréquent que les palpitations de cœur et les troubles circulatoires chez les chloro-anémiques ; et pourtant, dira-t-on que dans ces cas-là les palpitations proviennent d'une lésion nerveuse, d'une irritation du grand sympathique ? Mais ce serait une erreur profonde, démentie par l'expérience clinique. Ces palpitations, en effet, résistent aux antispasmodiques ; le seul remède qui leur convienne, c'est le fer.

Arrivons à l'explication *cachexie*. Mais que signifie ce nom dans le goitre exophthalmique ? Cette désignation même a besoin d'une explication ; elle a besoin d'être légitimée, et je ne trouve point que personne l'ait encore justifiée ou déterminée.

Serait-ce une cachexie chlorotique ? Nullement ; car souvent, très souvent, la chlorose n'accompagne point le goitre exophthalmique.

Serait-ce une cachexie *fruste ?* Mais encore faudrait-il au moins un élément pour reconstruire ou pour découvrir cette cachexie. Quand Cuvier reconstruisait un animal détruit, un animal antédiluvien, il avait un os, une dent ; il possédait un élément de l'animal. Tandis qu'ici nous n'avons aucun élément pour déterminer cette cachexie, pour la préciser, pour lui donner un nom.

M. *Trousseau :* J'ai parlé de *cachexie*, mais je n'ai pas admis cette théorie.

M. *Bouillaud :* Tant mieux, et je prends acte de cette déclaration. Laissons donc là les théories imaginées pour donner une explication pathogénique du goitre exophthalmique, et parlons de l'étiologie proprement dite. Là-dessus je ne vois pas que les auteurs allemands ou français soient parvenus à des résultats bien satisfaisants. Comme pour toutes les maladies obscures, on a invoqué mille influences contestables, mille causes diverses, sans en signaler une de spéciale, ni de certaine.

Quant à moi, quelque soin que j'aie mis dans mes recherches, je n'ai pu trouver nulle part aucune cause productrice directe, incontestable, à cette singulière maladie. La seule conclusion à laquelle je sois arrivé et que je considère encore comme un peu précaire, c'est qu'une des causes les plus actives de goitre exophthalmique, c'est peut-être l'onanisme. La physionomie des malades affectés de cette déplorable lésion offre une parfaite ressemblance avec les portraits vigoureux tracés par Tissot et par Lallemant des malheureux adonnés à l'abus des plaisirs solitaires : affaiblissement intellectuel, hébétude, crétinisme sporadique, rougeur et saillie oculaire, palpitations, troubles graves de l'innervation, etc. C'est là une vue que j'émets sans y attacher une importance absolue. Toutefois je crois qu'il faut la prendre en grande considération, dans l'état actuel de la question, et alors que les pathologistes sont encore si incertains relativement à l'étiologie du goitre exophthalmique.

Malheureusement la même confusion, la même incertitude règne sur le traitement de cette grave affection. Cela tient à ce qu'on n'est pas fixé sur la nature de la lésion. Basons donc les indications thérapeutiques sur ce que nous connaissons bien, sur ce qu'il y a de plus probable dans l'étiologie du goitre exophthalmique. Contentons-nous d'examiner dans ce moment ce qui est relatif au traitement du goitre et de l'exophthalmie.

Mais comme le goitre est la lésion principale et habituellement primordiale, voyons la thérapeutique qui convient le mieux au goitre.

On a proscrit les préparations iodées et les préparations martiales ! Je crois qu'on s'est fait une illusion profonde en excluant ces sortes de médicaments du traitement du goitre exophthalmique. Cette illusion tient à ce que les malades, hypochondriaques et mélancoliques pour la plupart, repoussent le fer, l'iode et les autres remèdes, et témoignent pour eux une invincible répugnance. On a mis, à tort, sur le compte de l'organisme cette horreur du médicament, manifestée par les malades.

Je n'ai vu quant à moi, aucun exemple d'iodisme ; et lorsqu'on a cru que le remède était mal supporté, encore une fois c'est qu'il était pris avec répugnance par le malade.

Ce que je dis de l'iode s'applique également au fer.

Aussi je crois qu'on aurait grand tort d'exclure l'iode et le fer de la thérapeutique, de cette coïncidence morbide nommée goitre exophthalmique. J'ajoute que l'hydrothérapie, cette médication reconstituante par excellence, convient parfaitement dans ces circonstances.

Malheureusement notre thérapeutique ne peut pas toujours atteindre la cause réelle du mal, sa cause profonde. Le médecin est souvent impuissant contre les éléments étiologiques les mieux connus d'une maladie. Combien plus notre impuissance est grande, quand la cause de la maladie est obscure ou quand elle échappe à nos moyens d'action.

En somme, dans la maladie dite de Graves, il y a des éléments d'une grande importance, se rattachant à des lésions connues ; il y a dans l'association de l'exophthalmie et du goitre un *quelque chose* que nous connaissons mal encore, mais qui a une grande analogie avec le dépérissement de l'économie déterminé par l'onanisme et les pertes séminales.

M. Bouillaud termine par une longue digression sur l'empirisme. L'empirisme médical, dit-il, consiste à chercher le mal, à en déterminer expérimentalement les symptômes, le siége, les causes et la nature ; et de cette notion précise déduire la médication, une médication qui soit en rapport avec tous les éléments connus de la maladie. Cette thérapeutique, que la raison conçoit d'abord, doit être, à son tour, contrôlée par l'expérience, et alors seulement la démonstration est complète, et la solution du problème satisfaisante. Voilà le véritable empirisme, l'empirisme scientifique, celui que nous professons et que nous pratiquons en médecine. Ce n'est donc pas autre chose que l'association régulière, philosophique, de l'expérience et de la raison. En dehors de cela, l'empirisme n'est plus que de la routine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1862.

PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

KYSTE ALVÉOLO-DENTAIRE. — RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — REFOULEMENT DE LA LANGUE.

M. *Legouest* a communiqué une observation relative à une résection du maxillaire inférieur. La tumeur qui a nécessité cette opération siégait sur la portion horizontale du maxillaire. Elle était très dure, très vasculaire, et s'était développée très rapidement, puisque dans l'espace de six mois elle avait atteint le volume d'un œuf de poule. Au niveau de la première molaire, cette tumeur offrait des battements isochrones à ceux du pouls, et au point même où elle était pulsatile, elle présentait un orifice par lequel s'écoulait un liquide ichoreux très fétide. Pour expliquer ces battements, il n'était pas nécessaire de songer à une tumeur vasculaire, puisqu'on trouvait là un liquide dans une cavité osseuse, et qu'on était dans les con-

ditions où peuvent se produire les pulsations sur lesquelles MM. Broca, Rilliet et Follin ont dernièrement appelé l'attention.

L'idée qui se présenta à M. Legouest fut celle d'une tumeur cancéreuse, idée justifiée par les douleurs vives dont la tumeur était le siége, par l'écoulement ichoreux, par la marche rapide de la maladie et par les hémorrhagies abondantes et répétées qu'elle déterminait.

M. Legouest fit l'ablation de la mâchoire dans toute sa portion horizontale. La tumeur enlevée a été mise sous les yeux de la Société, et il fut facile de reconnaître qu'elle était formée, ainsi que l'a fait remarquer M. Legouest, par un simple kyste alvéolo-dentaire contenant deux dents. Les principaux symptômes qui s'étaient manifestés avaient rendu l'erreur du diagnostic presque inévitable. Les battements s'expliquent aisément par la très grande vascularité de la muqueuse qui tapissait le kyste.

M. Legouest a appelé l'attention sur un incident de l'opération, la rétraction de la langue. A peine les insertions antérieures de l'organe furent-elles détachées, que le malade fut tout à coup pris de suffocation. Il fallut passer un fil dans l'épaisseur de la langue et le confier à un aide, pendant qu'on terminait l'opération. Arrivé à son lit, le malade prenait lui-même le fil et attirait sa langue au dehors, quand elle se portait trop en arrière ; mais cette manœuvre ne fut pas longtemps nécessaire et la suffocation ne se reproduisit plus.

Indépendamment des causes d'erreur déjà signalées, M. Richard en admet une autre qui aurait pu, même à elle seule, faire méconnaître la nature de la tumeur. Dans les kystes dentaires, on trouve d'ordinaire que le nombre des dents n'est pas complet, qu'une ou deux dents font défaut. Aucune dent, au contraire, ne manquait chez le malade de M. Legouest. Le siége de la tumeur qui semblait avoir eu son point de départ entre la première molaire et la canine, la marche qu'elle avait suivie, auraient plutôt fait croire à une tumeur à myéloplaxes.

Le signe précédent que M. Richard tire de l'appel des dents n'a aucune valeur aux yeux de M. Trélat, parce qu'il est très fréquent de voir des germes dentaires surnuméraires.

M. *Richet* désirerait savoir s'il y avait paralysie du nerf mentonnier. Ce signe permet de juger du point de départ de la tumeur et d'affirmer qu'elle a son siége dans le canal dentaire.

Bien que M. Legouest n'ait pas noté dans ce cas la paralysie du nerf mentonnier, il n'a pas douté des rapports de la tumeur avec le canal et le nerf dentaires ; il a rapporté les crises de douleur à la compression du nerf au fond du kyste qui s'emplissait de liquide et se vidait tour à tour.

Pour ce qui est de la rétraction de la langue, M. Chassaignac n'a jamais observé cet accident, et serait disposé, s'il n'en croyait que sa propre expérience, à le considérer comme une pure théorie. M. Richet, au contraire, a observé deux fois la rétraction de la langue. Il insiste sur la nécessité de distinguer la rétraction d'avec le refoulement de l'organe. Le refoulement s'opère mécaniquement dans certains cas, lorsque après avoir enlevé la partie moyenne de la mâchoire on rapproche les fragments. Ce rapprochement diminue l'espace parabolique dans lequel se loge la langue et refoule l'organe en arrière. Il n'y avait pas refoulement, mais bien rétraction dans le fait de M. Legouest, puisque l'accident est arrivé avant toute suture, tout rapprochement.

M. *Debout* et M. *Forget* voudraient que pour des tumeurs semblables à celle que M. Legouest a enlevées, on se contentât de reséquer la portion alvéolaire et qu'on respectât la base de l'os. Ce conseil n'a que l'inconvénient d'être difficile à suivre, parce qu'il exige un diagnostic d'une précision le plus souvent impossible.

— M. *Chassaignac* présente un enfant de sept à huit ans qu'il croit hydrocéphale. Toutes les fontanelles sont ossifiées ; il existe une double exophthalmie. Autour de la région orbitaire on voit un tel développement des vaisseaux, qu'on pourrait croire au premier abord à l'existence d'une tumeur cancéreuse. La vue est intacte, la sensibilité de la région n'est pas altérée ; la projection des yeux en avant s'est produite en quelques semaines. Il n'y a pas d'engorgement de ganglions cervicaux. M. Chassaignac explique l'exophthalmie par la pénétration du liquide intra-crânien dans la cavité orbitaire.

MM. *Guersant* et *Marjolin* doutent qu'il y ait dans ce cas *hydrocéphalie*. Le volume du crâne ne prouve pas l'existence de cette affection. L'enfant est né avec une tête un peu volumineuse, mais régulièrement conformée, et chez lui l'intelligence est très développée, tandis qu'elle est extrêmement obtuse chez les hydrocéphales. Ces derniers n'ont jamais les yeux saillants, leurs yeux sont plutôt caves et enfoncés sous les arcades orbitaires très saillantes. M. Guersant croit que le petit malade de M. Chassaignac a des tumeurs végétantes de la base du crâne qui refoulent les deux yeux en avant. L'existence de ces tumeurs explique très bien le développement rapide de l'exorbitis. Du reste, le pronostic de M. Guersant est des plus graves. Si l'enfant vit encore quelque temps, les deux yeux seront complétement expulsés hors de l'orbite.

D[r] P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Transfixion de l'abdomen par un coup de baïonnette ; guérison, par M. Irwin.

Dans un numéro de ce journal, nous rapportions, il y a quelques mois, l'histoire d'un soldat anglais percé accidentellement par sa baïonnette pendant l'expédition de Chine, et guéri en quelques jours. L'*American Medical Times* nous apporte un second exemple de guérison ; mais celui-ci est entouré d'une mise en scène d'atrocités que malheureusement on ne peut se refuser à croire, et nous nous bornons à traduire le récit du docteur Irwin, médecin inspecteur de la 4[e] division de l'armée de l'Ohio, qui ne guérit son malade que pour le voir pendre.

Au commencement de février 1861, les diverses tribus d'Indiens Apaches, habitant les régions montagneuses d'Arigona, se soulevèrent contre le gouvernement, et commirent toute sorte d'atrocités. Des prisonniers moururent de faim, d'autres furent liés au poteau et subirent la torture de la cible, d'autres furent pendus par les pieds au-dessus du foyer qui devait les consumer. C'est pendant cette féroce croisade que je fus témoin du fait suivant :

Un détachement de troupes américaines fut cerné par un parti considérable d'Indiens qui chercha à le faire prisonnier. Nous avions entre les mains quelques otages indiens qui répondaient de la sûreté de quelques-uns de nos concitoyens, prisonniers des Apaches, et que nous désirions échanger. Les otages que nous possédions cherchèrent à s'échapper en renversant leurs gardiens.

Un robuste athlète de vingt-cinq ans fut frappé par une sentinelle d'un coup de baïonnette, et tenu cloué sur le sol par l'arme qui le traversait de part en part. La baïonnette entra dans l'abdomen par la partie supérieure et antérieure de l'hypochondre gauche et vint sortir en arrière du côté correspondant, à 2 pouces environ de la colonne vertébrale. Le blessé fut maintenu ainsi pour quelques instants jusqu'à ce qu'une force suffisante fût venue s'assurer de lui et de ses compagnons.

Une grande faiblesse suivit la blessure ; l'hémorrhagie fut légère, et cette grave lésion n'amena pas d'autres accidents. L'Indien fut garrotté, placé sur le dos, et l'on appliqua sur les plaies des compresses imbibées d'eau de neige ; la diète la

plus sévère fut prescrite, et le quatrième jour les plaies étaient guéries par première intention. Le blessé ne se plaignait d'aucune douleur, ce que j'attribuais à l'orgueil de sa race; car, étant frère du chef de sa tribu, il n'était pas de sa dignité de manifester aucune souffrance physique ou morale.

Le neuvième jour, il se rendit à pied au lieu de l'exécution, et fut avec cinq de ses compagnons pendu aux branches de deux chênes qui couvraient de leur ombre les tombes de quatorze des nôtres, torturés par les sauvages. Désirant faire un exemple, nous laissâmes les corps pendre d'une manière permanente, ce qui m'empêcha de faire l'autopsie. (*American Med. Times*, 1862, p. 273.)

Sur les taches de sang, par ERDMANN.

Les recherches les plus récentes, celles de Toase en Angleterre, celles d'Erdmann en Allemagne, ont établi que les cristaux d'hémine ou cristaux de Teichmann, sont les seuls éléments constants d'un jugement solide sur la nature des taches suspectes. Il est incontestable que les globules du sang sont caractéristiques de ce liquide; mais comme dans beaucoup de circonstances les taches à analyser ne sont pas récentes, et que les globules sanguins s'altèrent très facilement, ils ne peuvent servir de criterium infaillible. Quant aux globules blancs, Neubauer a fait justice de l'importance diagnostique qu'on a tenté de leur accorder dans ces derniers temps; il lui a suffi pour cela de rappeler que des cellules identiques existent dans l'urine, la salive, le mucus (et nous ajouterons dans le pus).

D'un autre côté, l'examen chimique ne peut conduire à aucun résultat satisfaisant, parce que tous les principes immédiats du sang se rencontrent dans d'autres liquides animaux, et qu'en outre plusieurs matières albuminoïdes végétales se comportent avec les réactifs comme les albuminoïdes du liquide sanguin.

Erdmann rapporte un fait récent qui démontre à la fois l'insuffisance de l'examen chimique, et la nécessité d'une extrême réserve dans toutes les recherches microscopiques médico-légales. L'unique indice d'un assassinat commis à Leipzig était une tache brunâtre située sur le terrain où le crime avait été commis; sous l'influence de la pluie, cette tache prenait l'aspect du sang coagulé. La solution aqueuse de cette tache fournit un liquide roussâtre qui donnait avec le tannin, avec le ferro-cyanure de potassium, avec le réactif de Millon, les mêmes réactions chimiques que l'extrait aqueux du sang desséché. Examinée au microscope, la matière brune présentait quelques corpuscules semblables aux cellules du sang. Mais Erdmann n'ayant pu obtenir avec cette substance les cristaux d'hémine, conçut des doutes sur la valeur des autres caractères, et il répéta avec plus de soin encore son examen microscopique; il constata alors que les prétendus globules sanguins n'étaient autre chose que les spores d'une algue qui a reçu le nom de *Porphyridium cruentum*, précisément à cause de sa ressemblance avec les éléments solides du sang.

Erdmann, dans ses recherches subséquentes, s'est efforcé de simplifier la méthode de Brücke pour la constatation des cristaux d'hémine, et il l'a réduite aux opérations suivantes. Il fait macérer la tache suspecte dans de l'eau, et évapore lentement la solution; il dépose cet extrait aqueux sur une de ces lames de verre qui servent de porte-objets pour le microscope, et il ajoute à la substance une trace de sel de cuisine et une goutte d'acide acétique pur. Il expose alors la lame de verre à la flamme d'une lampe à gaz ou à alcool, en évitant que la chaleur ne produise un mouvement brusque dans la masse encore liquide, et il pousse l'évaporation jusqu'à siccité. Une fois le verre refroidi, il ajoute une goutte d'acide acétique, et transporte le tout sous un microscope à un grossissement de 250 diamètres. Si la tache contenait du sang, on verra infailliblement apparaître dans la gouttelette d'acide acétique des cristaux d'hémine : ce sont des lamelles rhomboïdales disposées en groupe autour d'un point central commun; leur couleur varie du jaune au roux, selon leur épaisseur; le caractère spécial de ces cristaux est leur solubilité dans la potasse caustique. Erdmann affirme qu'il a obtenu avec cette méthode des cristaux d'hémine, d'une tache de sang qui n'était perceptible qu'à la loupe. (*Zeitschrift fur analyt. Chemie*, II, 1862.)

Éclampsie. Injection sous-cutanée de morphine, par O. FRANQUE.

Une femme qui était heureusement accouchée de deux jumeaux fut prise d'éclampsie deux jours après sa délivrance; l'urine avait été trouvée albumineuse immédiatement après l'accouchement. Des applications froides sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, deux lavements avec 30 et 40 gouttes de teinture d'opium restèrent sans effet. Après la troisième attaque, la malade était tombée dans un état comateux des plus alarmants. C'est alors qu'on lui fit trois injections sous-cutanées avec une dose totale de biméconate de morphine, correspondant à 15 grains d'opium; à dater de ce moment, les accès s'éloignèrent, et perdant également en intensité, ils disparurent bientôt complétement. Cette femme fut retenue encore quelque temps au lit par une endométrite et une péritonite légères; au bout de quatre semaines elle quittait l'hôpital, parfaitement rétablie. (*Monatsschrift fur Geburtskunde*, XVIII, 1862.)

— Nous sommes heureux de signaler ici cette nouvelle application de la méthode thérapeutique introduite en France, et perfectionnée par M. le docteur Béhier.

Les affections puerpérales à la Maternité de Saint-Pétersbourg, par DE GRUNEWALDT.

Les observations de l'auteur correspondent à l'intervalle de novembre 1858 à mars 1859.

Après une période assez longue, pendant laquelle l'état sanitaire avait été des plus satisfaisants, apparurent en novembre 1858 de nombreux cas d'affections puerpérales, qui présentaient une similitude extraordinaire dans les phénomènes symptomatiques.

Du 8 novembre au 20 janvier on reçut à la Maternité 182 femmes; 76 furent malades après les couches, et 13 moururent. Du 20 janvier au 13 février, 40 femmes entrèrent dans les salles; 6 furent malades, et 2 succombèrent. Mais à partir de ce moment l'épidémie devint si meurtrière, que le 21 février la maison fut évacuée et fermée. Du 13 au 21, 19 femmes étaient accouchées, sur lesquelles 13 avaient été gravement atteintes, et 6 avaient succombé.

La Maternité resta fermée pendant deux semaines, et pendant ce temps elle fut soumise à une désinfection générale. Il n'y eut plus dès lors que quelques cas isolés, et l'épidémie put être considérée comme éteinte.

Dans 21 autopsies, on constata l'existence de lésions inflammatoires très intenses. Les plus fréquentes de ces lésions furent trouvées dans l'utérus et ses annexes, dans le péritoine et dans les méninges; autour de ces altérations fondamentales se groupaient les modifications pathologiques qui individualisaient chaque cas particulier. Chez une malade, on rencontra une endométrite sans péritonite, et une pneumonie avec méningite suppurée; une autre présenta une péritonite avec colite ulcérative sans endométrite; il est vrai de dire qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, cette femme offrait déjà des signes de typhus. Dans la presque totalité des cas, la surface interne de l'utérus pouvait être regardée comme le point de départ des accidents; elle présentait, en effet, soit une inflammation suppurative, soit des exsudats membraniformes; on trouvait, dans quelques autopsies, un épanchement abdominal abondant. On n'a jamais constaté de pus dans les grosses veines du bassin, ni dans le système porte; on a observé une seule fois un abcès métastatique.

Digitized by Google

Les phénomènes symptomatiques présentaient entre eux la plus grande analogie : dans l'un des trois premiers jours qui suivaient l'accouchement, un frisson violent, une fièvre intense, une sensibilité anomale de l'utérus indiquaient l'invasion de la maladie ; mais avant même l'apparition de ces symptômes, on pouvait constater une élévation de plusieurs degrés dans la température des malades.

L'auteur ne doute point que la maladie ne se propageât par infection d'une femme à l'autre. Les modifications atmosphériques étaient sans influence sur le développement des accidents ; mais la longue durée du travail, la mort du fœtus, les difficultés de l'accouchement, en avaient une bien évidente. La maladie était d'autant plus grave qu'elle éclatait plus tôt après la délivrance. De Grunewaldt pense qu'une femme qui succomba dans la salle à la suite d'une rupture de l'utérus a été le point de départ de l'épidémie.

Le tartre stibié et la digitale, les cataplasmes chauds, les sangsues sur le col, ont été les principaux moyens de traitement ; dans le cas d'épanchement abdominal, on avait recours aux frictions mercurielles et aux larges vésicatoires. L'auteur se loue beaucoup de cette médication, et, d'après les succès qu'il a obtenus, il croit devoir combattre les conclusions du nihilisme moderne. (*Monatsschrift fur Geburtskunde*, XVIII, 1862.)

Chorée avec hallucinations, par M. Duchesne, interne des hôpitaux.

Obs. — G... (Léon), âgé de treize ans, entre le 28 novembre 1860 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Joseph, 20, service de M. le docteur Bergeron.

Cet enfant, qui a déjà été dans le même service il y a quelque temps pour une fièvre typhoïde, est allé passer six semaines à la maison de convalescence de la Roche-Guyon.

Pendant son séjour dans cette maison, l'enfant ne présenta rien de particulier. Il revint dans un état de santé aussi satisfaisant que possible.

Le lendemain de son arrivée, c'est-à-dire le 27 novembre, sa patronne remarqua, dit-elle, quelques légers mouvements convulsifs dans les membres.

Le 28, à neuf heures et demie du matin, les accidents augmentèrent. L'enfant portait brusquement sa main droite à son menton, le frappait avec violence, et répétait sans cesse *na*. Il avait parfaitement conscience de tout ce qui se passait autour de lui, mais se plaignait de ce que ses camarades se moquaient de lui. A une heure et demie il fut pris de délire et tenait des propos incohérents. A quatre heures, moment auquel on nous l'amène à l'hôpital, sa chorée persiste avec la même intensité ; il est furieux, ne peut rester en repos sur sa chaise. Il veut chasser quelqu'un ; il lui enjoint de s'éloigner au plus vite. Sa figure est congestionnée, couverte de sueur. Du reste, apyrexie complète. Il répond avec intelligence, mais par saccades, aux questions que nous lui posons.

Cet état d'excitation, très marqué à l'arrivée du malade dans la salle, diminue un peu au bout d'une demi-heure, sans cependant cesser d'être aussi caractéristique.

Mes collègues, auxquels je montre ce malade, sont de mon avis quant au diagnostic et au traitement. Je lui prescris donc immédiatement une douche en pluie.

L'enfant, en entrant dans la salle des bains, un peu obscure à ce moment, éprouve un sentiment de frayeur ; il ne veut pas avancer. Quelques instants plus tard, le bruit de l'eau qui s'échappe du robinet lui cause un certain émoi. Il ne se soumet qu'avec beaucoup de peine à recevoir la douche. Sa respiration est haletante ; il croit qu'on va lui faire du mal, dit-il. Néanmoins on parvient à lui administrer une douche en pluie d'une minute et demie.

Aussitôt après, les mouvements désordonnés que présentait l'enfant cessent complétement, sauf encore un peu de chorée des muscles du pharynx qui persiste. Mais revenu à la salle, tout disparaît, et il ne se manifeste plus aucun mouvement choréique. Le malade parle très franchement, mais ne peut expliquer l'origine des accidents qu'il a éprouvés. Il demande à manger. Le soir, il s'endort, et ne présente pendant son sommeil aucun mouvement choréique.

Le 29, l'enfant est extrêmement calme, mais prononce encore, quoique à de très rares intervalles, *na*. On remarque à peine quelques légers mouvements choréiques dans les membres.

A dix heures du matin, douche en pluie d'une minute et demie.

Le malade se trouve très bien toute la journée ; seulement le soir, à cinq heures, il éprouve un peu de difficulté à boire ou plutôt à avaler.

Le 30, encore quelques mouvements très légers et très rares dans la tête. On n'en observe pas dans les membres. — Douche d'une minute et demie.

Le 1er décembre, même état, on suspend les douches.

Le 2, l'enfant reste levé toute la journée et est très calme. — Bain tiède.

Le 3, les mouvements ont entièrement cessé.

Le 5, la guérison se maintient.

Le 6, l'enfant étant complétement guéri, nous lui donnons son *exeat*, en lui recommandant de revenir tout de suite à l'hôpital s'il lui survenait encore des mouvements.

Cette observation, quelque courte qu'elle soit, m'a paru intéressante à plusieurs points de vue ; d'abord à cause de l'explosion brusque et sans cause appréciable des accidents, de leur peu de durée, de la guérison presque subite au moyen de l'hydrothérapie ; ensuite par cette forme bizarre de chorée, où le malade se frappe violemment le menton, ce qui se rapporterait assez bien à ce que Tulpius désigne sous le nom de *malleatio*.

Cette observation vient en confirmation des faits contenus dans le mémoire si intéressant de M. le docteur Marcé, sur *l'état mental dans la chorée*. (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1862.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR LES EAUX MINÉRALES ET L'HYDROTHÉRAPIE.

(Premier article.)

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, par M. le docteur Durand-Fardel. 2e édit., 1 vol. in-8, Paris, 1862. — Chez Germer Baillière.

Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy, par M. le docteur Willemin. Broch. in-8, Paris, 1862. — Chez Germer Baillière.

Études cliniques sur les maladies traitées aux eaux minérales de Vittel, par M. le docteur Patezon. Broch. in-12, Paris, 1862. — Chez Adrien Delahaye.

Étude médicale sur Contrexéville, par M. le docteur Legrand du Saulle. Broch. in-8, Paris, 1862. — Chez Adrien Delahaye.

Les *eaux de Paris* ont fait un peu de tort, cette année, aux eaux du reste de la France et de l'étranger ; les premières nous ont demandé tant de temps et ont pris tant de place dans ce journal, qu'il nous a été impossible de nous occuper plus tôt des secondes. Mais, pourtant, mieux vaut tard que jamais. Commençons donc, sans autre préambule.

— M. Durand-Fardel vient de faire paraître la 2e édition de son Traité thérapeutique des eaux minérales.

On trouve, en tête de cet ouvrage, une préface qui simplifie extraordinairement la tâche du critique ; c'est une sorte d'article bibliographique, où l'auteur expose, beaucoup mieux que nous ne le ferions nous-même, les transformations que son œuvre a subies en grandissant de cinq ans.

« Cette dernière édition, dit-il, ne diffère point de la précédente pour le plan général, mais la première partie, comprise sous la dénomination de *matière médicale*, a été entièrement remaniée. Toutes les analyses ont été revues avec soin, quelques oublis réparés, le classement des eaux minérales rectifié, les renseignements relatifs aux principales stations complétés, et enfin une étude des effets physiologiques observés près des différentes classes d'eaux minérales introduite.

» Quant à la seconde partie, consacrée à la *thérapeutique thermale*, le peu de temps qui s'est écoulé depuis la première édition de cet ouvrage n'a pas amené dans la science ni dans la pratique, assez de documents nouveaux pour qu'il y eût lieu d'y apporter des changements notables.

» Cependant j'ai dû donner place aux renseignements puisés dans quelques écrits récents, ou fournis par les discussions qui se sont produites dans la *Société d'hydrologie médicale de Paris*.

» On trouvera, en outre, quelques chapitres nouveaux d'hydrologie générale, relatifs à la *médication* et au *traitement thermal*, ainsi qu'à la *spécialisation des eaux minérales*. »

Voilà ce que l'auteur dit de son œuvre, ou, en d'autres termes, voilà l'auteur jugé par lui-même. Cette préface est presque une confession. M. Durand-Fardel n'y parle, en effet, que « d'oublis réparés », de « classement rectifié », de « renseignements complétés », etc. La franchise avec laquelle notre distingué confrère avoue les torts et les imperfections de la *première édition* justifiera, même à ses propres yeux, je l'espère, la façon un peu sévère, mais impartiale, dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE avait parlé de ce livre dans le numéro du 5 juin 1857. Nous sommes heureux, cette fois, d'avoir à faire une plus large part à l'éloge qu'à la critique.

La première partie de l'ouvrage de M. Durand-Fardel, celle qu'il nomme *matière médicale*, ne présente aucune particularité qui mérite d'être notée : c'est purement et simplement une sorte de catalogue raisonné, ou plutôt de nomenclature de toutes les eaux minérales françaises et étrangères, avec l'indication sommaire de leur température, de leur composition chimique, de leurs usages et de leurs propriétés thérapeutiques, et des renseignements plus sommaires encore sur les principaux établissements balnéaires.

La partie réellement importante de ce livre, la plus originale, comme la plus instructive, est, sans contredit, la deuxième, celle qui traite de la thérapeutique hydrothermale, ou des applications spéciales des principales sources minérales.

« Partir, dans l'étude des eaux minérales, des maladies ou des groupes pathologiques auxquels ces eaux sont applicables, au lieu de rattacher les applications médicales à la considération de la composition chimique et du classement des eaux *elles-mêmes*; dégager la spécialisation des eaux minérales, soit envisagées en groupes, soit prises isolément, des applications multipliées auxquelles les rendent propres aussi, soit leur constitution elle-même, soit les conditions communes à la plupart des eaux minérales; enfin, présenter aux praticiens tous les éléments possibles d'une application rationnelle et scientifique des eaux minérales au traitement des maladies chroniques » : tel est le but complexe que M. Durand-Fardel s'est proposé d'atteindre.

Jusqu'à présent le problème posé par les médecins hydrologues était celui-ci : *Étant donnée une eau minérale, connaître toutes les applications auxquelles elle peut se prêter.*

M. Durand a remplacé cette formule par la suivante : *Étant donnée une maladie, connaître l'eau minérale qui lui convient le mieux.* Comme on le voit, c'est une variante, c'est une imitation du fameux problème de Pitcairn; c'est le problème de Pitcairn appliqué à l'hydrologie.

La méthode adoptée par M. Durand-Fardel nous paraît la plus rationnelle, la plus scientifique, la plus féconde en résultats pratiques, et surtout la plus propre à dissiper les incertitudes et la confusion qui enveloppent encore bien des points de la médecine hydrothermale. Assez longtemps l'emploi des eaux minérales n'a connu d'autres règles qu'un empirisme aveugle, qu'une routine grossière, ou, qui pis est, les fantaisies de l'arbitraire, les caprices de la mode ou l'engouement provoqué par un charlatanisme effronté et par de mensongères réclames. En ce temps-là, l'eau prônée possédait toutes les vertus, dissipait tous les maux et guérissait toutes les infirmités : c'était une panacée. Cette période, que je nommerai volontiers la période *héroïque* ou *mythologique* de l'hydrologie médicale, est passée, grâce au ciel. Aujourd'hui le merveilleux a fait place au positif, et le prodige à la réalité. Une eau n'est plus bonne à guérir toutes les maladies ; elle n'en guérit qu'un petit nombre, mais elle les guérit plus sûrement. L'analyse chimique, en fixant d'une manière mathématique les principes actifs, les éléments minéralisateurs des différentes sources, a permis d'assujettir la médication hydrothermale aux mêmes lois de posologie que la médication officinale ; puis est venue l'expérience clinique, qui, en multipliant les faits et en agrandissant le domaine de l'observation aux dépens de celui de la théorie, a imprimé à la médecine hydrologique le caractère de certitude qui lui manquait, et précisé les indications thérapeutiques relatives non-seulement à une localité donnée, mais encore aux diverses sources de cette même localité, suivant leur degré de minéralisation et de thermalité.

M. Durand-Fardel est assurément un des zélés praticiens, un des savants hydrologues qui par leurs écrits ou leur enseignement ont le plus contribué à cet immense progrès de la médecine hydrominérale. La GAZETTE HEBDOMADAIRE aime à rendre ce double hommage au professeur et à l'écrivain.

C'est dans cette voie féconde et vraiment médicale que se sont engagés résolûment aussi la plupart des hydrologues contemporains. Les brochures qui nous sont parvenues, celles notamment que nous allons signaler d'une manière plus spéciale, ont été conçues dans le même esprit et écrites selon cette méthode qui, subordonnant l'analyse chimique à l'expérience thérapeutique, substitue les données précises de l'observation clinique aux vues spéculatives et aux inductions hypothétiques basées exclusivement sur la composition élémentaire d'une source, arrache l'hydrologie des mains d'une ambitieuse chimiatrie, et établit sur des fondements solides la spécialisation des eaux minérales.

A ce point de vue, on peut dire que le livre de M. Willemin sur le TRAITEMENT DES COLIQUES HÉPATIQUES PAR LES EAUX DE VICHY est un modèle du genre. « L'efficacité de cette médication est-elle bien démontrée? Produit-elle la guérison radicale de cette maladie, ou bien n'amène-t-elle qu'une cessation momentanée des accidents?... Si la médication alcaline, préférable entre toutes et véritablement spéciale contre la lithiase biliaire, n'est pas curative, qu'apprend l'expérience sur la formule la plus convenable pour l'application des eaux? Existe-t-il enfin des contre-indications, ou du moins des conditions particulières qui empêchent l'efficacité du traitement? » — Telles sont les questions importantes que M. Willemin aborde et discute dans sa brochure. Comment l'auteur y répond-il? — Pour M. Willemin, comme pour M. Fauconneau-Dufresne, comme pour Frerichs, comme pour M. Durand-Fardel, il n'y a pas de plus puissante médication contre l'affection calculeuse du foie que l'emploi des eaux minérales bicarbonatées sodiques, *intùs et extrà*, et spécialement les eaux de Vichy ou de Carlsbad. « Le traitement de Vichy, dit M. Willemin, a pour effet habituel d'arrêter les coliques hépatiques ; il empêche par conséquent la formation de nouvelles concrétions ; il ne met pas à l'abri des récidives, il n'amène pas la guérison radicale de la lithiase biliaire ; mais quand il est suffisamment renouvelé, il éloigne beaucoup le retour des crises hépatiques... » M. Willemin conseille de prendre les eaux deux années de suite, lors même qu'après la première cure il ne serait plus survenu d'accès, et de recommencer cette médication tous les deux ou trois ans. — L'existence d'un état phlegmasique ou d'une disposition congestive bien prononcée est signalée par l'auteur comme l'unique contre-indication du traitement de Vichy. L'hérédité de l'affection calculeuse et son développement tardif, l'existence d'un engorgement plus ou moins considérable du foie ou d'une phlegmasie chronique de cet organe, la diathèse urique, une irritation gastro-entérique et la tuberculose pulmonaire, sont considérées, non pas précisément comme des contre-indications, mais comme des causes de résistance, relative ou absolue, aux effets de la médication alcaline.

L'ouvrage de M. Willemin n'est pas seulement une étude du traitement de Vichy dans les cas de calculs hépatiques, c'est une véritable et savante monographie de l'affection calculeuse du foie, où toutes les difficultés du diagnostic et des indications thérapeutiques sont résolues avec le talent et l'habileté que

Digitized by Google

donnent neuf années de pratique sur un vaste champ d'observation.

— *Court et bon* est un vieil adage qui conviendrait à merveille à l'ouvrage de M. Patézon, inspecteur des eaux de Vittel. L'auteur a trouvé le moyen de renfermer, sous un petit format de 190 pages, des renseignements très complets sur la station minérale de Vittel et sur chacune de ses sources, des notions sommaires sur les maladies justiciables de ces eaux, et la relation de 151 cas d'affections diverses traitées avec succès par la médication que j'appellerais *vittelline*, si je ne reculais pas devant un jeu de mots et l'apparence d'une faute d'orthographe.

Le chapitre le plus intéressant et à la fois le plus important de ce livre est incontestablement celui qui traite des « maladies goutteuses ». M. Patézon y décrit fort exactement les manifestations aiguë et chronique de la goutte, ses formes atonique, irrégulière, etc., le diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme, dont il nie l'identité; enfin, arrivant à la thérapeutique de cette désespérante maladie, l'auteur, après avoir invoqué les témoignages de Braun, de MM. Trousseau et Durand-Fardel, déclare que, « dans toute forme de la goutte où il est besoin de reconstitution, il y a du danger à s'adresser aux eaux fortement alcalines : ce qui veut dire que, dans la goutte chronique et dans la goutte atonique, vous vous garderez bien d'aller à Vichy; car les eaux alcalines fortes, au lieu de tonifier, ne feront que débiliter plus profondément.... La podagre trouve, au contraire, un traitement efficace dans l'usage des eaux faiblement alcalines et ferrugineuses, comme celles de Vittel. »

Voilà une indication nettement formulée. On la chercherait vainement sous une forme aussi accentuée dans tous les traités d'eaux minérales, lesquels se répètent tous à l'occasion de Vittel, et se contentent de déclarer que les eaux de cette station thermale ont une sensible analogie avec celles de Contrexéville.

Nous souhaitons que l'ouvrage de M. Patézon tombe entre les mains de ceux qui soutiennent cette opinion; nous désirons surtout qu'il soit lu et médité par notre collègue Félix Roubaud, qui, dans son livre sur les eaux minérales de la France (p. 288), a écrit : « Une suffisante expérience n'a point encore déterminé d'une manière précise l'action thérapeutique des eaux de Vittel. » La brochure de M. Patézon est là pour prouver le contraire.

— Nous venons de prononcer le nom de Contrexéville. Cette station n'est qu'à 5 kilomètres de Vittel ; nous allons en dire quelques mots.

Heureux Contrexéville ! il a trouvé, enfin, un historien digne de sa haute et vieille réputation, un historien qui « ne désespère pas de démontrer que cette localité, à tous les points de vue, sait de nos jours conserver l'éclat de son blason traditionnel.... »

« ..... Investi de la confiance publique » (au point d'être ou d'avoir été, si je ne m'abuse, maire de l'endroit), M. le docteur Legrand du Saulle « a eu l'honneur de soigner » (vous leur fîtes, au contraire, seigneur, en les soignant, beaucoup d'honneur) 734 malades de 1857 à 1860 inclusivement; et il considère « comme un devoir sacré de faire profiter ses confrères et ses clients des enseignements que l'expérience lui a suggérés. »

Or, jusqu'à présent l'expérience n'a suggéré à M. Legrand rien de bien nouveau. Notre excellent et zélé confrère confirme ce que nous savions déjà et ce que beaucoup d'autres avaient dit avant lui, à savoir, que les eaux de Contrexéville sont utiles dans le traitement de la gravelle, de la colique néphrétique, de l'inflammation chronique des reins, voire même de la goutte, et que l'action de ces eaux est en quelque sorte spécifique contre le catarrhe vésical.

Mais si M. Legrand du Saulle nous donne peu cette année, en revanche il nous promet beaucoup pour l'année prochaine. Oyez plutôt ! — « Je vais, dit-il, pendant la saison de 1862, me livrer à une étude approfondie des maladies de la prostate et de l'urèthre.... Je mets longtemps à mûrir une idée, et il m'a semblé que, sur ce point, l'heure de la maturité n'avait point encore sonné (pends-toi, Joseph Prudhomme !)..... J'ajourne la question, mais j'ai quelque espoir que les buveurs n'y perdront rien pour attendre. » — Bien que nous n'ayons pas l'avantage d'être buveurs, espérons que, nous aussi, nous n'aurons qu'à gagner à cet ajournement.

(*La suite prochainement.*)

A. Linas.

VI

VARIÉTÉS

Par arrêté en date du 1er août 1862, M. Milne Edwards (Alphonse), docteur en médecine et ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste au Musée d'histoire naturelle.

— Par divers décrets ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur : M. le docteur Chailly, membre de l'Académie de médecine; M. le docteur de Jumigny, médecin en chef des hospices de Bourges; M. le docteur Thèvenon, médecin-major au 59e régiment de ligne; M. le docteur Gauvert, médecin-major au 81e régiment de ligne; M. Soulé, vétérinaire en premier au 6e régiment de hussards; M. Marty, vétérinaire en premier à la succursale de remonte d'Aurillac.

— M. le docteur Thomas-Stewart Traill, professeur de médecine légale à l'Université d'Édimbourg depuis 1832, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans. Il avait donné ses soins à la huitième édition de l'Encyclopædia Britannica.

— Dans la dernière promotion au grade d'aspirant de 2e classe de la marine impériale, pour faits de guerre, nous voyons avec plaisir figurer le nom du petit-fils du savant anatomiste Ribes, ancien médecin en chef des Invalides, et membre de l'Académie de médecine.

Ce jeune homme a fait les campagnes de Chine et de Cochinchine, et dans cette dernière campagne il a été grièvement blessé à la cuisse dans un combat contre les Annamites.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Thèses.

Thèses subies du 5 au 30 juin 1862.

89. Serivoin, Émile-D., né à Spoir (Eure-et-Loir). [*De la taille recto-vésicale par écrasement linéaire.*]

90. Vigel, N.-Ferdinand, né à Mars-la-Tour (Moselle). [*Quelques considérations sur la chloro-anémie au point de vue du diagnostic et du traitement.*]

91. Martin, Émile-H., né à Beaugency (Loiret). [*De la diphthérie oculaire, principalement chez les enfants.*]

92. Raphaelian, Mikael, né à Constantinople. [*Quelques considérations sur la nature des angines pharyngées.*]

93. Navrand, Auguste, né à Saint-Julien-sur-Bibost (Rhône). [*Des adénites inguinales et de leur importance dans l'étude des maladies vénériennes.*]

94. Gauthier, Joseph-Alexis, né à Metz (Moselle). [*Des accidents cérébraux consécutifs à l'otite interne.*]

95. Claude, Sébastien-Émile-A., né à Nancy (Meurthe). [*Du phlegmon et des abcès parenchymateux du sein.*]

96. Serres, P.-F., né à Bonnut (Basses-Pyrénées). [*De l'absorption par le tégument externe, et en particulier de l'administration des liquides pulvérisés. Question de physiologie appliquée à la thérapeutique.*]

97. Frezoul, Paul-L.-H., né à Varilhes (Ariége). [*Des vaccinations précoces et de la syphilis vaccinale.*]

98. Robert, C.-L., né à Arras (Pas-de-Calais). [*De la phthisie charbonneuse, et de quelques considérations sur la pénétration des corps pulvérulents et sur l'absorption des matières solides.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 22 AOUT 1862. — N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Rapport de M. le doyen de la Faculté de médecine. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Cours complémentaire de la Faculté de médecine de Paris. — Sur les dangers attribués aux mariages consanguins. — II. **Travaux originaux.** Pathologie mentale : Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques. — Anatomie chirurgicale : Note sur la structure du muscle obturateur du col de la vessie, et sur la manière dont certains corps étrangers sont entraînés dans cet organe. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Inégalité congénitale des deux moitiés du corps; — hypertrophie considérable de tout le côté droit. — V. **Bibliographie.** Leçons de clinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introduction de M. le professeur Trousseau. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.**

PARTIE OFFICIELLE.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a adressé au ministre de l'instruction publique et des cultes le rapport suivant :

Monsieur le Ministre,

Dès que j'ai été appelé par la haute confiance de l'Empereur à la tête de la Faculté de médecine de Paris, je me suis préoccupé des moyens les plus propres à étendre et à compléter l'enseignement de cette École.

La Faculté de médecine de Paris doit un enseignement complet aux étudiants dont elle fera des docteurs.

Son vœu le plus vif est d'attirer les élèves et de les retenir dans son sein. Fidèle à la gloire de son passé, elle a conservé la noble ambition d'être le centre scientifique où viennent affluer les étudiants et les docteurs de tous les pays; aussi elle comprend que l'enseignement doit répondre à tous les besoins; il faut que cet enseignement ait l'éclat et le nombre, et pour cela il faut aussi qu'il soit à la fois *général* et *spécial*.

Si l'enseignement général est largement organisé, s'il est distribué par d'éminents professeurs avec une incontestable supériorité, il existe cependant pour les *spécialités* une lacune qu'il est nécessaire et facile de combler sans rien changer au régime fondamental de la Faculté.

En effet, en appelant à l'enseignement des *spécialités* des agrégés libres, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, l'Université utilisera à la fois l'aptitude à l'enseignement dont ils auront déjà fait preuve, et leur savoir et leur expérience, et par cette nouvelle application de l'agrégation on fortifiera de plus en plus, par les *cours complémentaires*, les études pratiques si importantes dans un art long et difficile.

Le nombre et la nature des cours complémentaires, que le ministre de l'instruction publique est toujours libre d'instituer comme de simples cours auxiliaires à côté des grandes chaires, pourront varier suivant les exigences de l'enseignement et les progrès de la science.

J'ai l'honneur d'être, etc. RAYER.

DÉCRET. — Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

FEUILLETON.

Exposition de Londres.

(Premier article.)

SOMMAIRE. — L'exposition. — La Charte royale. — Le Guarantee fund. — Les Contractors. — Le bâtiment, la nef, les transepts, les annexes. — Les trophées. — La France. — Démocratisation de l'art. — Les artistes et les commerçants. — L'Espagne, l'Italie, la Suisse, la Belgique, la Hollande, la Suède et la Norvége, le Danemark, la Russie, la Turquie, l'Angleterre. — Bessemer. — Le trophée de l'Australie. — L'émigration. — Les croisements. — Les Cours de l'Exposition. — Dispositions incomplètes. — Les classes et les nationalités.

Il y a quelques années, au bout du West-End de Londres, entre Brompton et l'extrémité occidentale de Hyde-Park, se voyait une vaste pelouse verte ombragée d'arbres séculaires et ayant nom *Kensington-Gore*. En 1861, une charte royale octroyée au comte de Granville, au marquis de Buckingham et Chandos, à M. Thomas Baring, à sir Wentworth Dilke et à

Thomas Fairbairn, constituait la commission royale de l'Exposition universelle de 1862. Cent personnes appartenant à l'aristocratie ou au commerce répondirent pour 11 250 000 francs, et c'est sur cette garantie pécuniaire (*guarantee fund*) que la banque d'Angleterre prêta à 4 pour 100 les fonds nécessaires à la construction du *building* qui se nomme *Kensington Palace*.

Telle a été l'évolution de cette grande entreprise. L'État n'a fait aucune avance : la fortune de tous ne peut pas être compromise; l'Exposition universelle, comme les établissements de charité, les hospices et les *Work-houses*, etc., fut le résultat de souscriptions volontaires, et s'éleva grâce à la fortune des particuliers.

Les commissaires royaux traitèrent avec MM. Kelk et Lucas, entrepreneurs. Cinq millions leur sont garantis pour frais de loyer et d'usure (*use and waste*). Si l'ensemble des recettes dépasse 10 millions de francs, les entrepreneurs recevront, en outre, 2 500 000 francs, et, dans ce cas, ils doivent abandonner à la *Society of arts* une partie des galeries de peinture. Les

Digitized by Google

Vu le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris,
Vu l'avis conforme du vice-recteur de l'Académie,
Arrête ce qui suit :

Art. 1er. — Il est établi dans la Faculté de médecine de Paris des *cours complémentaires* des études médicales pratiques, à titre d'enseignement auxiliaire.

Art. 2. — Cet enseignement auxiliaire se composera des cours complémentaires spéciaux ci-après :

1° Cours clinique des maladies de la peau ;
2° Cours clinique des maladies syphilitiques ;
3° Cours clinique des maladies des enfants ;
4° Cours clinique des maladies mentales et nerveuses ;
5° Cours clinique d'ophthalmologie ;
6° Cours clinique des maladies des voies urinaires.

Art. 3. — Les agrégés libres seront chargés de ces cours complémentaires. Ils devront être médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Ils seront nommés pour trois ans par le ministre, sur la présentation d'une liste de deux candidats (pour chaque cours) dressée par la Faculté de médecine.

Pour l'année scolaire 1862-63, la nomination sera faite directement par le ministre.

Art. 5. — Il sera ultérieurement pourvu aux indemnités à allouer aux agrégés chargés des cours complémentaires, sans qu'il puisse en résulter aucune charge nouvelle pour le budget de l'instruction publique.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 21 août 1862.

COURS COMPLÉMENTAIRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SUR LES DANGERS ATTRIBUÉS AUX MARIAGES CONSANGUINS.

Le décret qu'on vient de lire doit avoir, aux yeux de la Faculté, le mérite de la débarrasser d'une peur qui l'obsédait, celle de se voir envahie par des professeurs en titre de spécialités, en même temps qu'il maintient les nouveaux cours complémentaires dans le cercle de l'enseignement officiel, puisqu'il les confie à des agrégés libres. C'est au fond l'application fort élargie des dispositions de l'article 26 du *Statut de l'agrégation*, qui porte : « Le ministre peut les autoriser (les agrégés), sur l'avis du doyen et le rapport du recteur, à ouvrir des cours complémentaires dans le local de la Faculté dont ils font partie. » Le décret aura encore l'avantage de pousser forcément à l'étude des maladies dites spéciales des médecins qui ont donné la preuve d'une forte instruction générale, et de porter par là un coup aux spécialistes d'occasion. Ira-t-il au delà de son but? Détournera-t-il du grand chemin, en les attirant vers des parties circonscrites de la science et de la pratique, un trop grand nombre de jeunes gens d'élite? Quelques personnes ont cette préoccupation ; mais il faut remarquer, d'abord, que la durée des fonctions pour chaque cours ne sera que de trois années; ensuite que, la voie des spécialités ne pouvant être celle qui mène le plus directement au professorat, des agrégés qui auront la noble ambition de monter plus haut se garderont de se confiner dans l'objet d'un cours auxiliaire. Peut-être même serait-il à craindre que, pour ce motif, un certain nombre se sentissent peu attirés vers les nouvelles fonctions. En ce moment, on pourrait mettre un nom d'agrégé libre (ou sur le point de l'être), et médecin ou chirurgien des hôpitaux, à côté de chaque titre de cours, à l'exception des cours de maladies syphilitiques, et un nom suffit, puisque la première nomination est faite directement par le ministre. Quelques-uns de ceux qu'on nous permettra de ne pas désigner sont des spécialistes consommés ; ceux, par exemple, qui sont voués à l'étude des maladies de l'enfant et des maladies de la peau. Les autres ne le sont que très accessoirement, mais le sont assez pour l'enseignement institué. Cet enseignement, à nos yeux, doit rester modeste. Il s'agit moins de discourir sur un groupe de maladies que d'apprendre aux élèves, cliniquement et le plus possible au lit du patient, à reconnaître ce qu'il y a de particulier dans certaines maladies, dans leurs causes, dans leurs caractères, dans leurs moyens de traitement. Un agrégé qui a trois ans de stage et six ans d'exercice, qui appartient de plus au service de santé des hôpitaux, pour peu qu'il ait concentré son attention sur un genre particulier d'affections, en sait bientôt assez pour guider fructueusement les élèves. Dans l'avenir, d'ailleurs, les agrégés seront mieux préparés pour des fonctions prévues ou même ambitionnées.

Voilà le principe du décret. Quant à l'application, on prévoit aisément des difficultés, dont la principale sera la formation de certains services nécessaires à l'enseignement auxiliaire. La Faculté rencontrera, sur ce terrain, l'administration des hôpitaux, avec laquelle ce n'est un secret pour personne qu'elle ne s'entend pas toujours parfaitement. L'administration revendique le droit de distribuer ses services, malades et médecins, comme il lui plaît. Les médecins, de leur côté, ont établi entre eux ce principe, que le choix des places serait laissé à l'ancienneté. Il faudra pourtant s'assurer,

---

commissaires se réservent de plus le droit d'acheter le monument tout entier en payant à MM. Kelk et Lucas 3 250 000 francs, ce qui ferait une somme totale de 10 725 000 francs pour la construction.

Sur les plans du capitaine Fowke se construisit cet informe amas de briques, cette lourde construction sans style et sans élégance, aux portes étroites, aux façades mesquines, que l'on nomme le Palais de l'Industrie. Le bâtiment s'appuie sur la Société d'horticulture, dont les jardins n'ont pas moins de 7 hectares. L'exposition couvre 3 hectares de terrain. La nef, vaste, spacieuse, élégante et assez imposante, se termine par deux dômes, immenses voûtes de verre dont la forme ressemble à celle des casques prussiens, et qui se trouvent à l'intersection de la nef avec les deux transepts qui lui sont perpendiculaires. Ces transepts se continuent et forment les annexes : l'annexe occidentale est destinée aux machines à vapeur, l'annexe orientale est occupée par les machines agricoles.

La nef est occupée par les trophées, et l'idée guerrière exprimée par cette expression se trouve légitimée par l'exposition de Birmingham, les canons Armstrong, les produits destructeurs qui ornent les trophées suédois, espagnols, prussiens. Quelques nations se sont caractérisées par leur exhibition de la nef, et, sans contredit, comme bon goût, comme élégance et comme sentiment artistique, nul ne refusera la palme au trophée français.

Le trophée est constitué par une grille gigantesque formant deux panneaux latéraux, et dont la partie centrale devait être occupée par la glace de Saint-Gobain. De chaque côté on voit de véritables tableaux en tapisserie, des tentures riches et élégantes, des meubles légers dans leurs ornements, gracieux dans leur ensemble, d'un goût exquis dans les détails. La Renaissance est presque surpassée : l'art grec semble être encore vivant.

Aujourd'hui, en effet, il faut que l'artiste gagne sa vie. Il n'y a plus de Médicis, de Léon X pour offrir des palais et des pensions aux représentants de l'art : aussi l'art descend

Digitized by Google

pour chacun des chargés de cours, d'un service dans les hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine ou hôpital du Midi, hôpital des enfants, Bicêtre ou la Salpêtrière), et en créer d'autres dans les hôpitaux généraux pour l'ophthalmologie et les maladies des voies urinaires. Il est à croire qu'on s'est préoccupé de cette difficulté et qu'on l'a levée même avant la promulgation du décret. Mais nous l'ignorons (1).

A. D.

(1) Voir sur cette question une note concernant la Faculté de Strasbourg, p. 538, après le *Feuilleton*.

Du danger des mariages consanguins sous le rapport sanitaire, par F. Devay. Paris, 1862; Victor Masson et fils.

Dangers des unions consanguines et nécessité des croisements, par J.-Ch.-M. Boudin. Paris. 1862; J.-B. Baillière et fils.

(Troisième et dernier article.)

IV

Plusieurs questions resteraient à traiter, si c'était notre but de présenter une analyse complète des travaux entrepris sur les propriétés des unions consanguines. Il n'a été question jusqu'ici, en effet, que des dangers attribués à la consanguinité *ipso facto*, en dehors de toute habitude morbide des parents ou de leurs familles; de plus, on n'a point parlé des animaux. Enfin, tout en contestant la nocuité des alliances consanguines, on n'a point eu l'occasion de se prononcer, ainsi que d'autres l'ont fait à l'égard des animaux, sur les avantages que pourraient présenter les mariages de famille dans les limites que prescrivent les lois, la prudence domestique et les mœurs. On conçoit que nous mettions de côté les deux dernières questions. C'est notre avis qu'il convient de laisser à ceux qui cultivent la biologie générale ou la zootechnie pratique le soin de résoudre les problèmes et de formuler séparément les enseignemnts de l'art, ceux de la science et ceux de la médecine. C'est aussi notre avis qu'il n'est pas de la dignité de la médecine de s'introduire aventureusement, sans qu'on l'y convie et sans qu'aucun danger imminent l'y contraigne, dans le domaine de l'économie sociale. Il semble d'ailleurs que ce soit l'un des préceptes les plus généraux de cette science toute moderne, d'intervenir le moins possible dans les actes particuliers, afin de laisser à la spontanéité humaine un libre développement.

Que le médecin ait qualité, mieux que tout autre homme peut-être, pour s'immiscer à tous les débats, c'est ce dont nous ne doutons pas. Mais quand il se fait statisticien, économiste, philosophe, prêtre, juriste ou poëte, il est convenable qu'il mette la plus grande discrétion à introduire l'élément médical dans les nouvelles questions qu'il traite; faute de quoi, la médecine, perdant de sa réserve, perdra de sa force, de son autorité, et, que l'on nous permette le dicton, mangera son blé en herbe. Cela soit dit en passant, au sujet de l'engouement que montre aujourd'hui le public pour le *point de vue médical*. Le temps n'est point encore venu où l'intervention de la médecine sera, du même coup, désirable et efficace.

Mais pour ce qui est de la consanguinité pathologique, ou si l'on veut de l'hérédité morbide concentrée dans les familles par les mariages entre proches, la chose n'est pas tellement claire qu'elle ne mérite un sérieux examen. Je suis enclin à croire que les intermariages dans une famille dont tous les membres sont scrofuleux ou aliénés, par exemple, doivent produire des rejetons qui seraient malades, en raison composée, pour ainsi dire. Mais ce n'est là qu'une disposition logique, non une démonstration objective. La persistance des conditions de milieu au sein desquelles naissent et se confirment les diathèses, me paraît autrement effective. En tout cas, c'est pure supposition d'admettre qu'un sang étranger puisse régénérer les familles en état de déchéance organique, et c'est dépasser les droits de la médecine scientifique, que d'affirmer en son nom que les croisements sont le remède suprême. A une race se substitue une autre race, à un type un type nouveau; mais le croisement, le mélange, sont en général illusoires. La race pure et le type individuel doivent subsister inaltérés, ou ils doivent disparaître.

En effet, à côté de l'hérédité qui nous montre la ressemblance, il y a l'innéité qui nous montre la dissemblance, et, comme le dit M. Littré : « Dans la constitution des générations successives les deux faits sont primordiaux; on ne sait ni pourquoi l'hérédité s'exerce, ni pourquoi, dans certaines circonstances, elle fait place à l'innéité (1). » Connaître ces circonstances, tel nous paraît être le rôle de la science; mais étudier l'hérédité en soi ou l'innéité en soi, rechercher ce que « veut le sang », avancer que les faits d'innéité *protestent* d'une manière « flagrante contre les lois mêmes de l'hérédité », c'est la besogne des abstracteurs de quintessence que je livre avec respect, mais sans miséricorde, aux bras séculiers de Rabelais et de Broussais.

Est-ce à dire, avec M. Sanson, que la question des ma-

(1) *Physiologie de Müller*, t. II, Appendice.

---

de l'atelier dans la boutique, des écoles dans les magasins. Nos Mécènes sont des commerçants; seulement ils s'attribuent une gloire qui revient aux artistes. On ignore, en effet, les noms de ces ébénistes qui creusent le bois, qui ornent si admirablement ces meubles; on ne sait pas comment s'appellent ces ciseleurs dont les ravissantes créations ont fait la réputation des grandes maisons de Paris; il est inconnu cet artiste qui passe des années à tisser aux Gobelins ce véritable tableau qui trompe les plus habiles, et que chacun croit peint à l'huile; ils sont ignorés ces peintres céramiques, ces décorateurs sur porcelaine, ces sculpteurs sur bois, ces dessinateurs sur étoffes, etc. On leur paye et leur œuvre et leur gloire. Ils ont besoin de vivre, et pourvu qu'ils aient leur pain, ils laissent avec insouciance le marchand s'emparer des médailles et des récompenses.

Mais peu à peu, à mesure que la machine permet d'employer le bras de l'homme, on voit ce dernier, débarrassé du travail mécanique, imprimer à son œuvre le cachet de sa personnalité. Pour la France, n'est-ce point cette sobriété, cette mesure que l'Angleterre semble oublier? Cette dernière a besoin de masses de bois précieux, de quantités de métaux et de pierreries pour faire du riche et du fastueux, qui le plus souvent est lourd et de mauvais goût. L'Allemand, pratique et silencieux, méthodique et rêveur, fait des rêves sur le bronze et néglige la terre pour ne penser qu'aux étoiles. Le cadeau de noces offert à la fille de la reine d'Angleterre par la ville de Berlin représente des Grecs et des Romains à demi nus sur les bords de la Sprée : l'allégorie se rit du climat.

L'Espagne, riche en matières premières, montre cette indolence et cette apathie étranges qui sont le propre des nations chez lesquelles la foi a lutté contre la science et s'est opposée à tous les progrès modernes.

L'Italie sent battre son cœur d'une nouvelle vie; il ne faut pas lui demander autre chose que des promesses et des programmes. Hier encore elle demandait à saint Janvier de guérir ces fièvres qui trouveront leur spécifique dans le quinquina

Digitized by Google

riages consanguins, de quelque qualité qu'ils soient, est entourée chez l'homme, de difficultés « presque insurmontables »? Non. Tout au contraire, elle nous paraît soluble, même par la méthode employée par l'honorable M. Boudin, mais en lui faisant subir de profondes modifications. Et comme ce travail, pour être concluant, doit être entrepris simultanément par plusieurs observateurs, nous proposons ici à nos confrères le plan que nous croyons propre à diriger uniformément les recherches.

A. 1° Prendre le chiffre des mariages par départements; 2° prendre dans chaque département le chiffre des mariages consanguins au second degré (cousin germain, oncle et nièce, neveu et tante, seulement), ce degré étant le seul que mentionnent les statistiques; 3° établir leur rapport numérique.

B. 1° Prendre par départements le chiffre total, ou des sourds-muets ou des aliénés (ce qui vaudrait mieux), ou des cas de stérilité (ce qui est possible par le registre des naissances), abstraction faite de la congénialité, le *grand nombre* devant égaliser les nombres particuliers de cas accidentels; 2° établir le rapport des sourds-muets ou autres, issus de consanguins au degré précité, à ceux issus de non consanguins; 3° comparer tous les rapports.

C. Le tout en tenant compte du chiffre de la population départementale par rapport au chiffre des mariages, et par rapport à ceux-ci, du chiffre des naissances, car il peut se faire que les cas d'infirmités augmentent en raison de la fécondité des mariages. En outre, le mariage ne représentant qu'une partie des unions, il faut ajouter à leur chiffre celui que représentent, proportionnellement, les naissances illégitimes. La comparaison des résultats partiels résoudrait la question de savoir s'il y a lieu d'éliminer certains départements qui se trouvent dans des conditions exceptionnelles, et qui fourniraient des chiffres en contradiction avec ceux de la grande majorité.

Il reste cependant deux chances d'erreur. Premièrement, l'inexactitude des documents officiels au sujet des mariages consanguins et au sujet des infirmes d'origine consanguine. Or, cette double chance est évidemment de nature à augmenter les dangers attribués aux unions consanguines. On peut facilement oublier, dans la déclaration de mariage, la qualité de *cousin*; on peut vouloir la dissimuler pour s'éviter les dispenses papales. Jamais, au contraire, on ne mentionnera cette qualité, si elle n'est point réelle, nulle cause, nul intérêt n'y poussant. De là une insuffisance, presque forcée, du chiffre proportionnel des unions consanguines.

Dans le bulletin d'entrée des sourds-muets aux institutions, au contraire, la question est nettement posée, l'attention et les prescriptions administratives sont éveillées, et l'on admet tous les degrés de cousinage. Il y a des pays en France où, selon les modes, on ne rencontre que des cousins. — Le chiffre des sourds-muets d'origine prétendue consanguine (indépendamment de l'adage *is pater*) est donc très probablement exagéré. Son rapport avec le précédent doit être pareillement augmenté.

Secondement, il se pourrait que le rapport des mariages consanguins avec les mariages en général ne dût point, pour que les dangers fussent démontrés illusoires, être nécessairement égal au rapport des sourds-muets d'origines consanguines avec ceux de toute origine. De sorte qu'il serait faux de dire que la différence de ces deux rapports représente les chances de procréer des enfants infirmes; ce que fait M. Boudin en énonçant que les chances sont de 18 pour les cousins germains, de 37 pour les oncles et nièces, de 70 pour les tantes et neveux. Je signale cette question aux statisticiens, bien convaincu que la solution n'en est ni aussi simple, ni aussi évidente qu'on peut le croire.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Si nous ne nous sommes complétement *trompé sur toutes* les questions examinées dans cette analyse, *on est forcé* de convenir que nos honorables et savants confrères ont mis trop d'empressement à formuler leur opinion sur les dangers des unions consanguines. M. Périer *lui-même*, dont les travaux n'ont point été discutés par ses contradicteurs avec tout le soin, toute la gravité, toute la considération qu'ils méritaient, M. Périer nous paraît avoir trop facilement admis les faits et les conclusions de MM. Boudin et Devay, en y introduisant comme *facteur* (pour parler le beau langage de l'arithmétique médicale) la consanguinité morbide.

C'est donc bien à la légère que l'on a remué l'opinion publique et alarmé les familles dans lesquelles ont eu lieu ou doivent avoir lieu des unions consanguines. Et c'est au nom de la *médecine*, de la *morale* et de la *statistique* qu'ont été entassés les arguments les plus terrifiants pour ceux qui reculent devant les sombres colonnes de chiffres, et devant les objurgations médico-religieuses du médecin lyonnais, pour

---

et le drainage; il n'y a pas si longtemps que les chemins de fer étaient considérés comme l'œuvre du démon.

Laissez les classes supérieures se développer, les classes inférieures s'instruire; que la superstition soit remplacée par l'esprit de libre recherche, et alors dégagée de toute domination absolue, de toute entrave spirituelle, vous le verrez, l'exposition de 1862 le dit assez : *Italia farà da se.*

La Suisse expose ses montres, ses bois sculptés, ses boites à musique.

La Belgique se montre industrieuse et active : Verviers nous éblouit avec ses draps; les produits de la terre, les métaux utiles sont transformés, métamorphosés par l'activité manufacturière de ce petit pays. La Hollande brille par ses joailleries, ses toiles et les produits de ses colonies. Le Danemark, outre les produits de l'Islande, nous accuse une tendance artistique très nette. Les porcelaines ont un type particulier, et le genre du roi Christian IV restera comme preuve de goût dans l'histoire de la céramique. Les statues en grand de Thornwaldsen sont admirablement reproduites en porcelaine. La Suède et la Norvége, sous leur ciel inclément, nous montrent les produits du sol appliqués à la marine, à la guerre et à l'agriculture. La Russie, outre ses splendides matières premières, ses vases de jaspe, ses marbres, son graphite, semble être entrée dans une voie commerciale heureuse; ses blés, ses cuirs, ses fers sont des gages certains d'une alliance commerciale avec le reste de l'Europe. La Turquie, par suite d'une espièglerie anglaise, se trouve côte à côte avec la Russie. Dans une magnifique vitrine sont exposés les produits splendides de ce pays du soleil. Le ciel brumeux de l'Angleterre s'étonne de voir briller dans l'ombre ces riches soieries, ces brillantes et resplendissantes étoffes brodées, ces gazes légères comme l'air, étincelantes comme des diamants. Otez à la Turquie son fatalisme, l'absolutisme de son gouvernement, la polygamie, relevez les finances de ce pauvre malade, et vous verrez cette nation redevenir l'une des premières de la Méditerranée, grâce aux produits de son sol et au sens artistique de ses habitants.

ceux qui vont, en un mot, droit aux conclusions! Déjà la presse politique est saisie; les revues scientifiques des journaux quotidiens ont prononcé en faveur de MM. Boudin et Devay, et fulminent leurs réquisitoires contre ceux qui osent contredire l'opinion générale, maintenant en possession de documents scientifiques, au moins par leur origine.

Mais nous tenons à exprimer ici que nous n'avons voulu attaquer ni les intentions, ni la droiture, ni l'honnêteté scientifique de nos adversaires; on reconnaîtra, j'espère, que nulle personnalité n'a échappé à notre plume, et si l'on en jugeait autrement, nous retirerions toutes les expressions ambiguës. On a mis de part et d'autre, il est vrai, quelque vivacité dans la polémique, et ce n'est pas là qu'elle est dangereuse. Mais après tout, pour avoir quelques opinions préconçues, pour chercher à introduire dans la science ce que l'on croit être la vraie morale ou la vraie religion, pour donner aux enseignements théologiques le pas sur les enseignements de la science, en est-on moins honnête?

En 1856, M. Dechambre, rappelant les faits avancés et résumant avec prudence, sans prendre parti, la question posée par MM. Menière, Devay et Rilliet, terminait cette revue en disant : « Tel est l'état de la question. On voit que les éléments en sont nombreux et divers : c'est à les démêler, à en séparer les influences respectives, à bien distinguer surtout la part de l'hérédité et celle de la consanguinité qu'il faudra s'appliquer désormais. Quant à présent, nous croyons pouvoir dire que l'opinion établie, en tant qu'opinion scientifique, repose plus sur l'accord des témoignages que sur un ensemble d'observations rigoureuses. Ce sont des faits comme ceux que nous venons de rappeler qui, en se multipliant, peuvent lui donner cette nécessaire consécration. » *Telle est l'opinion* d'un écrivain dont on s'est, à tort, disputé l'autorité. C'est au lecteur à se demander si, depuis 1856, la question a marché vers une solution affirmative, et si même l'accord, aujourd'hui brisé, des témoignages ne doit pas décider dans un autre sens l'opinion générale, vague d'ailleurs, et, nous ne nous le dissimulons pas, apparemment favorable aux vues de nos contradicteurs.

Mais à des conclusions il faut opposer des conclusions, et je souhaite que l'on me sache gré de la réserve avec laquelle j'oppose à des affirmations absolues, peu dignes de véritables savants, les doutes que m'a suggérés l'examen des documents produits. Il résulte, en effet, de ce qui précède :

1° Qu'il n'existe dans la science aucune doctrine à laquelle puisse se rattacher la théorie des dangers de la consanguinité pure et simple.

2° Que l'étude des croisements de races humaines, loin d'être favorable à cette théorie, montre que les métis sont d'autant moins féconds que les différences sont plus profondes entre leurs parents.

3° Que, pareillement, l'étude de la consanguinité, dans certaines localités ou dans certaines classes sociales, n'a révélé aucun fait pathologique qui ne pût être imputé à des causes très nombreuses; que, d'ailleurs, les faits ont été exagérés, et qu'on a passé sous silence ceux qui tendraient à valider les unions consanguines (les Basques, par exemple).

4° Qu'en revanche, on a produit des documents tout à fait apocryphes et évidemment empreints d'une déplorable exagération (statistique de l'Ohio et du Massachusetts), si tant est qu'ils aient quelque fondement.

5° Que les deux méthodes employées en vue d'infirmer les mariages consanguins pouvaient cependant, l'une aidant l'autre, faire connaître la vérité; mais que le nombre d'observations directes publiées est insignifiant, tandis qu'on ne peut se prononcer sur la valeur des faits annoncés, mais non publiés; que, d'un autre côté, les statistiques concernant les mariages consanguins et leur rapport avec le nombre des sourds-muets sont entachées d'une telle obscurité ou de telles erreurs, qu'il y a lieu de les considérer comme non avenues.

6° Que, cependant, en cherchant à distinguer les faits de consanguinité saine, des faits de consanguinité morbide, il semble que l'on aurait pu préciser les dangers de cette dernière, mais que loin d'avoir été étudiés dans cet esprit, quelques auteurs ont soutenu que les faits de consanguinité protestaient contre les lois de l'hérédité, de sorte que celle-ci n'aurait rien à voir aux dangers allégués de la consanguinité; que, par suite, la question de savoir si les chances d'hérédité morbide sont plus nombreuses pour les enfants issus de consanguins reste tout à fait indécise.

7° Que lorsque les médecins jugent utile d'intervenir pour interdire, par leurs conseils, les alliances consanguines, ce n'est point au nom de la science qu'ils sont autorisés à le faire, mais seulement au nom de leurs opinions personnelles, qui, en ceci comme en toutes choses de notre profession, n'ont d'autre juge que la conscience; mais qu'il faut se garder de troubler la sécurité et la réputation des familles consanguines par alliance ou par origine, en propageant inconsidérément des faits insuffisants, mal interprétés ou isolés.

Passons aux trophées anglais : à côté des immenses richesses exposées par les bijoutiers et joailliers, voyez ces colonnes occupées par les *mixed pickles*, les sauces, les denrées alimentaires. Arrêtez-vous devant ces pyramides occupées par les cuirs et les alpagas. Admirez ces riches fourrures, la superbe fontaine en majolique de Winton, les cloches gigantesques aux sons graves et doux. Tout cela n'est rien! la grande exposition du Royaume-Uni, c'est celle de Sheffield, avec ses fers, ses fontes, ses aciers, ces riches produits de l'industrie créée par Bessemer! L'Anglais est le roi du fer, et c'est dans le fer appliqué à l'industrie et au commerce que je l'admire, et non dans ces stériles prodiges, dans ces inventions rayées qui souillent le temple de la paix.

Vous me demanderez quelle est la signification de cet obélisque d'or, sur lequel je lis : « *Or exporté de Victoria de* 1851 à 1861. » Il y en a plus de 800 tonnes; ceci représente 104 649 728 livres sterling. Mais ce qui frappe le plus, c'est l'accroissement de la population de l'Australia Felix : en 1836, Victoria avait 177 habitants; en 1861, le recensement en accusait 540 322. Il y a vingt ans, un seul vaisseau passait chaque mois à Victoria. Le *Board of Trade* de 1859-1860 signale une exportation de 12 962 704 livres sterling.

A mesure que la population augmente dans notre vieux monde, à mesure que la classe la plus nombreuse et la plus souffrante se trouve resserrée dans les greniers, accumulée dans les taudis, lorsque les moyens de subsistance ne s'accroissent qu'en proportion arithmétique, tandis que la population augmente en proportion géométrique, lorsqu'il ne reste plus aux classes ouvrières, pour arrêter un développement exubérant de population, que les stériles ressources d'une chasteté imbécile ou d'une débauche abrutissante, c'est alors que les colonies viennent leur offrir un asile et résoudre ces difficultés économiques par le mot *émigration*. Les uns pensaient trouver dans les guerres la solution de la question; d'autres espéraient que des coupes réglées seraient faites par les épidémies au milieu de ces forêts de prolétaires. Heureusement que les

Digitized by Google

8° Qu'enfin les mesures restrictives de la loi doivent être considérées comme sages et suffisantes, et qu'il n'y a lieu, ni directement, ni indirectement, de chercher à obtenir, selon le vœu d'un auteur, « une réprobation universelle de la consanguinité dans le mariage ».

E. Dally.

Après un incident qu'on trouvera au compte rendu de la séance, et sur lequel nous reviendrons s'il a quelque suite, l'Académie de médecine a continué mardi dernier la discussion relative au goitre exophthalmique. La tribune a été occupée par M. Beau. Nous dirons quelques mots de cette lecture dans le prochain numéro, ainsi que du discours prononcé dans les deux dernières séances par M. Bouillaud.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Laborie, sur le rôle des symphyses pendant l'accouchement.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie mentale.

Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques, par M. le docteur Michéa.

C'est depuis très peu de temps qu'il est question du délire hypochondriaque dans ses rapports avec la folie paralytique. Dans cette dernière affection, suivant M. Baillarger, qui attira le premier l'attention des médecins sur ce point intéressant de pathologie mentale, il est très fréquent de rencontrer des sujets qui croient leurs organes changés, détruits, obstrués, en putréfaction; qui s'imaginent n'avoir plus de bouche, plus de ventre, plus de sang, ou qui affirment que leur pharynx est bouché, leur ventre barré, etc. D'autres prétendent que leurs membres sont plus gros, plus petits, absents; enfin il en est qui vont jusqu'à se croire morts. De plus, toujours d'après le même aliéniste, le délire hypochondriaque serait non-seulement un symptôme d'une grande valeur dans la folie paralytique déclarée, mais il constituerait encore un signe de sa période prodromique, un symptôme précurseur à l'aide duquel, dans beaucoup de cas, on pourrait prédire plusieurs mois et quelquefois plusieurs années à l'avance l'invasion de la paralysie, absolument comme on peut l'annoncer au moyen du délire ambitieux (1).

(1) Note lue à l'Académie des sciences le 17 septembre 1860, et insérée dans l'*Union médicale*, n° du 22 septembre.

Toutes ces assertions sont de la plus grande justesse, et nous avons eu nous-même plusieurs fois l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

Mais d'où provient alors ce délire hypochondriaque? En quoi consiste le lien logique, le rapport de cause à effet qui existe entre ce symptôme et la démence paralytique? M. Baillarger garde le silence le plus complet sur cette question de pathogénie, bien que l'origine de ce mode de délire soit peut-être plus facile à élucider que celle du délire ambitieux.

Les troubles de la sensibilité jouent un grand rôle dans la genèse du délire hypochondriaque simple. La nosomanie provient souvent, en effet, de l'exaltation de la sensibilité interne ou viscérale, sensibilité d'où Reil faisait dériver la notion du *moi*. Le cerveau percevant une foule d'impressions qui ne lui sont pas transmises à l'état normal, et ces impressions l'affectant presque toujours d'une façon désagréable, on conçoit fort bien que l'attention du patient doive se trouver sans cesse dirigée vers le *moi*, que le sujet se complaise, en quelque sorte, dans l'interrogation de ses organes, d'où bientôt, pour peu que l'imagination et la peur s'en mêlent, la conviction fausse d'être atteint d'une lésion quelconque, le plus souvent mortelle ou incurable.

Assurément l'exaltation de la sensibilité de l'estomac, si fréquente dans le délire hypochondriaque, peut avoir une origine exclusivement cérébrale, comme le témoigne l'amélioration ou la guérison qu'on observe dans ces cas au moyen des distractions et des voyages. On conçoit parfaitement qu'une dyspepsie à un degré quelconque succède à des excès de travail intellectuel, à des émotions trop fortes ou trop prolongées, et que cette maladie cesse, soit avec le repos absolu de l'esprit, soit avec le changement de travail intellectuel, soit avec un genre de vie où l'homme se trouve abrité contre l'orage des passions. On comprend aussi fort bien que les nosomanes puissent faire naître involontairement une névrose de l'estomac par cela seul, comme l'a dit M. Dubois (d'Amiens), *qu'ils* écoutent en quelque sorte cet organe fonctionner; car, indépendamment de la sensibilité plus facile à s'exalter dans le ventricule que dans tout autre viscère, la série d'organes, comme le dit encore le savant secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui s'offre la première à l'attention d'un homme qui écoute crier pour ainsi dire les ressorts de sa machine, c'est la série des organes digestifs, parce que la préhension des aliments, leur ingestion, l'excrétion des matières stercorales, rappellent à chaque instant l'homme aux soucis de l'existence purement animale. Mais tout en admettant la réalité de l'influence que l'action de manger, de boire, de digérer, celle surtout d'aller à la garderobe, la seule fonction qui empêchât, dit-on, Alexandre le Grand de se croire un Dieu; tout en admettant, dis-je, que ces actes puissent faire comprenrde pourquoi les nosomanes

---

guerres ne dépendent plus de la volonté d'un seul, et que toute guerre inutile est regardée comme un crime. D'un autre côté, les progrès croissants de la chimie et de l'hygiène permettent d'espérer l'atténuation des épidémies. L'émigration est donc la solution de ce grand problème social, et depuis trente ans tout y pousse l'homme du vieux continent. Les croisements des classes étiolées ont créé des espèces bâtardes, rabougries, rachitiques. Il nous faut un sang nouveau; il faut que nous demandions aux peuples primitifs leur puissance physique, en même temps que nous leur donnerons en échange les bienfaits de la civilisation. Le croisement nous permettra d'élever l'intelligence du noir, et le croisement des races nous attirera plus tard vers ces rivages lointains. La vapeur nous permet de traverser les mers aussi vite que l'alcyon; la locomotive dépasse le meilleur cheval de course; l'électricité efface les distances. Voilà pour les moyens de transport. Quant à l'attraction, voyez le trophée australien, voyez la richesse de la Californie! C'est l'or qui nous attire, l'or qui nous appelle! C'est l'or qui guidera les classes souffrantes, les opprimés, les malades, vers les terres inhabitées, riches et neuves, comme jadis la colonne de feu guidait les Hébreux vers la terre promise.

D'un autre côté, l'Exposition aura ce bon côté de signaler au vieux monde les matières premières ignorées du commerce. Ainsi, le Canada a 65 essences de bois, et 5 seulement sont exportées. Les Anglais ne connaissaient pas les vins de notre Algérie. Londres, à vrai dire, est un vaste entrepôt, et grâce à la presse maritime, un grand nombre d'étrangers s'implantent et vivent sur son sol. Les lascars s'établissent autour des docks; des Chinois se marient avec les filles du Royaume-Uni; mais l'Exposition aura pour effet de mettre en rapport les races supérieures, industrielles, commerçantes de chaque nation : au lieu d'un traité de commerce à six mois d'échéance, comme sont les expositions universelles ordinaires, on en viendra à s'engager d'une manière plus sérieuse et plus prolongée. Le *free trade* fera des prosélytes, et les *friends of peace*

se préoccupent plus souvent de leur estomac que de leur cœur ou de leurs poumons, on ne peut nier non plus que, primitive ou secondaire, l'hyperesthésie du ventricule réagisse puissamment sur le cerveau des nosomanes, en y alimentant les illusions et les craintes concernant la santé. Ce qu'on ne sait pas assez cependant, c'est que l'exaltation de la sensibilité spéciale, l'exagération de la sensibilité cutanée principalement, peut contribuer aussi à engendrer la nosomanie.

La sensibilité de la peau, qui passait, il y a peu de temps encore, pour un fait simple et irréductible, se décompose aujourd'hui en plusieurs espèces, dont les principales sont d'une part la sensibilité de douleur, qui fait partie de la sensibilité générale, puisqu'elle réside dans presque tous les tissus, et de l'autre les sensibilités de contact, de température et de chatouillement, dont la peau est le siége exclusif.

Si, depuis la découverte de l'éthérisation et les recherches pathologiques de M. Beau, la sensibilité de douleur et la sensibilité de contact sont généralement admises en physiologie comme deux espèces parfaitement distinctes, il n'en est pas tout à fait de même de la sensibilité de température, et encore moins de la sensibilité de chatouillement. Cependant ce qui doit lever tous les doutes à l'égard de la sensibilité de température, contestée par M. le professeur Longet comme espèce distincte ou susceptible d'être isolée, c'est que, non-seulement elle peut survivre à la sensibilité de douleur et à la sensibilité de contact, comme Darwin en a cité un exemple (1), mais qu'elle peut encore se trouver abolie séparément, témoin le cas observé sur lui-même par Vieusseux (2). De même qu'elle peut s'amoindrir ou disparaître tout à fait, la sensibilité de température peut aussi s'exalter de manière à rendre le sujet excessivement impressionnable au froid ou au chaud sur toute l'étendue du tégument externe ou sur une partie seulement, et cette espèce d'hyperesthésie cutanée peut exister parfaitement isolée de toute autre sorte d'exaltation de la sensibilité du tégument externe, comme le prouvent les deux cas qui ont été rapportés, l'un par M. Landry (3) et l'autre par M. Bellion (4).

Dans la mélancolie hypochondriaque, beaucoup de sujets se plaignent de ne pouvoir supporter sur un point quelconque de la peau, principalement à la ceinture, le plus léger frottement ou la moindre ligature. D'une autre part, qui n'a pas entendu des nosomanes affirmer avoir toujours trop chaud, même quand il fait froid, ou bien accuser constamment la perception très vive de courants d'air frais, qui n'impressionnent nullement d'autres personnes? Qui n'a pas vu quelques-uns de ces malades se surcharger de vêtements au cœur de l'été, défendre que les fenêtres de leur appartement restent ouvertes, et même se résigner à ne jamais sortir de leur chambre calfeutrée et toujours bien chauffée, tout cela dans la crainte d'être impressionnés désagréablement par l'air extérieur? Or, chez ces sujets, à l'égard desquels on se montre souvent injuste en les considérant comme des malades purement imaginaires, il y a parfois des hyperesthésies cutanées très notables, tantôt de l'hyperesthésie de contact, tantôt de l'hyperesthésie de température. Le plus remarquable exemple de ce dernier genre d'exaltation de sensibilité cutanée que j'aie été à même d'observer dans la nosomanie concerne un sujet de cinquante ans, médecin d'un département limitrophe du département de la Seine. Ce malade avait une hyperesthésie de température telle sur presque toutes les parties de la peau, que le contact d'un corps froid, même au milieu de l'été, lui était insupportable. Dans cette dernière saison, il ne pouvait jamais appuyer ses mains sur le marbre de la cheminée de sa chambre ou sur celui de sa table de nuit, sans être très péniblement impressionné, et il éprouvait un véritable supplice sous la douche, soit en jet, soit en pluie, mode de traitement auquel il s'était résigné très difficilement et qu'il s'était vu dans la nécessité d'abandonner au bout de quelques jours. La peau, qui se montrait si sensible aux impressions du froid, l'était infiniment moins à toutes les autres. Quand on le piquait avec une aiguille, il éprouvait une douleur assez obtuse, et, ses yeux étant préalablement bandés, il ne savait pas toujours distinguer nettement le frottement opéré sur la peau de ses jambes, de ses bras, de son dos, etc., avec un corps mou, le coton par exemple, ou un ruban de soie, du frottement opéré sur ces mêmes portions du tégument externe avec un corps rugueux, la peau de chagrin notamment.

Or, dans le délire hypochondriaque des aliénés paralytiques, comme dans la nosomanie simple, il y a souvent des hyperesthésies cutanées, et même parfois une exaltation de la

(1) *Zoonomie.*

(2) Atteint, à l'âge de soixante ans, d'une hémiplégie du côté droit, ce médecin de Genève sentait parfaitement avec sa main droite les qualités du pouls de la main gauche, et pourtant il ne pouvait pas distinguer avec cette même main droite la véritable température des corps. Une tasse froide lui paraissait tiède, et, si on lui présentait un corps très chaud, il fallait qu'il eût recours à sa main gauche pour en apprécier la température exacte. (*Préface* de son *Traité de la saignée et de son usage dans les maladies*. Paris, 1817.)

(3) Une dame atteinte d'une affection nerveuse ancienne, observée par M. Landry, se plaignait d'une extrême sensibilité de la tête au froid. Si l'on posait un linge mouillé sur le cuir chevelu, elle prétendait qu'on lui glaçait la tête. Cette sensation était souvent très marquée au niveau de l'angle antérieur et extérieur du pariétal droit. En cet endroit existait une plaque large comme une pièce de cinq francs où l'eau à la température d'un appartement chauffé était sentie douloureusement comme le contact d'un morceau de glace. L'eau chaude lui paraissait bouillante dans les mêmes places. Cependant, dans toutes ces parties, les sensations de contact n'étaient pas exaltées, et celles de douleur étaient obtuses et abolies par places.

(4) Chez un malade du service de M. Aran, un bain froid arrachait des cris, principalement lorsque l'eau touchait les parties de la peau insensibles à la douleur d'une piqûre, parties qui étaient plus sensibles au froid que celles où il n'y avait point d'analgésie. Cette hyperesthésie de température était si tranchée, qu'elle permettait au malade de découvrir et de distinguer dans un bain froid les endroits épars de ses jambes où la sensibilité de douleur était abolie. (Bellion, *Thèse inaugurale.*)

---

trouveront de nouveaux adhérents. Aussi espérons-nous que l'utile institution des expositions universelles ne disparaîtra pas, comme quelques personnes le demandent. Trop d'avantages y sont attachés : les protectionnistes eux-mêmes finiront par le reconnaître.

En arrière des trophées se trouvent les cours réservées à chaque nation. Je ne reviendrai pas sur les reproches qu'on a adressés à l'Angleterre. Le Royaume-Uni représente la moitié du monde : il a pris la moitié de la place. Je suis sûr que, parmi les 30 000 exposants admis à l'Exposition de 1862, on n'en trouverait pas un seul qui n'eût quelques plaintes à faire.

La cour française est véritablement fort exiguë. On a tâché de regagner en hauteur ce que l'on perdait en surface : de là une série d'allées étroites où l'on ne voit pas le jour ; de là ces agglomérations de vitrines qui dispersent les produits similaires en cinq ou six compartiments. Il faut du temps pour tout examiner, et il n'est pas toujours possible d'y arriver. De plus, comme toute exhibition internationale a pour but de faire comparer les produits des diverses nations, au lieu de faire une cour française, une cour italienne, une cour russe, etc., il eût été bien plus convenable de grouper par classes les produits du monde entier. Ainsi, pour visiter les instruments de chirurgie de toutes les nations, il faut faire un parcours de 3 kilomètres. Au lieu d'avoir deux ou trois hommes spéciaux pour démontrer les produits de toutes les nations, on tombe le plus souvent sur un commissaire qui ne sait pas un mot de la question, et qui vous répond (cela m'est arrivé) qu'un perforateur obstétrical est un nouveau système de tire-bouchon.

L'avenir démontrera, j'en suis sûr, l'importance de cette modification : la lumière ne naît que de la comparaison directe des produits, et l'un des membres du jury anglais m'assurait qu'il était forcé de perdre tous les jours deux heures pour *comparer* après avoir *vu* ; mais, heureusement pour les jambes des jurés internationaux, cet excellent homme avait peu d'imitateurs.

Digitized by Google

sensibilité autre que celle de la peau. Le cas suivant en est un exemple :

Obs. I. — M. X..., âgé de quarante et un ans, d'abord graveur, puis artiste dramatique, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament nervoso-sanguin. Léger, étourdi, vif, irritable depuis son enfance, il a commis des excès de tout genre, excès de travail intellectuel, excès vénériens, excès de boissons alcooliques.

Deux ans environ avant d'être dans l'état où il se trouve aujourd'hui, et tout en exerçant avec succès sa profession de comédien, M. X... se faisait déjà remarquer par des actes insolites que les plus indulgents de ses camarades attribuaient à l'abus de l'absinthe, et que les autres interprétaient d'une façon moins bienveillante.

En 1859, par suite d'un chagrin domestique, celui d'avoir été abandonné par une maîtresse avec laquelle il vivait maritalement, il devint plus irritable, plus susceptible, disposé surtout à répandre des larmes sans causes suffisantes. Au mois d'août de la même année, il fut encore vivement émotionné par une altercation avec un de ses camarades de théâtre, altercation suivie de voies de fait, et où, tombé par terre, il reçut un violent coup de pied sous la clavicule gauche. Néanmoins il continua à aller à son théâtre et à remplir tous ses devoirs d'artiste dramatique. A cette époque il y avait déjà de l'insomnie. Supposant que c'était le bruit qu'on faisait la nuit dans sa maison qui l'empêchait de dormir, il change de domicile; mais dans son nouvel appartement il ne dort pas davantage, et il le quitte bientôt en continuant d'attribuer son insomnie à la sonorité trop grande de la maison. Il change ainsi de domicile trois fois en quatre mois. Il profite d'un congé de quelques semaines pour aller se reposer chez son père à la campagne. Là, il se plaint encore de ne pouvoir dormir, et il attribue cette fois son absence de sommeil au bruit du vent et au chant des coqs.

Il rentre au théâtre le 3 juillet 1860. Mais il ne peut y continuer son service au delà de quelques représentations. Il a peur chaque fois qu'il entre en scène; il craint d'être inférieur à lui-même : il redoute surtout les absences de mémoire. De plus en plus fatigué par l'insomnie, et très malheureux de son isolement, il lui arrive souvent de se lever au milieu de la nuit, de se promener à grands pas dans sa chambre, même parfois de sortir de la maison et d'errer à travers les rues.

Préoccupé des conséquences fâcheuses que pouvait produire le coup de pied qu'il a reçu dans la partie antérieure du thorax, il va consulter un pharmacien, qui lui conseille de pratiquer sur le sternum des frictions avec de l'huile de croton tiglium. Les pustules produites en très grand nombre par cette huile lui causent une douleur qui lui fait pousser des cris; en outre, elles l'effrayent beaucoup. Afin de lui remonter le moral, on l'adresse à un professeur de la Faculté de médecine. Ce dernier ne constate rien autre chose qu'une gastralgie, et il prescrit l'application d'un large vésicatoire sur l'épigastre. Le malade se montre également très sensible à la douleur produite par ce second moyen de révulsion. Depuis ce moment, il s'occupe sans cesse de sa santé, il se plaint d'avoir été mal soigné, il accuse toutes les personnes qui lui ont donné des conseils d'avoir aggravé sa maladie. L'idée qu'on lui a trop enlevé d'humeurs au moyen de l'huile de croton et par le vésicatoire l'absorbe tellement, qu'elle dégénère en véritable monomanie. Considéré par sa famille et par ses amis comme tout à fait hypochondriaque, M. X... est alors placé dans la maison de santé du docteur Blanche, où il séjourne pendant deux mois. Il retourne chez son père à la campagne, toujours en proie à son même genre de délire, et fatiguant sa famille par ses exigences et ses plaintes injustes.

Vers la fin de décembre, il accuse une grande diminution dans ses désirs vénériens, accompagnée d'absences fréquentes d'érections dans ses velléités de coït. En outre, il est dominé par un appétit qui ne lui est point habituel : il ingère une si grande quantité d'aliments, et il mange avec tant d'avidité, que son père se voit obligé de le retenir à cet égard pour prévenir des indigestions.

M. X... est confié à nos soins au mois de mars 1861. Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est un strabisme divergent assez prononcé de l'œil droit, et un peu d'embarras dans la parole. Le malade conserve tout son amour-propre d'artiste; il éprouve du plaisir quand on lui parle de ses succès de comédien; lui-même parle spontanément des rôles qu'il a créés, et qui lui ont valu les applaudissements du public; il s'en glorifie, et accepte même comme une simple justice qu'on lui rend le compliment des personnes qui veulent bien l'appeler grand comédien; mais il n'a point de délire ambitieux proprement dit, il n'est dominé que par un seul genre de monomanie, la préoccupation de sa santé et les récriminations contre les médecins qui l'ont soigné jusqu'à présent. Il lui fallait des sangsues pour enlever la douleur provenant du coup de pied qu'il a reçu à la poitrine, et l'on n'a pas voulu lui en appliquer; il fallait lui ôter du sang, et non pas de l'humeur; il a été tué par le vésicatoire. Il a dans l'estomac et aux intestins une maladie que les médecins ne connaissent pas, et qui doit le faire succomber. Il prie qu'à sa mort on fasse son autopsie, afin de découvrir la nature de cette affection. Il prétend que le vin donne de la force à son estomac, et il en demande sans cesse. Rien ne peut détourner son attention des idées fixes dont il s'agit. Cherche-t-on à le distraire des préoccupations et des craintes concernant sa santé, il ne se passe pas cinq minutes sans qu'il ramène la conversation sur ce sujet, et quand on lui affirme que son estomac et ses intestins ne sont pas sérieusement atteints, qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer des sangsues, et qu'on a eu raison de recourir à des révulsifs sur la peau, il se met en colère.

M. X... présente un affaiblissement notable des facultés intellectuelles; il perd surtout la mémoire des faits de date récente. Il ne peut se rappeler complétement dix lignes d'aucun des derniers rôles qu'il a joués au théâtre, même quand il vient de les repasser et qu'on lui donne la réplique. Il a parfaitement conscience de cet état d'amnésie qui l'attriste beaucoup, et qu'il cherche autant que possible à dissimuler. Mais l'idée qui l'afflige bien davantage, et contre laquelle il ne cesse de se révolter, c'est celle *de passer* pour hypochondriaque. Pour lui faire perdre le sentiment des convenances, pour le mettre en colère au point de fouler aux pieds son chapeau ou de briser tout autre objet qui se trouve à sa portée, il suffit de lui dire qu'il se trompe sur la nature de sa maladie, que l'affection dont il est réellement atteint n'est pas celle qu'il croit avoir; que le coup de pied qu'il a reçu, que l'humeur, pour nous servir de ses propres expressions, qu'on lui a tirée à l'aide de l'huile de croton tiglium et du vésicatoire, ne sont pas les véritables causes de sa maladie.

Il se plaint de ne pouvoir dormir et de ne plus avoir d'érections. Il mange copieusement et avec appétit. Il a beaucoup d'embonpoint. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation; la langue est rose. Absence complète de fièvre. Le malade est très sensible à la piqûre d'une aiguille enfoncée brusquement dans la peau des membres, du tronc, du cou, de la tête. Il est plus sensible encore à l'action de l'électro-puncture pratiquée sur toutes ces parties. La sensation produite par cette dernière opération est tellement douloureuse, qu'il pousse des cris, et qu'il cherche à s'y sous-

---

Après ces quelques remarques générales, je compte passer en revue les instruments de chirurgie, les appareils divers, les instruments de prothèse.

Ensuite j'examinerai les produits chimiques et pharmaceutiques, en ayant soin de signaler les nouvelles préparations et de décrire quelques nouveaux agents que l'Exposition de Londres a fait connaître.

P. Picard.

A propos des cours complémentaires de la Faculté. — On lit dans le Courrier du Bas-Rhin : « Il nous sera permis de dire, à l'éloge et à l'honneur de la Faculté de médecine de Strasbourg, que ces cours spéciaux que l'on introduit à Paris comme une innovation utile, comme un complément nécessaire des études pratiques, existent depuis longtemps à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ainsi, en parcourant le tableau des cours de la Faculté, qui est déjà fixé pour l'année scolaire 1862-1863, commençant le 15 novembre prochain, nous y trouvons : *Pour le semestre d'hiver :* une clinique des maladies syphilitiques et cutanées par M. le professeur Michel; une clinique des maladies chroniques par M. le professeur Coze. *Pour le semestre d'été :* une clinique des maladies des yeux par M. le professeur Stœber; une clinique des maladies des enfants par M. le professeur Tourdes; une clinique des maladies syphilitiques et cutanées par M. le professeur Michel; une clinique des maladies chroniques par M. Hecht, agrégé; une clinique des maladies mentales par M. Dagonet, agrégé et médecin à l'hospice des aliénés de Stéphansfeld.......

Indépendamment de cet enseignement si multiple, si varié, théorique et pratique à la fois, le programme de la Faculté de médecine comprend en outre, en été comme en hiver, une série de conférences et d'exercices pratiques auxquels les élèves prennent part sous la direction des professeurs et agrégés, et qui ont pour but de les initier à tous les détails de la pratique médicale et chirurgicale, quelle que soit la destination ultérieure de chacun d'eux dans les campagnes comme dans les villes.

traire en se débattant et en prenant la fuite. Celle du chatouillement provoqué aux ailes du nez et à la commissure des lèvres au moyen des barbes d'une plume lui est également très pénible; elle fait entrer en contraction la plupart des muscles du visage.

Du mois de mars au mois de juillet, il ne survient aucun changement notable dans l'état physique et moral de M. X... Dans cet intervalle, l'électro puncture fut pratiquée par nous un assez grand nombre de fois comme moyen d'exploration sur presque tous les points du tégument externe, et chaque fois cette opération, qui répugnait beaucoup au malade, lui causait une douleur très vive, surtout quand je la pratiquais sur l'épigastre. La peau de cette dernière région est d'ailleurs si sensible, que la plus légère pression devient insupportable. Le malade ne veut pas qu'on lui établisse un séton à la nuque, dans la crainte que cette opération ne le fasse trop souffrir.

A partir du mois de juillet, la maladie fait des progrès notables. Le délire hypochondriaque est porté à son comble. M. X... prétend que le vésicatoire qu'on lui a appliqué à la région épigastrique a pénétré dans l'estomac, que cet exutoire sera la cause de sa mort; que tous les médecins sont des ânes; qu'il n'est pas fou, comme on semble le croire, mais qu'il a seulement besoin de force, et qu'il est fort singulier que les hommes de l'art ne veuillent pas comprendre son mal et lui prescrire les médicaments dont il a besoin; qu'il lui faut surtout du bon vin pour le soutenir, et des sangsues pour guérir son *événement* (c'est ainsi qu'il appelle le coup de pied qu'il a reçu). A part la prétention qu'il manifeste parfois de se croire encore capable de jouer certains rôles et la satisfaction qu'il éprouve de s'entendre nommer grand ou bon comédien, M. X... continue à ne pas avoir de délire ambitieux. Il perd de plus en plus la mémoire des choses qu'il vient de faire ou des paroles qu'il vient de prononcer. Il répète celles-ci, croyant ne les avoir pas encore dites. Il éprouve beaucoup de difficulté à se rappeler le nom des personnes qu'il voit tous les jours depuis environ quatre mois, et il ne sait plus retrouver dans sa chambre les objets qu'il y a placés ou déplacés quelques minutes auparavant. Il voit moins bien avec l'œil droit, celui où existe le strabisme, qu'avec l'œil gauche. La pupille offre plus de dilatation que celle du côté opposé. La prononciation s'embarrasse de plus en plus; la difficulté d'articuler certains mots devient très manifeste à la suite d'une contrariété ou d'un accès de colère. M. X... fait souvent des faux pas en montant ou en descendant un escalier; il lui arrive souvent aussi de tomber tout à fait. Le trouble du mouvement est moins prononcé dans les extrémités supérieures, car le malade joue encore assez bien au billard.

M. X... se plaint toujours de ne plus avoir d'érections; il se plaint surtout de ne plus pouvoir dormir, à cause du bruit qu'il entend sans cesse, la nuit comme le jour. Il demande continuellement à changer de chambre. Dans l'une, c'est le chant lointain du coq qui l'importune; dans l'autre, c'est le sifflet plus lointain encore annonçant le départ ou l'arrivée d'un train de chemin de fer; dans une troisième, c'est le bruit du vent qui souffle par la cheminée ou celui de la pluie qui frappe les vitres. Pour se soustraire à tous les sons qu'il perçoit d'une façon si désagréable, il a constamment les oreilles bourrées de coton, et il cherche à en amortir encore l'acuité en appliquant sur ses oreilles des compresses de flanelle maintenues au moyen d'un foulard, ou en plongeant sa tête, même au plus fort de l'été, au milieu d'un édredon, avec lequel il la tient enveloppée.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Anatomie chirurgicale.

NOTE SUR LA STRUCTURE DU MUSCLE OBTURATEUR DU COL DE LA VESSIE, ET SUR LA MANIÈRE DONT CERTAINS CORPS ÉTRANGERS SONT ENTRAINÉS DANS CET ORGANE, par le docteur AUGUSTE MERCIER.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, une communication a été faite où l'on dit que nous ne savons rien de la manière dont les corps étrangers sont parfois entraînés du méat urinaire dans la vessie.

Dernièrement aussi je lisais, dans les comptes rendus d'une autre Société savante, les opinions les plus inexactes sur les moyens d'occlusion du col de la vessie.

Comme ces deux sujets sont connexes, et que je crois les avoir éclaircis tous les deux, je prends la liberté d'en dire quelques mots.

1° Il y a près de vingt-cinq ans que j'ai prouvé, ce me semble, que c'est un tort de chercher des fibres circulaires autour du col de la vessie, que cet orifice ne se ferme pas par le rapprochement des différents points de sa circonférence vers un point central, mais bien par l'entraînement de son bord postérieur ou rectal sur l'antérieur, de manière à former valvule ou soupape.

Les fibres qui soulèvent ainsi le bord postérieur font partie d'un plan musculaire transversal assez épais, occupant tout l'espace compris entre les orifices des uretères et celui de l'urèthre. Les fibres postérieures forment, en faisant saillir la muqueuse, le relief connu sous le nom de bord postérieur du trigone, et remontent partie sur les uretères, partie sur la paroi postérieure de la vessie; les moyennes s'étalent sur les parois latérales; quant aux antérieures, elles obliquent de plus en plus en avant, de telle sorte que celles qui sont les plus rapprochées du bord postérieur de l'orifice uréthral se rendent, en contournant les bords latéraux de ces orifices, à la paroi antérieure de la vessie.

Ce plan musculaire rappelle de la manière la plus exacte celui qui recouvre la grosse tubérosité de l'estomac sous le nom de *fibres a anses, en écharpe*, etc. Qu'on suppose en effet un estomac renversé et son grand cul-de-sac tourné en arrière, la vessie aura, quant à sa couche musculaire, une très grande analogie avec lui.

Ce sont ces fibres antérieures qui déterminent la soupape par leurs contractions. J'ai démontré de plus comment elle s'affaisse, mais il serait inutile de l'exposer ici. Il me suffira de dire que, lorsque l'équilibre est rompu entre ces forces antagonistes, il y a ou incontinence d'urine, ou rétention par ce que j'ai nommé *valvule musculaire du col de la vessie*.

Ces faits ont été constatés par les diverses commissions pour le prix d'Argenteuil, et consignés dans le rapport de celle de 1852. Nous allons voir comment ils se lient à la seconde question, que je me propose d'examiner.

2° C'est une erreur de supposer que tous les corps étrangers susceptibles d'être introduits dans l'urèthre peuvent être entraînés spontanément du méat urinaire dans la vessie. On voit habituellement, après la lithotritie, des fragments rejetés au dehors; en voit-on rebrousser chemin et rentrer dans la vessie sans y avoir été repoussés? Jamais. Tous les corps étrangers ronds, ovalaires ou peu longs, qui, introduits dans l'urèthre, ont passé dans la vessie, y ont été poussés, le plus souvent, par de fausses manœuvres d'extraction, et comme ces corps ont quelquefois un bout plus arrondi et plus lisse que l'autre, et que c'est par ce bout qu'on les présente au canal, il s'ensuit que la moindre propulsion les fait avancer, tandis qu'à moins des plus grandes précautions, une impulsion *a tergo* n'a d'autre résultat que de les faire arc-bouter contre les tissus antérieurs.

Ce sont des corps longs et surtout des sondes qui ont été entraînés spontanément dans la vessie. Voici comment :

Supposons qu'une sonde ait dépassé le col de la vessie et que celui-ci soit le siége d'une grande irritabilité, les fibres qui soulèvent son bord postérieur se contractent convulsivement, et tendent à entraîner le bec de la sonde vers la paroi antérieure de la vessie. E. Home, qui ne connaissait pas comment l'orifice vésical de l'urèthre se ferme, avait noté, chez deux jeunes gens à canal irritable, que les bougies de cire qu'on laissait à demeure avaient « leur extrémité courbée *en haut*, qu'une rainure étroite et transversale existait sur la face *inférieure*, et qu'il n'y en avait pas au-dessus ». Le second malade craignait même que la bougie ne vînt à être coupée en travers, et que sa pointe ne restât dans la vessie. (*On Strictures*, t. I, p. 345 et suiv.)

Des sondes métalliques ont été cassées de cette manière (voy. mes *Recherches* de 1856, p. 610). Mais qu'il s'agisse d'une sonde élastique, le spasme des fibres obturatrices soulèvera son extrémité interne vers la paroi antérieure de la vessie, et tendra à faire glisser sa tige de bas en haut sur le bord antérieur du col, comme sur une poulie de renvoi. A chaque contraction, la sonde pénétrera donc d'une nouvelle quantité, surtout si son extrémité externe a passé dans le canal et arcboute sur ses parois, ainsi que je l'exposais plus haut.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *La consanguinité chez les animaux domestiques*, extrait d'une note de M. *J. Gourdon*. — Les recherches récentes de M. le docteur Boudin sur les mariages consanguins ont soulevé une question de zootechnie pratique d'une haute importance, et sur laquelle des opinions tout opposées ont été émises. Les uns, s'associant aux vues du savant statisticien qui a entrepris de démontrer, par le seul langage des faits, les inconvénients et les dangers de la consanguinité, condamnent en principe l'emploi, chez les animaux, de ce mode de reproduction. D'autres, au contraire, considérant les résultats avantageux, à certains égards, fournis, chez les diverses races domestiques, par les alliances entre parents, ont conclu à l'innocuité absolue de cette pratique, non-seulement chez les animaux, mais encore, par voie de déduction, dans l'espèce humaine.

Cette dernière doctrine établit entre l'homme et les animaux une assimilation qui manque d'exactitude.

Nous n'apprendrons rien à personne en rappelant que le mot *amélioration* a une signification toute différente, suivant qu'on l'applique à l'homme ou aux animaux ; que ce mot représente chez ceux-ci, non, comme dans notre espèce, l'accroissement des puissances organiques qui concourent à entretenir la santé et la vie, mais bien le développement, au plus haut degré, des formes et des aptitudes les mieux appropriées à la destination de l'animal, considéré comme machine de produit ou de travail, dût ce développement être obtenu aux dépens de la constitution du sujet et de la durée de son existence.

Ces facultés nouvelles que nos besoins nous font rechercher varient suivant les espèces. Tantôt, comme chez les races de produit, c'est la précocité, la prédominance du système musculaire, l'aptitude à l'engraissement, ou une lactation abondante, ou encore la production d'une laine fine et soyeuse ; tantôt, comme chez le cheval de pur sang, c'est une vitesse d'allure excessive : toutes choses assurément utiles, à un point de vue donné, mais qui, physiologiquement parlant, n'en constituent pas moins de véritables anomalies. Ces belles races anglaises, le bœuf durham, le mouton dishley, le porc newleicester, pour ne citer que les plus célèbres, vrais chefs-d'œuvre de l'industrie humaine, qui font l'admiration du monde entier et la fortune de leurs propriétaires, sont en définitive de véritables monstruosités, constituées contrairement à toutes les lois de l'hygiène, dans l'acception rigoureuse du mot. Que voit-on, en effet, chez ces animaux? Des formes naturelles détruites, un développement contre nature du système adipeux, une rapidité de croissance qui rapproche d'autant le terme de la vie, une fécondité moindre, une prédisposition plus grande aux affections cachectiques, etc. Or, si tels sont les produits de la consanguinité, il n'y a pas lieu, tant s'en faut, d'en rien conclure contre l'influence pernicieuse justement attribuée à ce mode de reproduction.

Il ne faut pas d'ailleurs exagérer le rôle de la consanguinité. D'abord elle ne concourt pas seule au perfectionnement des races domestiques. Il est d'autres moyens encore, consacrés par la pratique et par la science, pour donner aux animaux les qualités requises; tels sont : la castration, la stabulation permanente, l'alimentation forcée, l'entraînement, etc., à l'aide desquels on peut aussi modifier plus ou moins les facultés natives des individus pour les diriger vers un but déterminé, et sans que pour cela, remarquons-le en passant, on ait jamais conclu, de l'efficacité de ces pratiques comme moyen d'amélioration des races animales, à leur innocuité dans l'espèce humaine.

On doit considérer, en second lieu, que la consanguinité n'a par elle-même sur le perfectionnement artificiel des espèces animales aucune influence propre. Elle n'est qu'une circonstance accessoire de la seule force alors mise en jeu, la puissance héréditaire. Ce que recherche l'éleveur, en unissant des parents, ce n'est pas la parenté elle-même, c'est une certitude plus grande de l'existence des aptitudes, des caractères qu'il a intérêt à perpétuer, et qu'il ne peut trouver réunis à un plus haut degré que chez des sujets issus du type même qui les a primitivement offerts. La méthode *in and in* n'a pas d'autre but. Comprise de la sorte, la consanguinité est pour l'éducateur une ressource précieuse. Elle constitue un procédé aussi prompt qu'efficace pour fixer des formes nouvelles, des facultés exceptionnelles. C'est la puissance d'hérédité doublée, en quelque sorte, en vue d'un résultat spécial, calculé et arrêté d'avance.

Par tout cela on peut apprécier quel est le rôle véritable de la consanguinité dans la reproduction et l'amélioration des espèces animales domestiques. Elle convient quand on n'a qu'un très petit nombre de sujets propres à assurer la conservation des caractères que l'on désire fixer. C'est une ressource pour suppléer à l'absence de reproducteurs de choix et pour tirer le meilleur parti possible des types exceptionnels que l'on rencontre; c'est, en un mot, l'élément essentiel du métissage pour la création de races nouvelles. Mais il faut se garder d'en faire un système général de reproduction, qui serait une cause rapide de dépérissement et de décadence pour toutes les races, ainsi que l'ont reconnu les auteurs les plus compétents.

En résumé, la consanguinité n'est nullement, comme on l'a avancé par une interprétation forcée de ce qui se passe chez les animaux domestiques, une pratique favorable en elle-même, ou tout au moins sans danger. Loin de là, elle est pour toutes les espèces une cause d'abâtardissement et de déchéance. Il est utile quelquefois d'y recourir, comme à un mal nécessaire que l'on subit en vue d'un intérêt supérieur. Mais cela n'atténue en rien ses inconvénients propres, auxquels on remédie en faisant cesser ces unions aussitôt que ne s'en *fait pas* sentir la nécessité absolue. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

PHYSIOLOGIE. — *Du renouvellement de l'air dans les poumons de l'homme*, par M. *N. Gréhant*. — Les mouvements intermittents qui augmentent et diminuent la capacité des poumons déterminent une véritable ventilation. Le volume d'air pur qui pénètre dans les bronches par l'inspiration est rejeté en partie par l'expiration qui suit avec une certaine quantité d'air vicié; l'autre partie reste dans les poumons, et sert au renouvellement des gaz qu'ils contiennent.

Si l'on fait inspirer un demi-litre d'air, 170 centimètres cubes d'air pur sont rejetés par une expiration égale avec 330 centimètres cubes d'air vicié, et 330 d'air pur restent dans les poumons.

Le volume des poumons, déterminé par la méthode que j'ai fait connaître (*Annales des sciences naturelles*, 4e série, t. XII), est 2lit,93. Ainsi 2lit,93 contiennent après les deux mouvements respiratoires 330 centimètres cubes d'air pur; l'unité de volume a reçu $\frac{330}{2930} = 0,11$ d'air nouveau. J'appelle ce nombre *coefficient de ventilation*. Il représente le résultat important, le mécanisme intime du renouvellement de l'air dans les poumons.

La comparaison des coefficients de ventilation montre qu'ils changent peu, quelle que soit la grandeur de l'expiration qui suit l'inspiration constante.

Après deux mouvements respiratoires l'air est distribué uniformément dans l'étendue de l'arbre aérien. Le renouvellement est parfait. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, J. Cloquet.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Études sur le rôle du tissu adipeux dans la sécrétion urinaire chez les insectes*, par M. *Fabre*. — Selon M. Fabre, le tissu adipeux est l'organe où s'élabore l'acide urique, aussi bien dans l'insecte parfait que dans la larve et la

Digitized by Google

nymphe. Il joue donc le rôle d'un appareil dépurateur où le sang abandonne à une dernière oxydation les matériaux de l'organisme hors d'usage. L'auteur propose de remplacer l'expression de *tissu adipeux* par celle de *tissu uroplastique*. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Blanchard.)

Hygiène. — M. *Berchon*, auteur d'un mémoire sur les *dangers du tatouage* présenté au mois d'avril dernier, adresse un supplément à ce travail, dans lequel il fait connaître vingt-sept nouveaux cas des accidents résultant de cette bizarre pratique.

Physiologie comparée. — *Note sur la chaleur propre des insectes, à propos de la communication de* M. Lecoq *sur la transformation du mouvement en chaleur dans les animaux à sang froid*, par M. *Girard*. — Le fait indiqué par M. Lecoq, dit l'auteur, n'est pas nouveau dans la science. L'élévation de température des sphinx (Lépidoptères Chalinoptères) au-dessus de celle du milieu ambiant a été étudiée par Newport, par M. le docteur Breyer et par moi-même.

M. Lecoq parait ne pas admettre de transpiration cutanée chez les insectes, comme elle existe chez les mammifères et les oiseaux. Cependant cette transpiration cutanée appartient aussi aux insectes, et Newport y a consacré un chapitre spécial de son mémoire. Je l'ai constatée à la balance, d'une manière certaine et facile, sur les chrysalides.

Académie de médecine.

Séance du 19 août 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de l'Hérault, du Loiret et de l'Aveyron. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le professeur *Nélaton*, qui offre en hommage un buste de bronze de Dupuytren. — *b*. Une note relative à l'influence de la pression atmosphérique sur la respiration, par M. le docteur *Wanner*. (*Comm.* : M. Vernois.) — *c*. Un travail sur la fièvre intermittente et rémittente, par M. le docteur *Puas* (de Bes). — *d*. Le compte rendu des vaccinations et des revaccinations pratiquées à la maison de Saint-Lazare, de 1860 à 1862, par M. *Martin*, interne. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Le modèle et la description d'un pessaire fabriqué par M. Charrière, sur les indications de M. *Guéneau de Mussy*.

M. *Tardieu* offre en hommage, au nom de l'auteur, un volume intitulé : Les eaux de Paris étudiées au point de vue de la santé publique, par M. le docteur *Linas*. « Dans cet ouvrage, ajoute M. Tardieu, M. Linas étudie, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques, les principales questions que soulève l'usage des eaux potables dans les grandes villes; il examine avec soin les différents systèmes proposés pour la solution de cet important problème par les hygiénistes et les hydrographes les plus éminents; enfin, il fait l'application de ces données scientifiques à la question spéciale des *eaux de Paris*, question si vivement débattue et qui naguère encore était à l'ordre du jour.

— M. *Rayer* présente la troisième livraison d'un ouvrage de MM. *Danielssen* et *Boeck* (de Christiania), intitulé : Traité de la forme anaïsthétique de l'éléphantiasis des Grecs.

Lectures.

— M. *Vernois* donne lecture d'une note dans laquelle il proteste contre la lettre adressée à l'Académie par M. Bouchut, dans la dernière séance, et contre les modifications que cet auteur a fait subir à son mémoire dans l'édition qu'en a publiée récemment l'Union médicale.

— M. *Gibert* prétend que M. Bouchut avait le droit de modifier le texte de son mémoire, en le publiant dans l'Union médicale.

— M. *Vernois* maintient la légitimité de la protestation qu'il vient de lire, se fondant sur ce que les modifications introduites dans le mémoire de M. Bouchut prêtent à soupçonner la bonne foi du rapporteur.

— M. *Bouley* fait observer qu'une *note* ajoutée au mémoire avertit le lecteur que ce travail a subi des modifications et des additions.

— M. *Vernois*. Et les soustractions? La *note* les signale-t-elle?

— M. *le président* fait remarquer que la discussion n'est pas à l'ordre du jour. Si l'Académie veut la continuer, les débats auront lieu en *comité secret*.

— M. *Chevalier* déclare qu'il y aurait déni de justice dans le *comité secret*; car l'accusation ayant été portée publiquement, la défense doit être également publique.

— M. *Vernois*. Je n'accepterais pas le comité secret; je veux que la plus vive lumière se fasse sur ce point qui touche à la considération de l'Académie, à celle de la commission et du rapporteur.

— M. *le secrétaire perpétuel* pense que toute discussion doit être ajournée jusqu'à ce que M. Bouchut se soit disculpé des torts qu'on lui reproche.

— M. *Gaultier de Claubry* demande que la discussion, quand elle sera ouverte, porte à la fois sur l'élément scientifique de la question et sur la question extra-scientifique soulevée par la lecture que vient de faire M. Vernois.

M. *le président* déclare qu'aucune limite ne sera imposée à la discussion; que, d'ailleurs, la question incidente sera préalablement soumise à l'examen et au jugement de la commission.

Discussion sur le goître exophthalmique.

— M. *Beau* lit une note dans laquelle il soutient que « l'état cachectique est, pour ainsi dire, radical dans la constitution de la maladie dite *goître exophthalmique*; car il figure dans la plupart des dénominations qu'on lui a données, et il englobe à lui seul une foule de symptômes qui, sans lui, ne seraient rattachés à rien. » Si le terme de cachexie n'a pas été accepté par M. Trousseau, « cela tient à ce que le mot *cachexie* n'est pas compris de la même manière par tout le monde. C'est, en définitive, un malentendu très regrettable qu'il faut signaler, en attendant qu'il disparaisse. »

M. Beau établit par des citations empruntées à Félix Plater, à Sennert, à Sylvius (de le Boë) et à Hoffmann, que « le terme de cachexie s'appliquait, chez les anciens, à la maladie que nous appelons actuellement *anémie*; et que la cachexie se confond dès lors avec d'autres dénominations synonymes, telles que *hydrémie*, *hydroémie*, *aglobulie*, *chlorose*.

» Par conséquent, ajoute M. Beau, les différents auteurs qui ont fait figurer le mot cachexie dans plusieurs dénominations de la maladie de Basedow étaient parfaitement autorisés à lui donner son ancienne signification; et ce mot est tout à fait l'équivalent du mot anémie ou anémique, qui a été employé aussi par d'autres observateurs pour dénommer la même maladie.

» En effet, les malades atteints de l'affection qui nous occupe, frappent l'attention par quatre grands symptômes qu'il est impossible de ne pas rattacher à l'anémie ou à la cachexie, je veux dire la faiblesse des muscles, la mollesse des chairs, la décoloration des tissus et souvent la bouffissure. A ces phénomènes radicaux s'ajoutent d'autres symptômes appartenant également à la chlorose, à savoir, des troubles dans le système nerveux, dans l'appareil digestif et dans les organes de la génération chez la femme. »

Examinant les trois symptômes plus spécialement propres à la cachexie exophthalmique et désignés sous le nom de *triade symptomatique*, par M. Trousseau, l'orateur démontre que « les phénomènes d'énergie circulatoire du cœur et des artères (palpitations, battements exagérés), présentés comme donnant

un cachet particulier à la cachexie exophthalmique, se retrouvent aussi dans l'état qui fait le fond de cette maladie, c'est-à-dire dans la cachexie, la chlorose, l'anémie, etc. » M. Beau insiste principalement sur ce fait « qu'il n'y a point de contradiction réelle entre le pouls radial et les pouls des grosses artères; que cette différence n'est qu'apparente, et que, d'ailleurs, elle ne peut être donnée comme caractéristique de la maladie de Basedow, puisqu'on la constate dans presque tous les cas de chloro-anémie.

« Maintenant à quoi tient cette exagération des battements cardiaques et artériels dans la cachexie exophthalmique? Cela dépend-il d'un état purement nerveux du cœur ou bien d'une affection matérielle de cet organe? »

M. Beau se range à cette dernière opinion. Pour lui, il se produit dans la cachexie exophthalmique une hypertrophie du cœur, une hypertrophie passagère, transitoire et essentiellement curable, analogue à celle que M. le docteur Larcher a signalée et décrite le premier chez les femmes enceintes. « Cette lésion, ajoute l'orateur, résulte de l'anémie, qui, d'après MM. Andral et Gavarret, caractérise le sang dans l'état de gravidité. Dans l'anémie, en effet, le cœur se relâche comme les autres muscles, ses cavités se dilatent; et, par suite, les parois des cavités dilatées subissent une hypertrophie nécessaire à la propulsion de l'ondée sanguine devenue plus considérable par suite de l'ampliation du cœur. Cette dilatation hypertrophique disparaît avec l'anémie qui l'a produite. A mesure que le sang retrouve des globules et perd sa grande proportion d'eau, les parois du cœur retrouvent leur tonicité et ses cavités se resserrent. »

Quant au goître et à l'exophthalmie, M. Beau en attribue la production à une congestion considérable de la glande thyroïde, d'une part, et des globes oculaires ou des tissus intra-orbitaires, d'autre part, congestion qui s'explique très bien par l'ondée surabondante envoyée à chaque systole par le cœur dilaté et hypertrophié.

« En résumé, dit M. Beau, la maladie de Graves ou de Basedow est une cachexie, une anémie ou une chloro-anémie, dans laquelle il y a une prédominance masquée de symptômes cardiaques et vasculaires, tenant à une dilatation hypertrophique, *curable*, du cœur. Il y a de plus ici deux lésions qui donnent un cachet caractéristique à cette maladie, c'est un goître et une exophthalmie.

» Ce goître et cette exophthalmie masquent le fond cachectique de la maladie, et en font une *cachexie larvée*, comme le coma, le délire, etc., masquent, dans certains cas, les stades des fièvres intermittentes, et en font des fièvres larvées. »

Arrivant à l'étiologie de cette affection, M. Beau accorde une grande influence aux causes morales, et cite sommairement sept faits à l'appui de son opinion.

Il en conclut, relativement au traitement, « qu'il n'y a guère à faire que de l'hygiène et de la médecine morale », et qu'il ne faut recourir aux agents médicamenteux que lorsque l'action des causes morales a été suffisamment écartée et efficacement combattue.

Lecture.

Obstétrique. — M. le docteur *Laborie* lit la première partie d'un travail intitulé : *Études sur le bassin.*

Cette première partie traite du rôle des symphyses pendant l'accouchement.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Si, par tous ou presque tous les accoucheurs, il est admis que, par suite du ramollissement des ligaments qui unissent les articulations propres du bassin, ces articulations acquièrent un certain degré de mobilité, la valeur de cette mobilité dans l'accouchement reste très controversée.

2° Tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui pour ranger les symphyses sacro-iliaques et pubiennes dans la classe des arthrodies. Mais, d'après nos recherches, faites surtout sur des bassins de femmes récemment accouchées, nous sommes porté à considérer ces jointures comme appartenant à une classe spéciale mixte. Elles semblent, en effet, présenter, d'une part, quelques caractères des énarthroses par la forme de leurs faces articulaires, qui est convexe sur un des os et concave sur l'autre; et, d'autre part, des ginglymes, par la manière dont leur mouvement paraît limité dans un seul sens.

3° L'influence exercée sur le travail de l'enfantement par la mobilité des symphyses est nulle ou à peu près nulle au détroit supérieur, quel que soit d'ailleurs ce mouvement, soit écartement, soit glissement.

4° C'est seulement quand l'enfant est engagé dans le petit bassin, et lorsqu'il se présente au détroit inférieur, que la mobilité de la jointure joue un rôle véritablement important.

5° Le mécanisme qui donne lieu à l'ampliation du détroit inférieur est des plus simples : toute la résistance se trouve au diamètre transverse; mais la pression exercée par les forces qui poussent la tête contre les tubérosités de l'ischion est assez puissante pour en opérer l'écartement. Les symphyses sont disjointes par un mouvement de bascule, qui se produit d'autant plus aisément que la force qui le détermine agit à l'extrémité d'un bras de levier très long, représenté par toute la distance qui sépare les ischions des symphyses. Ce levier étant de 128 millimètres entre l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque et la tubérosité ischiatique, un écartement de 2 millimètres à la partie inférieure de la symphyse permet à l'extrémité du levier, c'est-à-dire au diamètre transverse, un allongement de près de 2 centimètres; et tout porte à croire que cet allongement doit être encore plus considérable.

6° Chez les personnes âgées de plus de trente ans, la mobilité des symphyses pouvant être nulle ou très limitée, la difficulté de l'accouchement se concentre au détroit inférieur, malgré la bonne conformation de l'accouchée; et le plus souvent on doit intervenir par l'application du forceps.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ. — PHLÉBITE UTÉRINE. — RHUMATISME DU CŒUR. — DOULEUR ET ECCHYMOSE SPONTANÉES.

M. *Henri Roger* lit deux nouvelles observations d'emphysème généralisé, consécutif, l'un à une coqueluche, l'autre à un ramollissement tuberculeux. Ces faits complètent le grand travail dont l'auteur a donné déjà plusieurs fragments, et qui se publie en ce moment dans les Archives générales de médecine (août 1862).

A propos de cette lecture, M. *Béhier* donne des nouvelles d'un malade tuberculeux dont il avait entretenu la Société, mais qu'il ne lui a pas été donné de suivre jusqu'au bout.

M. *Bouchut* rapporte un fait du même ordre : l'emphysème était apparu brusquement au creux sus-claviculaire chez un jeune sujet, à la suite d'une apoplexie pulmonaire accompagnée des symptômes les plus graves : hémoptysie, asphyxie, cyanose et même éjaculations; la tumeur, produite sans doute par la rupture d'une vésicule pulmonaire pendant des efforts considérables pour respirer, n'a pas augmenté depuis, et les symptômes menaçants se sont dissipés, mais le sujet présente maintenant les signes non douteux d'une tuberculisation pulmonaire.

— M. *Hervieux* communique à la Société un fait de *phlébite utérine avec infection purulente*, observé chez une femme en couches, qui, pendant plusieurs semaines et sans médication spéciale, a résisté aux accidents les plus sérieux. Les symptômes de phlébite utérine (frisson suivi de chaleur et de sueurs, altération des traits, stupeur, etc.) se déclarèrent le sixième jour après l'accouchement; les jours suivants, la plupart des articulations furent prises de douleurs rhumatoïdes, et plusieurs

abcès se formèrent aux petites articulations des mains, abcès qui furent ouverts et donnèrent issue à du pus bien lié. Ces symptômes d'infection purulente faisaient craindre une terminaison prompte et fatale ; cependant à un mois de date de l'accouchement, la malade existe encore, et si l'on avait employé quelque médicament réputé spécifique, on n'aurait pas manqué de leur faire honneur de la guérison. Or, il n'y a pas eu d'autre traitement qu'une application de ventouses et quelques boissons toniques. La nature a supporté seule tous les frais de l'amélioration apparente de l'état de la malade. On peut l'attribuer : 1° à cette circonstance, que les fonctions digestives n'ont présenté aucune altération ; 2° à l'existence de sueurs abondantes et profuses pendant toute la durée du mal ; 3° peut-être aussi à l'évacuation nécessaire du pus des abcès ; 4° peut-être enfin à une résistance vitale peu commune. Il convient d'ajouter que la maladie, loin d'être terminée, présente depuis ce matin une recrudescence qui laisse peu d'espoir.

M. *Béhier* a vu un certain nombre de faits analogues à celui-là, la maladie peut durer plusieurs mois ; on pourrait comparer ces faits aux expériences de MM. Ducrest et Castelnau qui, par des injections successives de pus dans le sang, déterminaient des empoisonnements graduels. M. Béhier attache, comme M. Hervieux, une grande importance à la conservation des fonctions digestives. La diarrhée colliquative se lie ordinairement aux maladies purulentes graves. Il est moins disposé à accorder aux sueurs une influence favorable. Leur action lui paraîtrait plutôt nuisible, et le frisson nouvellement survenu lui inspire, comme à M. Hervieux, de grandes appréhensions.

— M. *Moutard-Martin* signale une circonstance remarquable de la constitution médicale du mois dernier : c'est la fréquence des manifestations cardiaques dans le cours des rhumatismes articulaires même légers, même peu généralisés ; les malades de son service lui en ont fourni de nombreux exemples. Ces manifestations cardiaques se sont montrées aussi, sans rhumatismes articulaires, dans le courant d'autres maladies, telles qu'une métrite aiguë (où elles furent suivies d'une pneumonie grave), et dans le cours d'une bronchite aiguë entée sur un emphysème pulmonaire. M. Bouchut lui a fait part d'un cas pareil. M. Moutard-Martin demande si ses collègues ont aussi remarqué la fréquence de ces coïncidences.

Aucun membre de la Société ne répond directement à la question ; mais à propos de manifestations rhumatismales, M. *Hervez de Chégoin* mentionne un cas de sciatique, et des accidents cérébraux rapidement guéris ou conjurés par des douches froides. M. *Guerard* cite aussi une sciatique répercutée sur le cœur par des douches froides ; il fallut chercher à rappeler la sciatique. M. *Hervez* a connu un confrère âgé de soixante ans, chez lequel l'apparition d'une sciatique a heureusement modifié des symptômes d'angine de poitrine et des accidents cérébraux.

— M. *Guérard* rapporte un fait de *douleur et d'ecchymoses spontanées* qui se sont produites à l'état de repos ; le sujet étant éveillé dans son lit la nuit, ressentit à la partie antérieure et moyenne de la jambe une douleur aiguë, et remarqua le lendemain une ecchymose au même endroit. M. Guérard dit que ces faits ne sont pas rares. Il croit avoir entendu Sanson les mentionner dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

M. *Béhier* a été pris une fois à la chasse d'une douleur subite à la jambe, comme s'il avait reçu quelque coup, bien qu'il n'en fût rien. Cette douleur fut suivie d'une ecchymose.

M. *Guérard* insiste pour qu'on ne confonde pas les faits dont il s'agit avec ceux où l'on a constaté la rupture du plantaire grêle. Il a parlé de douleurs survenues au repos, le sujet étant assis ou couché, et en tout autre région que celle du plantaire grêle.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Inégalité congénitale des deux moitiés du corps ; — hypertrophie considérable de tout le côté droit, par M. P. Burlet.

Les anomalies par excès de développement d'une partie du corps ne sont pas très rares, mais ne donnent presque jamais lieu à des phénomènes pathologiques ; ne nuisant en rien aux fonctions des parties affectées, elles passent ordinairement inaperçues. Il n'en est plus de même quand le développement, se trouvant excessif, rentre presque dans les cadres de la tératologie. A ce titre, l'observation suivante nous a paru digne d'attention.

En mars 1861, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, service de M. Ollier, une jeune femme, Antoinette X..., âgée de vingt sept ans, originaire de la Savoie, d'un tempérament sanguin et n'ayant jamais eu d'enfant. Depuis sa naissance la moitié droite de son corps a toujours été beaucoup plus considérable que la moitié gauche, mais cette difformité s'est principalement portée sur le pied, sur la jambe et sur la cuisse ; lorsqu'elle marche pendant quelque temps, son membre inférieur droit augmente de volume d'une manière sensible, pour revenir à son état ordinaire après quelques heures de repos.

Le premier coup d'œil reconnaît de la manière la plus évidente un excès de développement de tout le côté droit du corps, mais c'est à partir du sommet du pli fessier jusqu'à l'extrémité du membre inférieur, que l'hypertrophie atteint de notables proportions.

Après avoir tenu la malade au lit pendant au moins douze heures, les mensurations prises par M. Ollier donnent les résultats suivants :

	Membres inférieurs :		
Mesures de longueur :	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.	DIFFÉRENCES.
	cent.	cent.	cent.
De l'épine iliaque à la malléole externe,	89,5	79,5	10
Longueur du tibia..................	40	36	4
— du péroné..................	38	[illegible]	4
Longueur du pied, depuis l'extrémité postérieure du calcanéum jusqu'à l'extrémité antérieure du gros orteil....	27	25	2
Mesures de volume :			
Circonférence perpendiculaire à l'axe de la cuisse, au niveau du pli de l'aine..	68	59	9
Circonférence du genou.....	41	37	4
Circonférence de la jambe à un point situé à égale distance des malléoles et des condyles fémoraux...........	38	31	7
Circonférence du cou-de-pied, mesurée dans un sens perpendiculaire à l'axe du pied........	30	26	4

Quant aux membres supérieurs, la différence pour la longueur est nulle, mais il existe en faveur du côté droit une légère différence de volume. La mensuration des deux moitiés de la tête n'a pas donné de différence appréciable. Pour la face, la différence échappe à la mensuration, mais elle est évidente pour l'œil de l'observateur qui saisit à première vue une inégalité frappante dans l'ensemble des traits du visage : Celui ci est un peu plus développé à droite qu'à gauche.

Si l'inégalité est peu marquée pour les membres supérieurs, il n'en est pas de même pour le tronc : ici le doute n'est plus possible.

Mensuration du tronc :

Une ligne allant de l'ombilic au sommet de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire, mesure : du côté droit, 47 centimètres ; du côté gauche, 43 centimètres ; différence, 4 centimètres.

Avec une différence aussi grande (10 centimètres) que celle qui existe entre les deux membres inférieurs, la claudication devrait être très forte ; cependant il n'en est rien. Antoinette X... boite, mais sa claudication est loin d'être en rapport avec l'inégalité des deux membres. L'os iliaque droit étant beaucoup plus élevé que le gauche, l'articulation coxo-fémorale droite est plus élevée que la gauche ; d'autre part, lorsque la malade est debout, les talons sur une même ligne transversale, le genou

Digitized by Google

droit, pour arriver au niveau du genou gauche, se fléchit de façon à former un angle saillant en avant ; cette flexion diminue à la fois la longueur du membre et la claudication, car cette position se conserve dans la marche.

A l'examen des organes, nous avons trouvé des différences fonctionnelles sensibles : la vue et l'ouïe sont plus développées à gauche qu'à droite ; il n'y a rien de particulier pour le goût et l'odorat. Les seins sont exactement semblables, mais le sein droit est un peu plus élevé que le sein gauche. Anatomiquement dissemblables, les deux côtés le sont encore physiologiquement : la température, la sensibilité et la force sont bien différentes suivant qu'on examine ces propriétés à droite ou à gauche.

Nous avons mesuré la sensibilité dans les deux membres par la méthode des doubles piqûres, à l'aide d'un compas dont les branches étaient plus ou moins écartées ; la malade a toujours éprouvé la sensation des deux piqûres à gauche et d'une seule à droite ; en remuant les poils de bas en haut sur les membres inférieurs, l'excès de sensibilité appartient au membre gauche ; il en est encore de même pour le sourcil gauche, pour l'aile gauche du nez, et en général pour toute la moitié gauche de la face.

En comparant au dynamomètre la force des deux bras et celle des deux membres inférieurs, nous avons trouvé que

le bras droit tire......	35	kilogrammes.
le bras gauche........	30	—
la jambe droite.......	25	—
la jambe gauche.....	15	—

La science possède des faits ayant une très grande analogie avec celui-ci, mais ces faits sont encore en petit nombre : M. Chassaignac à Lariboisière, M. John Adams à Londres, M. Broca, sont les seuls auteurs qui en aient cité des exemples. L'observation de M. Broca est particulièrement remarquable (*Journal de physiologie* de Brown-Séquard, n° 5, 1859). Il s'agit d'un garçon de onze ans, chez lequel la moitié gauche du corps est notablement plus développée que la moitié droite. « On dirait, écrit M. Broca, que le corps de cet enfant est formé par la réunion de deux moitiés provenant de deux individus différents d'âge, de taille et de force. »

Aucun des trois écrivains dont je viens de citer les observations n'a expliqué les causes d'une pareille anomalie. D'après M. Broca, elles sont tout à fait inconnues; dans le cas de M. J. Adams, la mère attribuait la difformité de son fils à une frayeur qu'elle aurait éprouvée pendant sa grossesse.

Chez la malade de M. Ollier on ne trouve rien du côté de l'hérédité. Les parents de la malade sont tous sains et bien conformés. On ne peut pas admettre un exercice exagéré du côté droit : Antoinette X..., par l'ordre même de ses parents, n'a jamais travaillé. (*Gazette médicale de Lyon*, 1862, p. 309.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introduction de M. le professeur Trousseau. Ouvrage traduit et annoté par le docteur Jaccoud. — 2 vol. in-8. Paris, Delahaye.

L'empirisme en philosophie est la doctrine qui réduit toutes la science de l'homme, dans le monde physique comme dans le monde intellectuel, à la notion des phénomènes, de l'accident, du fait en un mot, comme de la couleur, de l'étendue, de la pesanteur, de la pensée, repoussant comme illusoire toute recherche sur ce qui est considéré comme le support ou le lien des phénomènes, sur la matière et sur l'esprit, sur les vérités nécessaires et sur les causes.

En médecine, l'empirisme s'est longtemps confondu avec celui des philosophes, par la raison que la médecine elle-même ne se séparait pas de la philosophie. Plus tard, les médecins, qui non-seulement ont continué l'empirisme philosophique, mais qui devaient en être, dans le cours des siècles, les plus obstinés et, par intervalles, les seuls défenseurs, ont constitué spécialement un empirisme médical, réduisant la médecine à l'art de guérir, fondant cet art exclusivement sur l'expérience, et réduisant l'expérience à la simple observation des faits donnés par le hasard, quelquefois provoqués, mais provoqués arbitrairement à l'abri de toute conception théorique. Ces tentatives d'expérience artificielle étaient déjà un progrès que les empiriques avaient dû faire, pour ainsi dire, à leur corps défendant, se sentant eux-mêmes trop à l'étroit dans une doctrine qui livrait l'avenir de la science aux caprices et aux lenteurs du hasard, et qui paralysait jusqu'à l'expérience en lui déniant tout droit de déduction, et en limitant au cas particulier le bénéfice de tout fait d'observation. Les empiriques durent bientôt faire un pas de plus. L'expérience artificielle ne pouvait mener à rien, si rien ne la dirigeait. On ne lui donna pas pour guide assurément la théorie, mais on lui mit en main le flambeau de l'analogie, et dès lors il fut permis d'induire d'un fait à un autre, et de transporter par exemple à une maladie un remède qui avait réussi dans une maladie analogue. En ajoutant à l'*observation directe*, à l'*induction analogique*, le *témoignage* ou l'*histoire*, on a l'ensemble des procédés de l'empirisme médical.

Nous tenons pour certain qu'une telle doctrine, prise au pied de la lettre, non-seulement ne satisfait pas aux plus légitimes besoins de la médecine, mais est condamnée à se donner à elle-même de perpétuels démentis, parce qu'elle va contre la nature des choses et de l'esprit humain. C'est là son vice interne. Dans l'homme sain ou malade, pas plus que dans la nature inanimée, les faits ne restent sans rapports réciproques, sans enchaînement, sans lois. Vous supprimeriez comme hypothétiques les causes extérieures de maladie, le miasme, la réfrigération de l'atmosphère, l'excès de température, l'humidité, etc., que vous seriez encore forcé de compter avec les dérangements de la machine organique, avec la dilatation ou le rétrécissement de ce vaisseau, avec la paralysie de ce nerf, avec cette altération du sang, avec toute la série de phénomènes pathologiques que chacune de ces lésions *peut produire*, et qui, à leur tour, se produisent les unes les autres, par une succession souvent fort longue et fort compliquée, conformément à ce qu'on pourrait appeler la logique de l'organisme. Vous chercherez donc, bon gré mal gré, la cause dans l'effet, et que ferez-vous alors ? De la théorie, c'est-à-dire le contre-pied de l'empirisme. On comprend assez bien que, il y a deux mille ans, quand on ne savait à peu près rien ni du corps humain, ni du milieu où il respire ; quand la spéculation s'exerçait sur ces vaines hypothèses qui ont choqué le bon sens d'Hippocrate, quand la nature était peuplée d'éléments et l'air de génies, on comprend un Ménodote ou un Héraclide rappelant les esprits à la simple observation des faits. C'était alors raisonnable et ce fut un grand bien. Peut-être aussi n'y avait-il pas à demander davantage au moyen âge, sous le règne des sciences occultes, à cette époque où l'école empirique fut heureuse de trouver les médecins. Mais il était tellement dans la destinée de l'empirisme médical, par cela même qu'il avait à opérer dans le domaine de l'histoire naturelle, il lui était, dis-je, tellement imposé de se séparer de l'empirisme philosophique, que c'est en plein sensualisme (et le sensualisme est en réalité une formule de l'empirisme philosophique), c'est au siècle dernier que la médecine reçoit du progrès des sciences anatomiques et physiques l'impulsion qui tend à l'élever à la dignité de la science. Le mouvement sensualiste, nous n'en disconvenons pas, a dirigé les esprits vers les études expérimentales ; mais on se tromperait si on le prenait pour un complice de l'empirisme scientifique ; car en repoussant de vaines hypothèses, il n'a pas condamné la théorie ; tout au contraire, il a préparé et mis en œuvre les éléments de théories nombreuses qui sont aujourd'hui l'aliment et la vie des sciences.

On nous pardonnera ces remarques un peu longues en présence d'un livre qui est souvent cité comme une œuvre d'empirisme, et qui en a, en effet, d'une manière générale, le caractère ; car nous avons ainsi posé à son égard une règle

Digitized by Google

d'appréciation. L'empirisme, comme doctrine absolue, nous le repoussons; mais l'empirisme à côté de la science, ou, si l'on veut, avant la science; la constatation rigoureuse des faits avant leur explication, pourvu que l'esprit, en les constatant, ne dédaigne pas de les comprendre, d'en rechercher la cause actuellement voilée, d'enrôler l'idée au service de l'observation et de l'expérience, pour éclairer le sens des phénomènes au profit commun de la science et de l'art; cet empirisme-là est plus que permis, il est commandé par la sagesse. Les temps ont amassé et amassent chaque jour un dépôt de faits donnés par la simple observation, échappant à toute théorie, contraires même parfois, du moins en apparence, à de certaines notions théoriques. Qu'on respecte ces faits en les appliquant aveuglément à la pratique médicale, nous sommes les premiers à le demander; mais les sectateurs du fait devraient oublier moins que personne que, dans le champ des connaissances humaines, la notion causale substituée à la notion empirique, si elle a pour premier effet de constituer la science, a pour effet ultérieur, en assignant une direction à la recherche, de grossir rapidement le lot même de l'observation.

Ce double besoin de la science et de l'art, comment Graves le comprend-il dans ses LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE? C'est ce que nous allons examiner. Nous en trouverons surtout le moyen dans deux conférences, l'une qui traite en partie de la valeur de la chimie médicale, l'autre relative à la valeur de la physiologie et de l'anatomie pathologique.

La première, disons-le tout de suite, n'est plus au niveau de la science, et Graves se montre en maint endroit un médecin trop instruit pour qu'on puisse consentir à voir son dernier mot dans un passage comme celui-ci : « Nous a-t-elle jamais (la chimie) suffisamment éclairés sur les *procédés mystérieux de la vie?* Je ne pense pas qu'elle ait révélé *un seul* des secrets de l'organisme, et je ne vois pas qu'elle ait jamais dévoilé *l'origine* de ces déviations anormales que nous étudions tous les jours et à toute heure. La chimie ne saurait nous faire pénétrer *les arcanes de la vie*, et malgré les prétentions qu'elle affecte, malgré l'orgueil avec lequel elle vante ses découvertes, nous ne sommes guère plus avancés que ceux qui pratiquaient l'art de guérir il y a quelques centaines d'années.... » A l'appui de quoi Graves se met à critiquer l'opinion de Liebig sur les ferments animaux. Est-ce là un jugement sérieux, et le traducteur n'a-t-il pas raison d'en faire ressortir, dans une note, la vanité et l'exagération ?« Sans doute, dit M. Jaccoud, la chimie ne peut nous dévoiler *les arcanes de la vie;* mais.... bien que reléguée à juste titre au second plan, cette science rend des services incontestables et à la physiologie et à la clinique. Si nous savons quelque chose sur la digestion, sur la respiration et sur les sécrétions, c'est à elle que nous en sommes redevables, et il est permis de se demander ce que seraient sans elle nos connaissances sur l'albuminurie, sur le diabète et sur la goutte. » Inutile d'étendre cette objection capitale, dont tout médecin initié à son temps sentira la portée et trouvera aisément les applications.

Même inexactitude sur la question de l'alimentation dans ses rapports avec les climats, inexactitude que le traducteur est obligé de relever en montrant que, contrairement à l'assertion de Graves, il existe une relation manifeste entre les conditions climatériques et les exigences de l'alimentation, quant à la quantité, mais surtout quant à la qualité des aliments.

En ce qui regarde plus spécialement la physiologie proprement dite et l'anatomie pathologique, Graves se montre beaucoup moins exclusif, et sort tout à fait, on peut le dire, de l'empirisme. C'est là, au fond, une contradiction; car la chimie animale, qu'est-ce autre chose qu'un côté de la physiologie? Et puisque l'étude anatomique et physiologique du système nerveux ou du foie ne nous révèle pas plus que l'étude chimique des liquides « les procédés mystérieux de la vie » et « *l'origine* des déviations anormales », on ne voit pas pourquoi l'un de ces genres d'études, celui qui met à nu l'urée dans le sang ou l'albumine dans les urines, serait stérile pour la pratique, tandis que l'autre lui serait profitable en découvrant l'action du grand sympathique sur les fonctions respiratoire et circulatoire. Quoi qu'il en soit, Graves assigne à l'anatomie et à la physiologie un grand et noble rôle dans la pratique médico-chirurgicale. Peut-être, après avoir rappelé que les symptômes ne répondent pas autant qu'on l'a cru en France à des *lésions appréciables*, aurait-il dû aller plus loin; et nous ne lui en aurions pas voulu, pour notre compte, de stigmatiser sévèrement cette prétention de trouver toujours des « lésions appréciables » dans un organisme qui a mille manières de se déranger *physiquement*, sans que l'œil ni la main puissent jamais constater le désordre, surtout sur le cadavre. Mais la leçon est implicitement dans le texte de Graves, montrant en plusieurs endroits comment la seule connaissance d'un fait physiologique, en l'absence de toute altération visible des parties, suffit à établir la signification de la maladie et les indications thérapeutiques. Il faut citer; car il importe beaucoup de ne pas laisser revendiquer un homme de cette valeur par une phalange retardataire. Après avoir été jusqu'à dire que « les progrès de la médecine sont entièrement subordonnés à la perfection plus ou moins complète des recherches anatomo-pathologiques », l'auteur développe sa pensée dans les termes suivants : « Si à des notions exactes de physiologie et d'anatomie pathologiques nous joignons l'observation de l'évolution de la maladie et de l'influence des agents thérapeutiques, combien nos décisions pratiques seront plus sûres et plus satisfaisantes; combien nos efforts seront plus utiles et plus heureux que *si nous nous bornons à étudier les maladies dans les salles de l'hôpital!* » Langage remarquable chez un des premiers cliniciens du temps, chez le plus célèbre des médecins d'un grand hôpital! Il continue : « Si nous nous contentons de l'examen clinique, nous pouvons devenir d'habiles nosologistes; nous pouvons acquérir la connaissance pleine et entière de certains groupes symptomatiques; souvent même nous pouvons heureusement choisir la meilleure méthode de traitement..... Mais, après tout cela, qu'aurons-nous fait en réalité pour la postérité? Nos descendants accepteront nos descriptions avec une admiration enthousiaste, et, convaincus de l'efficacité des remèdes que nous avons recommandés, ils se mettront en quête de notre maladie avec une orgueilleuse confiance; le jour où ils la rencontreront, ils regarderont leur tâche comme déjà à moitié accomplie, et, dans leur présomption, ils n'hésiteront pas à promettre une heureuse terminaison. » Il y a dans ce passage une vaste perspective au delà de l'empirisme pur : une porte ouverte au fond d'un cul-de-sac.

M. le professeur Trousseau a donc eu raison de le dire dans la courte introduction qu'il a placée en tête d'un ouvrage dont il est en train de nous donner le pendant, Graves n'est empiriste qu'autant qu'il y est contraint. On peut même dire qu'il l'est moins encore qu'il ne le paraîtrait à quelques-unes de ses déclarations de principe; car ce contempteur de la chimie médicale ne se fait pas faute, quand le besoin s'en fait sentir, d'appeler cette science décevante à son aide, comme dans le passage suivant, qui ne fait pas partie, il est vrai, des LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE, mais que M. Jaccoud, dans une note, extrait d'un mémoire de l'auteur sur la maladie de Bright. Graves professe que, dans cette maladie, la lésion des reins est l'effet et non la cause de l'albuminurie. Comment, néanmoins, le rein est-il altéré? Le voici : « Dans l'hydropisie, on observe dans toute l'économie une disposition qui tend à produire une sécrétion exagérée de liquide albumineux, et cela dans le rein aussi bien que dans les autres points. Or, comme la sécrétion de l'urine se produit dans les *tubuli* extrêmement étroits de la substance corticale, *et que cette sécrétion s'accompagne de la formation de sels et d'acides divers*, il n'y a rien d'étonnant que des molécules albumineuses, *séparées par la coagulation*, se déposent et restent dans les tubes sécréteurs, qu'elles remplissent, qu'elles distendent peu à peu, amenant ainsi une oblitération de tissu qu'on appelle lésion de Bright. » Est-ce Graves, est-ce M. Mialhe qui a écrit ce passage?

Digitized by Google

Tel est, dans ses traits généraux, le professeur de Dublin : un artiste du premier ordre, qui aspire à devenir un savant; j'entends un médecin décidé à ne jamais sacrifier l'expérience clinique à la théorie, mais ayant l'instinct des immenses progrès promis à la notion scientifique des maladies. Maintenant faut-il entrer dans l'analyse des divers chapitres de l'ouvrage? Qu'on veuille bien remarquer que cet ouvrage traite successivement : de l'*enseignement clinique*, des *avantages de la méthode clinique suivie en Allemagne;* de l'*étude de la physiologie et de l'anatomie pathologique;* du *pouls*, de l'*inflammation*, du *typhus fever* (quatorze conférences sur cette seule maladie), de la *fièvre jaune des îles Britanniques*, de la *scarlatine*, de la *fièvre intermittente*, du *choléra*, de l'*influenza;* des *rapports qui unissent entre elles les affections des divers organes;* de la *goutte*, du *rhumatisme*, de la *pathogénie des affections du système nerveux;* de l'*apoplexie*, du *delirium tremens*, de la *chorée*, de l'*epilepsie*, de la *paralysie*, des *affections névralgiques*, des *convulsions des enfants;* des *affections des voies respiratoires en général*, de l'*asthme bronchique*, de la *pneumonie*, de la *gangrène du poumon*, du *pneumo-thorax*, de l'*asthme spasmodique*, de la *phthisie*, de l'*hémoptysie;* des *affections du cœur en général*, de la *péricardite*, des *troubles fonctionnels du cœur;* des *affections du tube digestif* (dyspepsie, diarrhée, ténia); des *affections des reins*, de l'*hydropisie*, des *maladies des femmes* (phlébite, *phlegmatia alba dolens*, manie puerpérale); de *plusieurs affections de la peau*, de la *morve*, du *farcin*, de la *syphilis* (cinq conférences); de l'*amaurose*, de l'*insomnie;* enfin de l'*administration de quelques médicaments*. Où porter l'analyse? Quel chapitre choisir? Si nous avions à opter, nous recommanderions tout particulièrement au lecteur la conférence remarquable qui traite des rapports mutuels des maladies à siéges divers : spécialement des rapports de l'arthrite, de l'hépatite et de l'urticaire; de certaines affections du foie et de la coxalgie; des affections du cœur et de l'hypertrophie du foie; des affections de la rate et des maladies générales. Nous appellerions aussi l'attention sur la partie de l'ouvrage consacrée au *typhus fever*, et encore plus, comme intéressant davantage les médecins français, sur celle qui concerne le groupe des affections du système nerveux, surtout la *paralysie d'origine périphérique*, qui est devenue le point de départ de tant de travaux importants. Qu'il nous suffise d'un mot sur la valeur générale de toutes ces dissertations détachées.

C'est le fruit personnel d'une pratique immense et des plus sagaces qu'on puisse rencontrer; c'est un ensemble considérable, original, profondément instructif, de données cliniques et de préceptes thérapeutiques touchant à mille points délicats de la pathologie. Dans ce vaste panorama, les oppositions de doctrines n'offusquent jamais le jugement. C'est son immense mérite de dérouler une foule d'observations et d'enseignements pratiques dont toutes les écoles peuvent faire leur profit. Et loin d'accuser ici l'empiriste, tout au contraire, nous nous félicitons de le voir si ferme sur le terrain de l'expérience après avoir prôné la physiologie pathologique, parce qu'il prouve ainsi, par un illustre exemple, cette haute compatibilité de la science et de l'art, de l'esprit ancien et de l'esprit moderne, que nous avons prêchée si souvent.

Il nous reste un devoir à accomplir, une justice à rendre, et nous regrettons d'avoir à le faire en un lieu qui gêne l'expression de notre pensée. Nous avons plusieurs fois cité les notes de M. Jaccoud. C'est que notre collaborateur et ami ne s'est pas borné à doter notre littérature, par une traduction fidèle, toujours claire, et qu'on prendrait pour un texte original, tant elle est dépouillée d'anglicismes, à doter, dis-je, la littérature française d'un monument précieux. Plus érudit que Graves, en possession d'une expérience précoce que lui a valu son séjour prolongé dans les hôpitaux en qualité de lauréat, fort de cette instruction et de ces aptitudes naturelles qui l'ont porté si brillamment, il y a peu de mois, au Bureau central des hôpitaux, il a pu, sous forme de notes, enrichir les Leçons d'un très grand nombre de commentaires, de rectifications et d'additions. C'était, il faut le dire, le complément nécessaire d'un ouvrage dont les matériaux datent parfois d'assez loin, et n'ont pas tous été revisés avec un soin égal; et il est heureux pour tous, pour le livre lui-même, qui n'en sera que plus popularisé, que cette tâche soit échue à des mains capables de la si bien remplir.

A. Dechambre.

VI

VARIÉTÉS.

Erratum. — Dans le dernier numéro, p. 521 (Académie des sciences), au lieu de : *Lamereaux*, lisez : *Lancereaux*.

— Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade de commandeur : MM. Barthez, médecin-directeur de l'hôpital militaire de Vichy, et Hutin, médecin-inspecteur des armées.

Au grade d'officier : MM. Armand, médecin-major de 1re classe; Bigot, chirurgien principal de la marine; Danyau, chirurgien en chef de la Maison d'accouchements; Decaisne, professeur au Muséum; Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Godelier, médecin principal de 1re classe; Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine; Laborie, médecin en chef de l'Asile impérial de Vincennes; Lecoq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont; Louvel, chirurgien des Maisons impériales de Saint-Denis et d'Écouen; Roche, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier : MM. Bérenger, chirurgien de 2e classe de la marine; Bergonier, médecin à Paris; Berquier, pharmacien aide major de 1re classe; Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Caviole, maire de Cahors, médecin de l'hospice; Cédont, chirurgien de 2e classe de la marine; Couffon, chirurgien de 2e classe de la marine; Cyvoct, du conseil général de l'Ain, médecin de l'hôpital de Belley; Daremberg, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine; Delmas, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement de Paris; Desbarreaux-Bernard, professeur à l'École préparatoire de Toulouse; Desjardins de Morainville, médecin de l'association des artistes; Dubourquois, chirurgien de 2e classe de la marine; Duchartre, membre de l'Institut; Daumas, médecin aux eaux de Vichy; Duclos, médecin de l'hospice de Saint-Gatien, à Tours; Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Faure, pharmacien-major de 1re classe; Fillolet, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf; Garreau, professeur à l'École préparatoire de Lille; Gubian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Hattute, médecin-major de 2e classe; Aguilhon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Riom; Blatin, médecin à Paris; Guillaume, membre du conseil d'hygiène de Sarreguemines; Guillonzo, médecin sanitaire à Saint-Nazaire; Houzelot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Meaux; Hupé, aide-naturaliste au Muséum; Jacquot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié; Jacquemier, membre de l'Académie de médecine; Japiot, médecin-major de 2e classe; Lavocat, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse; Le docteur Gervais (de Caen), directeur de l'école supérieure du commerce; Le Bret, médecin inspecteur des eaux thermales de Baréges; Lebidois, professeur à l'école préparatoire de Caen; Lombard, médecin des Jeunes aveugles; Mabit, médecin du lycée de Bordeaux; Macé, chirurgien de 1re classe de la marine; Meurs, médecin-major de 2e classe; Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon; D'Orbigny, aide-naturaliste au Muséum; Pellarin, chirurgien de 1re classe de la marine; Péruy, médecin-major de 2e classe; Poggioli, ancien chirurgien militaire; Pressat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nice; Sollier, médecin-major de 2e classe; Thomas, professeur à l'École préparatoire de Tours; Thore, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux; Tisserand, professeur à l'école vétérinaire de Lyon; Tixier, professeur à l'École préparatoire de Clermont; Brohon, infirmier-major, sergent.

La médaille militaire a été accordée aux infirmiers militaires : Vray, Mongis, Souvigny, Veyssière, Touzet, Nièzo, Michaut, Porcheron, Lescure.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 29 AOUT 1862. N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur le goître exophthalmique. — MM. Bouillaud, Beau et Trousseau. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Hypertrophie du corps thyroïde accompagnée de névropathie du cœur et d'exophthalmie. — Pathologie mentale : Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive. — Enlèvement des embolies artérielles par une opération. — V. **Bibliographie.** Clinique médicale sur les maladies des femmes. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

PARTIE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté en date du 14 août 1862, par lequel il est établi dans la Faculté de médecine de Paris des *Cours complémentaires* des études médicales pratiques, à titre d'enseignement auxiliaire ;

Arrête :

Sont chargés des cours complémentaires institués à la Faculté de médecine de Paris en vertu de l'arrêté susvisé :

1° Cours clinique des maladies de la peau, M. HARDY, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris ;

2° Cours clinique des maladies des enfants, M. ROGER, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris ;

3° Cours clinique des maladies mentales et du système nerveux, M. LASEGUE, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris ;

4° Cours clinique des maladies syphilitiques, M. VERNEUIL, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris ;

5° Cours clinique des maladies des voies urinaires, M. VOILLEMIER, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris ;

6° Cours clinique d'ophthalmologie, M. FOLLIN, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris.

Paris, le 26 août 1862.

Le ministre de l'instruction publique a été consulté sur la question de savoir si les aspirants au doctorat en médecine qui, au mois de novembre prochain, vont entrer dans leur quatrième année d'études, et qui auront alors accompli la condition d'*une année de stage* dans les hôpitaux, imposée par l'ordonnance du 3 octobre 1841, seront astreints aux nouvelles conditions du décret du 18 juin 1862, exécutoire à partir du 1er novembre 1862, et forcés de faire *une deuxième année de stage*.

Bien que l'extension donnée aux conditions du stage soit un véritable bienfait pour les étudiants eux-mêmes qui ont tout intérêt à en profiter pour assurer le succès de leurs études, néanmoins il n'a pas paru au ministre que l'on pût légalement obliger ceux qui ont accompli les conditions qui étaient les seules exigées avant le 1er novembre 1862 à en remplir de nouvelles. Une circulaire, adressée à MM. les recteurs des académies et à MM. les doyens des Facultés de médecine et directeurs des écoles préparatoires, leur fait donc connaître que les dispositions du décret du 18 juin 1862, relatives au stage dans les hôpitaux, ne sont point applicables aux étudiants qui, au 1er novembre 1862, auront accompli complétement les conditions de stage exigées par l'ordonnance du 3 octobre 1841. (*Moniteur universel.*)

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 28 août 1862.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — MM. BOUILLAUD, BEAU ET TROUSSEAU.

Fidèle à nos habitudes, nous ne subordonnons pas, dans l'étude de la *Maladie de Basedow*, la clinique à la physiologie, ni la physiologie à la clinique. Nous croyons, au contraire, conforme au véritable esprit scientifique de l'envisager séparément sous chacun de ces deux aspects, sauf à rechercher, mais à rechercher sérieusement, jusqu'à quel point la physiologie éclaire ou promet d'éclairer à l'avenir les phénomènes pathologiques.

Un mot d'abord sur cette désignation de *Maladie de Basedow*. Si l'on voulait attacher à l'appellation de la maladie le nom de celui qui l'a le premier signalée, ce ne serait pas à Basedow qu'en devrait revenir l'honneur. Parry, dans un travail publié après sa mort, en 1825, rapporte sous ce titre fort explicite : *Enlargement of the Thyroid Gland in Connection with Enlargement or Palpitation of the Heart*, plusieurs observations de goître consécutif à de violents battements du cœur et des artères ; et à la lecture de ces observations, on a peine à croire qu'il n'y ait pas eu complication, non aperçue, d'exophthalmos (*Collections from the unpublished Medical Writings of the late Caleb Hillier Parry*. Londres, 1825). Postérieurement à Parry, plusieurs auteurs ont signalé pareillement la coexistence de l'exophthalmos et du goître chez des chlorotiques et des hystériques en proie à différents symptômes nerveux : notamment Brueck (*Ammon's Zeitschrift*. Band IV, 1835), et Pauli (*Heidelberg. klin. Annal.* Band III, 1837). Le mémoire de Basedow (*Exophthalmos durch Hypertrophie des Zeugewebes in der Augenhöhle*, in *Casper's Wochenschr.*), ne date que de 1840 ; mais c'est dans ce mémoire qu'on trouve pour la première fois une étude

détachée, complète, du groupe de symptômes et de lésions qui constitue la maladie. Quant à Graves, il n'est intervenu dans la question qu'en 1843 (*On Clinical Medicine*, p. 674); d'où il suit que le nom de *Maladie de Graves*, adopté en France par M. Trousseau, n'est pas historiquement très acceptable.

Mais ce que nous acceptons presque entièrement de l'honorable académicien, c'est sa remarquable argumentation de mardi dernier. Les discours de MM. Bouillaud et Beau ne nous avaient pas ébranlé; celui de M. Trousseau nous a tout à fait confirmé dans notre opinion. En somme, et c'est déjà un progrès dans le débat, aucun des orateurs n'a contesté la relation du goître et de la saillie oculaire, et l'existence d'un lien pathologique quelconque entre les deux lésions. C'est seulement sur la nature de ce lien qu'a porté la dissidence. M. Beau la trouve dans la cachexie anémique; l'anémie serait le point de départ de tous ces désordres; elle enfanterait les battements artériels, les palpitations, l'hypertrophie cardiaque — au moins passagère, — le goître et l'exophthalmie. Par quel procédé? En amenant la distension de tout le système artériel par la pléthore séreuse. Mais que d'objections s'élèvent contre cette interprétation! La première et la plus grave, c'est que la maladie de Basedow, qui se rencontre assez souvent chez l'homme (4 fois sur 25 cas rassemblés par M. R. Taylor, *in Medical Times*, 1856, 24 mai), n'est pas toujours accompagnée d'anémie. M. Trousseau en a rapporté plusieurs exemples de sa pratique, et l'on en peut relever un certain nombre dans les auteurs. Comment se fait-il d'ailleurs que le goître exophthalmique ne se montre pas plus souvent dans ces innombrables cas de cachexie anémique qui encombrent les hôpitaux et la pratique civile, chez les femmes épuisées par les métrorrhagies, chez les leucémiques, les phthisiques, les cancéreux, etc.? Enfin, si comme nous le dirons, l'hypertrophie du cœur, et nous entendons l'hypertrophie persistante, existe fréquemment dans la maladie de Basedow; si, en outre, comme personne ne le conteste, les artères thyroïdiennes sont quelquefois dilatées et flexueuses, ainsi qu'il résulte des observations de Basedow et de Stokes, ne sont-ce pas là encore des traits qui différencient notablement cette affection de la simple anémie? Car nous ne pouvons admettre avec M. Beau que, dans l'anémie, la surabondance du sérum dans le torrent circulatoire, puisse avoir pour effet d'amener l'épaississement des parois du cœur et des artères en même temps que leur dilatation, et l'on ne concevrait pas d'ailleurs qu'un tel effet fût limité à une portion du système circulatoire, et ne s'étendit pas, par exemple, aux artères des membres. Non, l'anémie n'est pas l'élément fondamental et essentiel de la maladie; elle peut constituer, et constitue certainement une prédisposition, mais non la condition de laquelle procède directement l'ensemble des symptômes et des lésions.

Cette condition, quelle est-elle? Nous croyons, avec M. Trousseau, qu'elle procède d'une névrose, et d'une névrose portant sur le cœur et les gros vaisseaux; ou, pour rester plus strictement sur le terrain de l'observation, nous croyons que la maladie de Basedow a pour caractère essentiel, pour fond morbide, une excitation du système artériel. Nous avons d'abord pour nous le fait. Les battements du cœur et des carotides n'ont manqué, croyons-nous, dans aucun des cas *observés à leur début et dans leurs phases successives*. Presque toujours même, on a pu les constater longtemps avant la moindre manifestation du côté des yeux et de la glande thyroïde. M. Bouillaud, nous le savons, n'est pas de cet avis. Suivant lui, les troubles cardiaques manqueraient « souvent ». Une telle déclaration, venant d'un praticien aussi expérimenté serait fort embarrassante sans une circonstance dont il n'a peut-être pas tenu assez de compte. L'excitation cardiaque, dans la maladie de Basedow, procède par accès; elle va parfois en s'affaiblissant avec le temps, même quand les autres symptômes persistent. M. Bouillaud, spécialement adonné à la consultation, avait certainement vu les malades dans les intervalles, souvent assez longs, de rémission, ou quand l'excitation avait fini par s'apaiser tout à fait. Ce qui rend indéniable, ce nous semble, la relation du goître exophthalmique avec l'excitation cardiaque et artérielle, c'est que la saillie oculaire et le gonflement thyroïdien augmentent ou diminuent d'une manière très sensible avec cette excitation. Graves relate trois exemples remarquables de bronchocèle, ne se montrant que pendant les accès de palpitation et s'effaçant complétement dans les intervalles de ces accès. Ici, il n'y a plus à demander, comme pour l'anémie, pourquoi l'action pathologique se borne à une partie de l'appareil circulatoire; car c'est le propre de la névrose d'être limitée, et il est très ordinaire que les palpitations artérielles se bornent à quelques gros vaisseaux. Qui n'a vu battre violemment les carotides ou l'aorte ventrale à l'exclusion des autres artères? N'avons-nous pas d'ailleurs emprunté récemment à la thèse de M. Decès (*Gaz. hebd.*, n° 31, p. 482) une observation dans laquelle des signes de congestion cérébrale, des douleurs lancinantes de l'orbite, une exophthalmie et une dilatation de l'artère temporale, après s'être produits rapidement, ont disparu pour faire place à un engourdissement de l'avant-bras et de la main, et à des battements des artères radiale, cubitale, palmaire et digitales, qui prirent bientôt un développement notable?

Une question a été fort agitée, celle de savoir si les palpitations sont liées à une affection organique du cœur. Il faut le reconnaître, l'autopsie a presque toujours — nous dirions même toujours, si nous nous en tenions au résultat de notre enquête — montré l'existence d'une lésion cardiaque: hypertrophie, lésions valvulaires ou état graisseux (voy. sur ce point Begbie, Basedow, Marsh, Romberg, etc.). Mais on ne doit pas oublier que les résultats nécroscopiques représentent la période ultime de la maladie. La vraie question serait de savoir si la lésion organique du cœur ne se prononce que dans le cours de la maladie, comme effet et non comme cause du désordre de la circulation. Or, c'est précisément ce que semble établir l'observation des cliniciens les plus autorisés, et M. Bouillaud a fortement insisté sur ce point.

Quant au gonflement de la mamelle, sur lequel M. Trousseau a appelé l'attention de l'Académie, il se présente en effet quelquefois; mais, par contre, l'atrophie de cette glande a été signalée dans plusieurs observations qu'a résumées dans sa thèse le docteur Koeben (*De exophthalmo ac struma cum cordis affectione*, Berolini, 1855). La lésion mammaire ne pourrait donc être présentée exclusivement comme témoignage d'*excitation* nerveuse; mais elle tend, pour son compte, à établir de plus en plus la *spécialité* de la maladie.

Négligeant bon nombre d'autres considérations qui mèneraient à la même conclusion, et qu'a brillamment fait valoir M. Trousseau, nous terminerons par quelques mots relatifs à l'interprétation physiologique.

M. Trousseau a cité l'expérience curieuse dans laquelle un des plus ingénieux physiologistes du temps, M. Schiff, coupant sur un lapin le nerf grand sympathique au cou et excitant le bout périphérique, produit instantanément l'exoph-

Digitized by Google

thalmie. Déjà Wagner avait déterminé la protrusion de l'œil en excitant le ganglion cervical supérieur. Ces faits sont des plus curieux et ouvrent une voie à l'explication future du goître exophthalmique. Mais d'un autre côté, la dilatation des vaisseaux de la thyroïde et des vaisseaux orbitaires (1), si elle dépend d'une affection du grand sympathique, suppose en physiologie une *paralysie* de ce nerf, et non une excitation. En sorte que, sous ce rapport, les deux ordres de faits ne se prêtent pas un mutuel appui. Ce en quoi ils s'accordent, c'est à rendre extrêmement probable le point de départ de la maladie dans une affection du grand sympathique, sans permettre de dire en toute assurance, jusqu'à nouveau progrès de la physiologie, *de quelle manière* l'affection nerveuse aboutit à l'exorbitisme et au bronchocèle. (Voy. p. 552, à l'*Acad. des sciences*, une communication de M. Cl. Bernard.)

— Nous publions ci-après l'observation de M. Cros, mentionnée par M. Trousseau, et le numéro prochain contiendra un cas inédit de goître exophthalmique observé par M. Charcot, et que certaines circonstances rendent particulièrement digne d'intérêt.

A. Dechambre.

Il a été présenté à la fin de la séance de l'Académie de médecine un prétendu cas de plique chez une vieille négresse. Suivant nous, il s'agissait simplement d'un de ces feutrages de la chevelure, qu'on pratique souvent chez les jeunes nègres, et qui s'augmentent d'eux-mêmes avec le temps.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Hypertrophie du corps thyroïde accompagnée de névropathie du cœur et d'exophthalmie. — Observation suivie de quelques remarques *sur un point de l'anatomie de la région précordiale et sur l'examen plessimétrique de cette région* (2), par le docteur Antoine Cros.

Obs. I. — Mademoiselle Marie R..., âgée de quinze ans et quelques mois, blonde, *blanche et rose*, présente une augmentation de volume du corps thyroïde qu'il est difficile de ne pas remarquer, mais qui n'a rien de désagréable à voir. Cette tuméfaction n'est pas plus prononcée que celle dont notre grand peintre, M. Ingres, n'a pas craint d'orner son Angélique attachée au rocher; c'est dire qu'elle ne réclame par elle-même aucun traitement; cependant, dans quelques mouvements du cou, elle devient très apparente.

Mademoiselle R... a les globes oculaires volumineux et saillants; ils ne semblent pas prêts à sortir des paupières; ces dernières les enveloppent, au contraire, parfaitement; toute la masse de l'œil fait saillie hors de l'orbite, qui ne suffit pas à la contenir. Les conjonctives paraissent plus humides que chez tout le monde, et le regard a quelque chose de ce vague, de cette expression singulière signalée par les auteurs qui ont observé des cas de goître dit *exophthalmique*.

Enfin ce qui complète la triade de symptômes regardée comme caractéristique de cette maladie, mademoiselle R... est tourmentée *depuis longtemps* de palpitations violentes du cœur. Ces palpitations reviennent très fréquemment, par intervalles; elles ont quelquefois été suivies d'évanouissement; souvent elles sont tumultueuses, irrégulières, séparées par des intermittences inégales; en un mot, elles offrent le type de ce que M. Bouillaud a nommé la *folie* du cœur. Presque toujours elles sont fortes, énergiques, précipitées, et cependant les pulsations de la radiale sont petites et faibles. Cette sorte d'ataxie cardiaque a surtout augmenté d'intensité depuis le mois de février dernier. Parfois mademoiselle R... se plaint d'une douleur vague du cœur causée sans doute par une névralgie légère du cinquième nerf intercostal. L'auscultation du cœur ne fait entendre aucun bruit qui fasse penser à l'existence d'une lésion valvulaire. Les deux bruits sont profonds, sourds, énergiques, et chacun d'eux paraît un peu prolongé, sans cependant présenter aucun caractère pathologique.

L'examen plessimétrique, et surtout le dessin au crayon bleu tracé sur la chemise bien tendue de la malade, cette dernière étant assise sans avoir le dos appuyé, et obtenu en marquant point par point les résultats fournis par la percussion médiate, donnent les mesures suivantes (1) :

Longueur du cœur, mesurée selon le *grand axe de l'image plessimétrique*, 11 centimètres.

Largeur ou *petit axe*, 9 centimètres.

Largeur de l'oreillette droite mesurée : *a*. au-dessous du grand axe, 1c,7; *b*. sur le grand axe, 2c,2.

Épaisseur des parois du ventricule gauche, *environ* 2c,8.

Épaisseur des parois du ventricule droit, 1c,5.

Distance de l'extrême limite gauche à la cloison interventriculaire, environ 4c,5.

Largeur de l'aorte, 2c,2.

Distance du tronc trachéo-céphalique au cœur, 3c,5 environ.

Distance du commencement de la crosse de l'aorte au cœur, 5 centimètres.

Hauteur du foie mesurée sur la verticale abaissée du mamelon droit, 12 centimètres environ.

Distance de l'extrême limite gauche du cœur à la verticale abaissée du mamelon gauche, 1 centimètre *environ*. (Cette distance varie selon la position donnée à la personne examinée.)

Mademoiselle R... dit que dès l'âge de quatre ans on a remarqué la grosseur de son cœur; pendant sa première enfance elle a été très chétive et très faible.

Les règles ont paru pour la première fois dans sa treizième année. Elles sont généralement abondantes, et durent dix jours; quelquefois elles sont revenues au bout de douze ou quinze jours.

L'appétit ne fait pas habituellement défaut, mais les digestions sont pénibles.

Mademoiselle R... ne sait pas bien à quelle époque ont commencé ses palpitations, mais elle croit que l'apparition de la tuméfaction du cou les a de beaucoup précédées.

Il lui est souvent arrivé d'avoir la vue troublée, d'éprouver la sensation d'un brouillard qui envelopperait les objets, de se regarder dans un miroir, et de cesser tout à coup d'y distinguer son image. Un grand mal de tête succédait toujours à ces troubles de la vision. Souvent son visage se congestionne tout à coup, et reprend peu à peu sa coloration normale.

Nous avons dit qu'elle était sujette aux lipothymies; elle s'est évanouie une fois dans un bain de rivière, et depuis elle a complétement renoncé aux bains froids.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous venons de dire, si ce n'est que notre jeune cliente, intelligente du reste, a, dit-on, un caractère *très enfant*. Pour achever de dépeindre sa complexion, nous dirons qu'elle est bien prise dans sa petite taille, que, sauf les troubles dont nous venons de parler, sa santé est satisfaisante, et que sa langue présente un développement considérable sans être le moins du monde *tuméfiée*.

Voici les renseignements que nous pouvons fournir sur les conditions d'hérédité dans lesquelles est née mademoiselle R... Son père a succombé, il y a quelques mois, à une affection organique du cœur avec hypertrophie considérable (il avait eu cinq ou six ans auparavant une polyarthrite (rhumatisme articulaire) aiguë); son cou était volumineux et ses yeux saillants. Bien qu'il fût doué d'une intelligence assez distinguée, il avait un frère à peu près idiot (de ceux qu'on appelle les *incapables*). Cet oncle paternel de notre cliente avait les yeux très petits et très enfoncés; il ne présentait aucune tuméfaction thyroïdienne. Les grands-pères maternel et paternel de mademoiselle R... sont morts d'affections organiques du cœur. La nécropsie de l'un d'eux a été faite; son cœur égalait en volume celui d'un bœuf. Deux de ses oncles et une de ses tantes ont péri, dit-on, dans des circonstances exactement semblables. Un oncle actuellement vivant est fort sujet aux palpitations; il paraît atteint d'hypertrophie cardiaque. Une grand'mère est morte d'une maladie de poitrine; une cousine maternelle est morte aliénée.

Nous n'examinerons pas ici s'il est ou non légitime de faire une entité, une *unité* morbide des groupes de symptômes décrits sous le nom de goître exophthalmique, de maladie de Basedow ou de Graves, etc. Les principaux de ces symptômes, et notamment les trois éléments organopathiques essentiels de

(1) La dilatation des vaisseaux orbitaires est beaucoup moins certaine que celle des vaisseaux thyroïdiens.

(2) Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 12 août 1862.

(1) Voir le *fac simile* ci-joint de la figure plessimétrique, p. 548.

ces groupes, se trouvent dans le fait que nous venons de retracer ; et, quelle que soit la théorie pathogénique que l'on défende, quelle que soit l'explication que l'on donne de l'apparition de ces symptômes et de ces états morbides, il est certain qu'ils sont reliés entre eux par un lien sur la nature duquel on peut n'être pas d'accord, mais dont la réalité ne saurait être contestée.

Ce qui, dans notre observation, nous paraît présenter un intérêt particulier, c'est l'influence de l'hérédité apparaissant comme cause prédisposante des lésions, soit névropathiques, soit organiques du cœur.

Existe-t-il certaines formes anatomiques, certains types d'organisation, qui prédisposent plus spécialement à telles ou telles maladies ? Cela n'est l'objet d'aucun doute pour tous les médecins observateurs. Il serait d'une grande utilité d'étudier ces types individuels divers, de les classer avec méthode, d'examiner quelle est la part de l'hérédité et celle des influences extérieures dans leur production et dans le développement des lésions qu'ils peuvent faire naître chez les individus qui les présentent, on parviendrait peut-être à dissiper ainsi quelque peu les ténèbres qui enveloppent encore ce qui est relatif aux diathèses ou prédispositions morbides.

Quant au cas particulier que nous venons de décrire, nous y trouvons, en l'étudiant au point de vue des explications données de l'exophthalmie et des palpitations, les conditions anatomiques suivantes, que nous allons donner avec les conséquences pathogéniques qui s'en déduisent.

D'abord la tumeur est bien de nature hypertrophique ; elle donne au doigt la sensation d'élasticité spéciale du corps thyroïde normal ; elle n'a rien de la mollesse qui appartient à certains goitres ; elle ne se révèle à l'extérieur que par une saillie peu prononcée. Son apparition a précédé et non suivi celle de la névrose cardiaque. Il est impossible qu'elle produise l'exophthalmie par compression du grand sympathique, puisqu'elle est très loin de ce nerf et qu'elle ne peut nullement le comprimer.

Considérant d'ailleurs que, dans les expériences de M. Claude Bernard, invoquées à l'appui de cette explication, la section du nerf grand sympathique n'a produit qu'une exophthalmie passagère accompagnée et suivie d'une élévation persistante de la température, et qui ne ressemble à rien à ce qui a lieu dans ce qu'on a décrit sous le nom de goitre exophthalmique ;

Considérant que, même dans ces expériences, la saillie des yeux est due à la plénitude extrême des vaisseaux sanguins ;

Considérant que l'exophthalmie se produit toutes les fois que cette plénitude des vaisseaux, quelle qu'en soit la cause, est portée à un certain degré (on l'observe, par exemple, chez les animaux qu'on fait périr par strangulation ou en versant, comme l'a fait M. Piorry, quelques cuillerées d'eau dans un tube fixé à leur trachée) ;

Considérant, en outre, que la tumeur thyroïdienne de notre malade est placée de manière à comprimer légèrement tous les vaisseaux du cou, nous admettons jusqu'à plus ample informé que cette compression des vaisseaux par cette tumeur est, dans le cas offert à notre examen, la cause de l'exophthalmie. Nous remarquons aussi que cette tumeur répond précisément au point du nerf pneumogastrique d'où se détache ordinairement le rameau cardiaque, et qu'il est impossible qu'elle ne touche pas cette portion de ce nerf. Il est évident pour tout physiologiste que la gêne causée par une pression même peu intense, mais continue, exercée par la tumeur sur le pneumogastrique en ce point, expliquerait très bien les palpitations et même peut-être les troubles gastriques dont nous avons parlé (1).

En donnant des phénomènes observés par nous chez mademoiselle R... les explications qui précèdent, nous ne nous dissimulons pas la valeur de l'objection qui s'est déjà présentée

(1) Mademoiselle R... n'est pas *chloro-anémique*, elle n'est pas même *hypémique*. On ne saurait donc trouver dans le défaut de sang ou de globules sanguins la cause de ces phénomènes.

Digitized by Google

à l'esprit de tous les observateurs, et qui n'est pas la seule qu'on puisse se poser : pourquoi tous les goitres ne donnent-ils pas lieu aux mêmes phénomènes?

Quelques faits, trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer une induction suffisamment valide, nous portent à penser que la raison de cette diversité d'effets est tout anatomique, et qu'elle réside presque absolument dans les différences de consistance, de forme, et surtout de situation, des diverses tumeurs thyroïdiennes.

A côté de ce fait, nous en placerons deux autres que nous avons observés, mais dont nous ne pouvons donner que les principaux linéaments, n'ayant pas aujourd'hui les malades sous les yeux.

Premier fait. — Une blanchisseuse de Saint-Denis, âgée de cinquante ou cinquante-cinq ans, avait une exophthalmie très marquée, un goître assez volumineux, des palpitations violentes, fatigantes, datant de très loin. L'ensemble de ses traits rappelait vivement l'aspect des batraciens. Elle éprouvait des troubles fréquents de la respiration et du sommeil, des pharyngites et des bronchites fréquentes faisaient reparaître chez elle à chaque fois qu'elles survenaient des accès de suffocation.

Second fait. — Une femme de vingt-cinq ou trente ans occupait, il y a quelques mois, à l'hôpital de la Charité, l'un des lits de la salle Sainte-Anne (service de M. Piorry). Goître de la grosseur des deux poings réunis ; exophthalmie très prononcée ; expression étrange des yeux ; physionomie batracienne ; palpitations ; troubles de la vision ; troubles de la phonation, que M. Piorry explique par la compression des nerfs laryngés inférieurs ou récurrents ; un peu de vague dans l'esprit ; pâleur des téguments ; aspect lymphatique ; grosses lèvres et large bouche ; voilà tout ce que notre mémoire nous retrace en ce moment. Cette malade fut notablement soulagée, et son goître diminua rapidement sous l'influence de l'usage interne de l'iodure de potassium, des aspirations répétées de vapeur iodique (1).

Il ne sera peut-être pas inutile, à propos des mesures données dans l'observation précédente, de faire quelques remarques sur la percussion de la région précordiale et sur l'anatomie de cette région.

I.

De tous les points de la figure plessimétrique, véritable projection du cœur, les plus difficiles à déterminer sont ceux qui répondent au sternum, surtout chez les vieillards, de même, et pour les mêmes raisons, qu'il est impossible de déterminer par la percussion le niveau du liquide contenu dans un tonneau ou dans un vase. Hâtons-nous de dire que la présence du sternum est loin d'être un obstacle absolu, et que d'ailleurs la limite droite de l'oreillette droite se trouve presque toujours en dehors de celle de cet os.

II.

Toutes les autres limites du cœur peuvent presque toujours être assez facilement tracées. Cependant des difficultés assez grandes se présentent, comme la plupart des cliniciens ont pu le remarquer :

1° Quand il existe un embonpoint excessif chez la personne examinée ;

2° Chez la femme, quand le volume du sein est énorme ;

3° Quand des tumeurs diverses occupent, soit la glande mammaire, soit les tissus qui environnent, soit la peau de la région précordiale ;

4° Quand les portions du poumon qui recouvrent le cœur contiennent des tubercules.

Il est à peine besoin de parler à ce point de vue de certaines hydropleuries et de l'hydropéricardie (1).

III.

Les difficultés de la recherche des vraies limites du cœur dépendent pour la plupart des procédés de plessimétrisme. Le doigt ne donne de résultats à peu près suffisants qu'aux plus habiles. Il est impossible, en s'en servant, d'apprécier l'étendue relative des ventricules et l'épaisseur de leurs parois, les limites de l'oreillette droite, etc.

Les renseignements fournis par l'emploi des plaques larges sont très exacts, pourvu qu'on ait soin, ainsi que le recommande M. Piorry, de frapper tout à fait sur leur bord extrême, en un mot de les manœuvrer selon les bonnes règles formulées par l'inventeur de la percussion médiate.

Le plessimètre qui, selon M. Piorry, convient le mieux pour la délimitation du cœur, est celui dont la forme est rectangulaire, et qui n'a que 12 millimètres de large sur 5 centimètres de long. Avec cet instrument, on obtient chaque point cherché sans tâtonnement et sans avoir besoin d'une grande habileté. On vérifiera facilement ceci par la recherche de la mesure de *l'épaisseur des parois du ventricule droit*, mesure presque impossible à obtenir autrement. On trouvera, en allant du foie vers le cœur : 1° la matité hépatique ; 2° celle de la paroi ventriculaire, moins forte que la première, accompagnée de moins de *dureté*, et mêlée d'un retentissement aérique, à cause du voisinage du poumon ; enfin, celle du sang contenu dans le ventricule, différente des deux autres ; on la trouvera même plus forte que celle du foie, malgré le retentissement pulmonaire qui s'y mêle, pourvu que le choc soit donné fortement et en faisant rebondir le doigt sur le plessimètre.

IV.

L'aorte et le tronc brachio-céphalique et les vaisseaux qui sont en rapport avec leur trajet donnent au doigt qui percute sur le plessimètre étroit, en même temps que l'oreille perçoit fort bien une diminution de la sonorité pulmonaire, une sensation de dureté profonde, de défaut d'élasticité, qui suffit pour qu'on reconnaisse leur présence, pour qu'on puisse même mesurer assez exactement leurs dimensions, malgré la distance assez grande qui les sépare des parois thoraciques. Ce fait, qui se produit aussi, quoiqu'un peu moins nettement, lorsqu'on se sert de plaques larges, s'explique très bien par la matité extrêmement marquée fournie par les liquides, surtout par les liquides qui contiennent des gaz en dissolution, et par la propriété que possèdent tous les *tissus* de jouer le rôle de plessimètres plus ou moins défectueux, mais presque toujours suffisants, par rapport aux tissus formant les couches sous-jacentes. M. Piorry a démontré cela depuis longtemps, et chacun peut faire, pour s'en convaincre, une série de petites expérimentations dont les éléments sont faciles à trouver.

V.

Rien n'est variable comme l'espace où l'on trouve la matité appelée *absolue* de la région précordiale. Elle ne saurait servir de mesure exacte du volume total du cœur :

1° Parce que l'étendue de la surface du cœur que les poumons ne recouvrent pas en avant, n'a rien de fixe ;

Chez quelques sujets, le parenchyme pulmonaire recouvre presque entièrement le cœur ;

Chez d'autres, elle est considérable, alors que le cœur est très petit :

(1) Nous avons donné des soins il y a deux ans à une jeune fille qui avait un goître assez peu volumineux ; cette petite difformité la contrariait vivement, bien qu'elle ne donnât lieu ni à de l'exophthalmie, ni à des palpitations, ni à aucun autre symptôme. La médication iodique, continuée pendant plusieurs mois, ne produisit aucune modification dans le volume de la tumeur, mais ne donna lieu à aucune espèce d'accident. Cette jeune fille n'était point chloro-anémique.

(1) Dans un cas, je me trouvai dans l'impossibilité absolue de limiter le cœur à gauche et en haut chez un malade ; tout le poumon était en cet endroit rempli de tubercules. La nécropsie confirma pleinement ce diagnostic. La matité augmentait à mesure qu'on s'éloignait du centre du cœur ; elle devenait presque hydrique aux environs du mamelon gauche, plus haut elle était remplacée par des bruits en rapport avec la présence de vastes cavités dont l'existence fut aussi constatée après la mort.

Ceci n'est pas *seulement* fondé sur l'examen des malades, mais encore sur un grand nombre d'expériences faites sur le cadavre à la Charité, et suivies de nécropsies (1);

2° Parce que l'étendue de la matité en question varie avec la position que l'on donne au malade;

3° Parce qu'elle n'a aucune forme constante qui puisse la faire reconnaître, le poumon ne faisant là que remplir les vides laissés par le cœur; ses bords se découpent de la manière la plus irrégulière;

4° Parce que le tissu adipeux, qui se trouve en abondance à la surface de certains cœurs hypertrophiés, dissimule la matité cardiaque superficielle aussi bien que les portions de poumon qui séparent le cœur des parois thoraciques;

5° Parce que, ne percutant pas avec d'excellents procédés, il est impossible de savoir si cette matité (qui n'a rien d'absolu, puisqu'elle est incomparablement moins forte que celle de l'hydropéricardie), il est impossible, dis-je, de savoir si cette matité représente le tissu musculaire, ou le sang, ou la portion non recouverte par les poumons, ou les points les plus rapprochés des parois du thorax, ou autre chose.

Ajoutons qu'à l'époque de l'hypertrophie du cœur, où ce signe sans précision (augmentation de l'étendue de la matité *superficielle*) peut donner des indices de l'étendue de l'existence de cette même hypertrophie, il existe une foule d'autres signes qui le rendent à peu près superflu. Par exemple, l'inspection fait constater que la pointe bat sur la verticale abaissée du mamelon, ou tout près d'elle, ou en dehors de cette ligne, comme l'a si bien établi M. Ernest Auburtin.

VI.

A ce propos nous répondrons à ceux qui considèrent comme impossible la limitation exacte du cœur, à cause de ses mouvements :

1° Que, dans plusieurs vivisections faites par nous à la Charité, il y a deux ans, nous avons toujours vu que les changements de volume qui accompagnent ces deux états sont bien moins marqués qu'on ne le croit généralement (2) dans la systole : en effet, le cœur se tord sur lui-même de gauche à droite, et c'est pendant ce mouvement que sa pointe se relève un peu et vient frôler plutôt que frapper la paroi thoracique (3);

2° Que le choc visible de la pointe a toujours lieu en dedans de la limite fournie par la percussion, et non sur cette limite, d'où l'on doit conclure que la figure plessimétrique représente le cœur;

Dans la diastole ventriculaire, dont la durée est d'ailleurs au moins trois fois plus grande que celle de la systole (4).

En résumé, par la percussion bien faite et le dessin plessimétrique exact (1), on peut toujours distinguer nettement une hypertrophie d'une simple dilatation, et ces deux états morbides de certaines névropathies qui simulent souvent l'un ou l'autre.

(1) En examinant neuf dessins faits d'après nature, et représentant l'étendue de la face antérieure du cœur en rapport immédiat avec la paroi thoracique, nous trouvons cet espace de forme irrégulièrement triangulaire ou trapézoïde beaucoup plus grand chez un sujet dont le cœur n'avait que 11 centimètres de longueur sur 10 de largeur, que chez un autre dont cet organe *hypertrophié et présentant des végétations aux orifices aortique et auriculo-ventriculaire*, avait 14 centimètres sur 11. Un autre cœur à peu près sain (plaques laiteuses du péricarde, légère hypertrophie sans lésions notables des valvules, 12 centimètres sur 9 et demi; sujet mort de phthisie) nous offre un espace trapézoïde presque double de celui du précédent. Cet espace pour un cœur de 11 centimètres 5 millimètres sur 8 centimètres 5 millimètres, est trois fois moins grand que ceux que présentent deux autres cœurs d'une dimension à peu près égale à celle de ce dernier. Enfin nous voyons qu'un cœur de 15 centimètres sur 12 millimètres ne donnait qu'une matité allongée de 6 centimètres dans le sens vertical sur 3 centimètres environ de dimension transversale.

(2) L'effet de la systole se fait sentir surtout sur les dimensions transversales du cœur.

(3) Nous ne dirions rien de ces expériences, si elles n'étaient d'accord avec celles d'un grand nombre d'habiles observateurs, notamment avec celles qui ont été faites récemment par MM. Chauveau et Faivre, avec le sphygmographe de M. Marey.

(4) Ce fait de percussion qui n'avait pas encore été signalé, est en parfaite concordance avec la théorie de Romanet, défendue avec tant de raison et d'autorité par M. Bouillaud, et si bien appuyée sur l'observation clinique et sur la physiologie expérimentale, qu'elle ne compte aujourd'hui presque plus d'adversaires. Il constitue même une preuve de plus en faveur de l'exactitude de cette théorie.

(1) Quand l'auscultation vient confirmer les renseignements fournis par le plessimétrisme, et par l'étude de l'ensemble de l'organisation du malade, on peut dire que le diagnostic s'élève à un degré de probabilité qu'on peut prendre pour la certitude absolue.

Pathologie mentale.

Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques, par M. le docteur Michea.

Suite et fin. — Voir le numéro 34.

Réflexions. — On ne peut douter, dans cette observation, du diagnostic de la maladie. L'embarras de la parole, l'hésitation dans la marche, les faux pas, les chutes, la paralysie des organes génitaux, le strabisme, l'inégalité des pupilles, la gloutonnerie, la diminution des facultés intellectuelles, celle de la mémoire surtout, en voilà plus qu'il n'en faut pour caractériser l'existence de la démence paralytique parfaitement confirmée. Mais, au lieu du délire ambitieux, si ordinaire dans ce genre de folie, c'est le délire hypochondriaque qu'on y observe : la nosomanie est, en effet, le premier symptôme qui attire l'attention, elle est bien antérieure à tous les troubles de la motilité. Mais ce qu'il importe surtout de faire remarquer, c'est que, dès le commencement, le délire hypochondriaque coïncida avec une exaltation assez marquée de la sensibilité de la peau à la douleur et avec un degré non moins évident d'hyperacusie. L'hyperesthésie cutanée et celle du nerf acoustique, qui ne cessèrent jamais de marcher parallèlement avec le délire hypochondriaque, avaient-elles une part dans la genèse de celui-ci? Nous serions assez disposé à le croire. Si l'exaltation de la sensibilité viscérale, si l'hyperesthésie de l'estomac principalement, est souvent la cause de la nosomanie, pourquoi n'en serait-il pas de même de l'hyperesthésie cutanée et de l'exaltation de la sensibilité du nerf acoustique? Quelle que soit la région du système nerveux où une impression s'opère de façon à être perçue, que cette région dépende du système ganglionnaire ou qu'elle appartienne au système cérébro-spinal, la sensibilité est toujours la même au fond, quoique infiniment variable dans ses modes, et plus cette fonction s'exalte, plus le *moi* tend à grandir et à se fortifier en quelque sorte dans la conscience.

Toutefois, dans le délire hypochondriaque simple comme dans celui des déments paralytiques, si l'exaltation de la sensibilité interne ou externe, générale ou spéciale, fait aisément comprendre les craintes non motivées des maladies ou d'un trépas imminent, elle n'explique plus aussi bien l'illusion des sujets qui se croient morts ou métamorphosés en êtres insensibles, qui semblent en un mot avoir perdu la conscience de leur identité personnelle; illusion si tranchée et si tenace chez quelques-uns, que, dans leurs discours, ils ne prononcent jamais le mot *je* ou *moi*, et qu'ils parlent toujours d'eux-mêmes à la troisième personne, comme Fodéré (2) et M. Buchez (3) en ont cité des exemples.

A quelle partie du système nerveux faut-il rapporter l'origine de ce dernier trouble mental? Doit-on en chercher exclusivement la source dans les lobes cérébraux, ou la placer au contraire dans le système nerveux périphérique? La conviction de ne plus être identique avec soi-même est une illusion de l'esprit dont le point de départ parut longtemps émaner de l'encéphale. Cette origine semblait d'autant plus légitime aux yeux de quelques auteurs, que, en phrénologie, depuis Spurzheim, on admettait dans les hémisphères cérébraux un organe particulier, l'organe de l'*individualité*,

(2) Voy. son *Traité du délire*, p. 132.

(3) *Journal des progrès*, t. X, p. 88.

Digitized by Google

auquel l'idée du *moi* était attribuée. M. Foville fut le premier aliéniste qui rattacha la perte de la notion d'identité personnelle à sa véritable cause, l'anesthésie. En 1856, nous citâmes nous-même des faits à l'appui de cette opinion (1) soutenue depuis par M. le docteur Legrand du Saulle (2).

Un an environ après la publication du travail dans lequel nous cherchions à expliquer par l'analgésie l'illusion des aliénés qui se croient morts ou transformés en machines, M. le professeur Dieulafoy (de Toulouse) nous adressait un hypochondriaque âgé de trente-huit ans, M. E.... (de Bagnères-de-Luchon), dont toute la maladie consistait dans l'idée fixe de devenir fou, et dans la croyance qu'il y avait quelque chose de changé dans ses organes, notamment dans la partie supérieure de son corps, qui lui semblait plus légère qu'autrefois, et qui même par moments lui paraissait ne plus avoir de pesanteur. Or, chez ce malade il y avait une insensibilité complète au chatouillement des ailes du nez et de la commissure des lèvres. De plus, ce sujet offrait une analgésie très prononcée à la peau du cou, de la face et de toutes les parties de la tête : il ne percevait pas la douleur qu'on produisait dans ces régions au moyen de la piqûre, et il la percevait assez bien, au contraire, lorsqu'on piquait toutes les autres parties du corps. Quant à la sensibilité du tact, elle n'avait subi aucune espèce de modification. Dans ce cas, le délire hypochondriaque devait-il rester simple, ou bien annonçait-il l'invasion de la démence paralytique, était-il un des prodromes de cette dernière affection? C'est ce qu'il nous a été impossible de savoir, attendu que le malade est resté un mois seulement soumis à notre observation, et que depuis lors nous n'avons plus entendu parler de lui. Quant au délire hypochondriaque, qui sert de prélude en quelque sorte à la manifestation de la démence paralytique, et au moyen duquel on peut annoncer, comme le dit avec raison M. Baillarger, plusieurs mois et quelquefois plusieurs années à l'avance l'invasion de cette funeste maladie, il peut s'accompagner aussi d'analgésie. Le fait suivant en est un exemple très remarquable.

Obs. II. — M. Alexandre C..., âgé de trente-huit ans, négociant dans une ville du midi de la France, est d'une bonne constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin. Il était d'un caractère habituellement doux et aimable, mais parfois vif et emporté. Il ne compte aucun aliéné parmi les membres de sa famille. Il se trouve dans une excellente situation financière ; il n'a jamais éprouvé de chagrins domestiques ; il n'a commis aucun genre d'excès, à l'exception toutefois des plaisirs de l'amour, auxquels naguère encore il se livrait sans modération ; il n'a jamais eu de congestion cérébrale, ni jamais fait de maladie grave.

Au commencement de l'année 1859, M. Alexandre C... éprouve des renvois, des flatuosités ; ses intestins sont très fréquemment distendus par des gaz. Il se plaint de pesanteur épigastrique ; son appétit devient irrégulier, capricieux, et il existe, en outre, assez souvent de la difficulté à uriner. En même temps le moral s'affecte : le malade attache une importance exagérée à tous les symptômes qu'il éprouve ; il cherche constamment à les interpréter ; il s'imagine que son affection est très grave, qu'elle doit le conduire au tombeau, et l'on a beaucoup de peine à le dissuader de cette idée fixe.

On l'amène à Paris au mois de mai de la même année pour le distraire et pour consulter. Un de ses beaux-frères et un de ses neveux, qui lui servent de compagnons, parviennent difficilement à le conduire au spectacle et même à le faire sortir de sa chambre, tant ses pensées sont tristes et pleines de découragement. M. le docteur Auguste Mercier, appelé pour pratiquer le cathétérisme, ne trouve aucun obstacle permanent au passage des urines. Dans une consultation où nous nous trouvâmes le lendemain avec cet honorable et savant confrère, il me fut impossible, après avoir interrogé longtemps et examiné attentivement le malade, de diagnostiquer autre chose qu'une gastralgie ou dyspepsie compliquée d'un état mélancolique. M. Alexandre C.., avait alors tout à fait recouvré le pouvoir d'uriner. Toutefois il y avait plus que de la tristesse et du découragement à propos de la santé. Cette préoccupation, véritable idée fixe, suggérait au malade des interprétations et des convictions fausses qui rentraient évidemment dans celles du délire hypochondriaque. C'est ainsi, par exemple, que M. Alexandre C..., s'imaginait avoir quelque chose de changé dans le timbre de la voix, bien que celle-ci, au dire des parents du malade, n'eût réellement subi aucune modification. Nous conseillâmes un voyage aux eaux minérales des bords du Rhin, les préparations de bismuth et l'usage d'un centigramme de sulfate de strychnine pendant un certain nombre de jours pour combattre les flatuosités, qui produisaient parfois de la tympanite.

Le malade revint dans son département à la fin du mois de juillet avec une amélioration considérable au physique comme au moral, amélioration qui dura jusqu'à la fin de l'année ; mais à cette époque, sans cause bien appréciable, le trouble mental reparut, et M. Alexandre C... fut conduit de nouveau à Paris.

Le 17 mai 1860, je suis encore appelé auprès du malade avec M. Auguste Mercier, et nous constatons un embarras notable dans la prononciation, une agitation extrême, une loquacité alternant avec du mutisme, des vociférations, de l'incohérence dans les idées et dans les actions, suivie parfois d'intervalles lucides. Interrogé dans un de ces intervalles, M. Alexandre C... nous offre un affaiblissement considérable de la mémoire ; il ne peut pas indiquer depuis combien de jours il est à Paris ; il ne se rappelle ni le nom de la rue, ni celui de l'hôtel dans lequel il est descendu. Cependant il n'hésite pas à me reconnaître comme m'ayant vu plusieurs fois l'année précédente.

Il n'a pas de délire ambitieux, à proprement parler, mais il paraît satisfait de tout ce qu'il possède ; il a sans cesse à la bouche le nom de trois chevaux dont il vante les qualités ; il vante aussi la beauté de ses maîtresses, auxquelles il se propose de faire des cadeaux ; il nous montre plusieurs fois ses cuisses et ses jambes en disant : Ceci n'appartient plus à Alexandre C..., ceci n'est plus à Alexandre C... Il porte aussi ses mains au pénis, il le tiraille dans tous les sens en nous répétant trois ou quatre fois que cet organe n'est plus la verge d'Alexandre C..., que c'est un enfant mort et en pourriture qu'il a entre les cuisses, et qu'il faut l'en débarrasser au plus vite. Quand il parle de lui, c'est à la troisième personne, jamais à la première.

Le 18, le malade est fort agité ; il n'a pas dormi la nuit précédente ; il s'est levé vers deux heures du matin avec l'intention d'aller faire des emplettes ; il persiste à croire qu'il n'est plus le véritable Alexandre C..., et à parler de lui à la troisième personne.

Le 20, une consultation a lieu, où se trouvent réunis MM. Ferrus, Trélat, Auguste Mercier et Recours, médecin à Villeneuve-d'Agen, parent et ami du malade, en présence desquels j'explore la sensibilité cutanée. Après avoir fait bander les yeux de M. Alexandre C..., j'enfonce brusquement, et à son insu, une aiguille dans la peau des bras, des avant-bras, des jambes, des cuisses et du cou, et le sujet ne paraît pas se douter de l'épreuve que je lui fais subir. Aucun cri, aucun mouvement, aucun signe qui témoigne le moindre degré de souffrance quand la peau du prépuce est traversée complètement, et à plusieurs reprises, par la même aiguille.

Le 21, le malade entre en maison de santé.

Le 1er juin, embarras plus prononcé dans la parole, station et marche chancelantes, tremblement des doigts, difficulté extrême à se boutonner. Oubli de plus en plus évident des faits de date récente. Continuation de l'absence de délire ambitieux, mais physionomie respirant la satisfaction. Appétit considérable, garderobes et urines volontaires. Excitation maniaque, au milieu de laquelle M. Alexandre C... parle de son plaisir à monter *Polka* (c'est le nom d'un de ses chevaux).

Prescription : 20 grammes d'huile de ricin et séton à la nuque.

Au milieu de l'opération sanglante, pratiquée à l'insu du malade, celui-ci reste tout à fait impassible.

Le 5, il n'offre également aucun signe de douleur pendant tout le temps qu'il est soumis à l'électro-puncture de la peau du front, du cou, du pénis, des bras, des avant-bras, des mains, des pieds, des jambes et des cuisses.

Pendant toutes ces épreuves, dont chacune dure dix à vingt secondes, et qui font contracter avec force les muscles sous-jacents, notamment les sterno-cléido-mastoïdiens, les fléchisseurs de l'index et de l'annulaire, pendant toutes ces épreuves il ne fait aucun mouvement pour se soustraire à l'opération, et sa figure n'offre aucune expression de souffrance. Il paraît tellement indifférent à la douleur, qu'il parle de ses chevaux et

(1) Voy. notre travail intitulé : *De l'analgésie chez les aliénés*. (*Gazette hebdomadaire de médecine*, février 1856.)

(2) Cet honorable et savant confrère rapporta, peu de temps après la publication de notre mémoire, un cas observé par lui à l'asile des aliénés de Dijon, où la conviction d'être mort coïncidait aussi avec une analgésie très prononcée. Il s'agissait d'un vieillard qui, sous l'empire de cette conception délirante, suppliait à mains jointes qu'on le fît enterrer. Or, ce malade, que M. le docteur Dugast, alors chef de service, avait voulu éprouver en le faisant mettre verticalement dans un trou d'un mètre et demi de profondeur et en le faisant entourer de terre jusqu'aux clavicules, ce malade n'accusait aucune douleur d'une plaie contuse d'une certaine gravité que lui avait faite à la région tarso-métatarsienne un violent coup de bêche reçu accidentellement. Trois mois après, plusieurs vésicatoires appliqués en vue de combattre un vaste épanchement pleurétique ne lui causèrent aucune sensation d'incommodité ou de douleur ; et enfin, dans une autre circonstance, il supporta également, presque sans s'en apercevoir, cinq ventouses scarifiées. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1856.)

Digitized by Google

de ses maîtresses pendant toute la durée de l'opération. Celle-ci semble même l'amuser, car elle le fait sourire. Le sujet affirme au surplus que toutes ces épreuves ne lui causent aucune douleur. Il est toujours dominé par la conviction qu'il n'est plus le véritable Alexandre C..., et il ne cesse pas de parler de lui à la troisième personne. Quand on lui touche les bras ou les jambes, par exemple, en lui demandant à qui ces organes appartiennent, il répond que ceux d'Alexandre C... étaient beaucoup plus vigoureux. Quand on lui demande pourquoi il porte sans cesse les mains à son pénis, pourquoi il le tiraille, pourquoi il semble chercher à s'en débarrasser, il répond toujours : « Ceci n'est plus la verge d'Alexandre C..., on la lui a changée, on a mis à sa place un enfant mort, qu'il faut extirper, parce qu'il va tomber en putréfaction. »

Le 1er juillet, le malade continue à présenter une analgésie cutanée presque générale. Celle de la peau du pénis est surtout portée au plus haut point. On a beau traverser le prépuce de part en part avec une aiguille ou laisser tomber sur lui des gouttes de cire d'Espagne enflammées, la physionomie reste impassible. La conviction d'avoir subi une sorte de métamorphose ne varie pas, et le sujet persiste, en parlant de lui, à ne jamais prononcer le mot *je* ou *moi*, mais celui de *il*.

Pendant plus d'une année cet état ne varie pas d'une manière bien notable ; mais au commencement de 1862, bien que la marche et la station soient encore possibles, les troubles de la motilité se prononcent davantage. La prononciation est parfois tellement embarrassée, qu'on comprend à peine les paroles du malade, dont les déjections ne sont plus toujours volontaires. Les facultés intellectuelles sont diminuées au point que le sujet reste à peu près étranger à ce qui se passe autour de lui. Il n'a plus d'agitation et il mange toujours avec beaucoup d'avidité. Cependant, malgré le progrès de la démence, dans certains moments, le malade répond volontiers à certaines questions. Il a recouvré la conscience de son identité personnelle ; il ne dit plus comme autrefois, en parlant de lui : « Ceci n'est pas Alexandre C..., Alexandre C... n'est pas ici » ; mais « Je suis Alexandre C... » L'anesthésie cutanée n'existe presque plus. Le sujet ne rit plus et ne reste plus aussi impassible quand je soumets la peau du pénis, des membres, du tronc et de la tête, soit à l'épreuve de la piqûre simple, soit à celle de l'électro-puncture. Il sent si bien la douleur causée par ces épreuves, qu'il cherche chaque fois à s'y soustraire. Il avoue du reste lui-même que ces opérations le font souffrir.

Réflexions. — Dans ce second cas de délire hypochondriaque avec démence paralytique, la maladie débute par de la dyspepsie. Il n'existe d'abord que des flatuosités, de la pesanteur épigastrique, de l'irrégularité dans l'appétit, le tout accompagné de tristesse. Puis survient la conviction d'avoir le timbre de la voix changé, lorsque, au bout d'environ huit mois, quand la gastralgie et le délire hypochondriaque semblaient avoir à peu près disparu, se manifestent de l'embarras dans la prononciation, de l'agitation, de la loquacité, de l'affaiblissement dans la mémoire des faits de date récente, de l'incohérence dans les idées et dans les actions ; en un mot, les symptômes caractéristiques du premier degré de la paralysie générale. Le délire hypochondriaque, qui, pendant la période prodromique, se bornait à la seule conviction d'un changement survenu dans les fonctions du larynx, se modifie plus tard. Le malade s'imagine alors ne plus être identique avec lui-même : il croit que ses cuisses et ses jambes ne lui appartiennent plus, que son pénis est changé, et qu'à sa place on a mis un enfant mort qui va tomber en pourriture. Cette forme de délire hypochondriaque coïncide du reste ici, sinon avec du délire ambitieux proprement dit, du moins avec le contentement de soi-même et les sentiments de vanité et d'ostentation, si fréquents dans la démence paralytique. D'une autre part, il n'est guère possible de rencontrer une analgésie plus étendue et surtout portée à un plus haut degré, puisque, non-seulement le sujet ne témoignait aucun signe de douleur pendant les épreuves de la piqûre simple, de l'électro-puncture, de la brûlure à la peau du cou ou à celle des extrémités supérieures et inférieures, pendant qu'on lui traversait le prépuce de part en part avec des aiguilles, pendant qu'on lui pratiquait l'opération du séton à la nuque ; mais que la plupart du temps beaucoup de ces épreuves le faisaient rire et semblaient l'amuser. Or, comment ne pas être frappé du rapport si évident de cause à effet qui existait entre ce haut degré d'analgésie et la perte de la conscience de l'identité personnelle ? Comment ne pas voir un lien logique entre ces deux symptômes qui marchent toujours parallèlement en quelque sorte et qui disparaissent ensemble, puisque la conscience de l'identité personnelle revient avec le retour de la sensibilité cutanée ?

Le fait pathologique dont il s'agit démontre donc de nouveau, et d'une façon on ne peut plus péremptoire, que chez les aliénés l'analgésie peut exercer une influence directe sur la production de certaines variétés de délire hypochondriaque ; qu'elle peut engendrer celles dans lesquelles les sujets se prétendent *métamorphosés* ou *morts*. De là, en physiologie, la conséquence que la notion d'identité personnelle ou du *moi* n'est pas essentielle ou d'origine toute psychique, qu'elle ne dérive pas du cerveau, comme le croient plusieurs psychologues (1), mais qu'elle a son point de départ dans le système nerveux périphérique, sa source dans les nerfs qui président à la sensibilité. Ce qui autorise encore les physiologistes à s'inscrire en faux contre les assertions de Destutt de Tracy et de Maine de Biran, ce qui prouve que l'origine du *moi* est tout à fait étrangère à l'effort musculaire, indépendante des organes locomoteurs, en tant du moins qu'ils obéissent aux ordres de la volonté, c'est que, dans la paralysie complète de la sensibilité des muscles, autrement dit du sentiment d'activité musculaire, les sujets, quand on leur bande les yeux, peuvent opérer des mouvements volontaires sans avoir conscience de la contraction des muscles, remuer par exemple un bras, une jambe ensemble ou séparément sans s'apercevoir que ces organes ont obéi au commandement de la volonté, comme M. Duchenne (de Boulogne) et M. Landry en ont fait l'expérience, et comme nous l'avons constaté nous-même dans plusieurs cas.

Résumé.

1° Le délire hypochondriaque qui précède ou qui accompagne la démence paralytique, coïncide tantôt avec de l'hyperesthésie et tantôt avec de l'anesthésie ou plutôt de l'analgésie.

2° L'exaltation de la sensibilité générale ou *spéciale* n'est vraisemblablement pas étrangère à la genèse du délire hypochondriaque.

3° La perte de la conscience de l'identité personnelle est, chez les aliénés paralytiques, comme chez les simples nosomanes, la conséquence d'un haut degré d'analgésie.

4° La source de l'idée du *moi* n'est ni dans l'organe cérébral de l'*individualité*, comme le disent les phrénologues, ni dans l'effort musculaire, comme le prétendent les psychologues, mais dans le système nerveux périphérique, dans les *nerfs* de la sensibilité générale ou spéciale.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique*, par M. *Claude Bernard* (suite). — *Nerfs vasculaires et calorifiques du membre supérieur.* — Le plexus brachial, chez le chien, est composé par les trois dernières paires rachidiennes cervicales et par les deux premières dorsales. Au-dessous de ce plexus se trouve, en arrière le ganglion premier thoracique, plus en avant et accolé au nerf vague, le ganglion cervical inférieur. C'est particulièrement de ces deux ganglions qu'émanent les deux nerfs vasculaires et calorifiques du membre supérieur ; ceux-ci viennent ensuite

(1) Selon Destutt de Tracy et Maine de Biran, la notion d'identité personnelle serait postérieure au fait du mouvement volontaire et s'expliquerait par lui. Sans l'effort musculaire, on ne soupçonnerait pas son existence individuelle, on ne saurait point se distinguer des êtres qui vous entourent. C'est en commençant à opérer un mouvement, en suspendant celui-ci et en le reprenant, que l'homme aurait conscience de sa personnalité.

Digitized by Google

s'unir aux nerfs rachidiens lorsque le plexus brachial est constitué et à peu près au niveau de son passage sur la première côte.

Pour prouver que, dans le membre antérieur, les effets calorifiques et vasculaires sont distincts des phénomènes sensitifs et moteurs, M. Claude Bernard a employé le même moyen de démonstration que pour le membre postérieur.

L'auteur, après avoir rapporté ses expériences, ajoute les réflexions suivantes :

Par tout ce qui précède, on voit donc que pour les membres antérieurs les expériences et leurs résultats sont, pour ainsi dire, calqués sur ce que j'ai dit, dans ma dernière communication, pour les membres postérieurs. Cette analogie de phénomènes, qu'on pouvait bien prévoir, me permettra, sans m'étendre davantage, de conclure immédiatement que dans le membre antérieur, comme dans le membre postérieur, on peut avoir des paralysies motrices et sensitives, tantôt privées, tantôt accompagnées des phénomènes vasculaires et calorifiques, suivant que dans l'opération le sympathique aura été respecté ou non. On voit, en outre, que la lésion isolée des ganglions du grand sympathique, premier thoracique et cervical inférieur, amène la manifestation des phénomènes calorifiques et vasculaires coexistant avec l'intégrité parfaite des racines rachidiennes.

Nous savons déjà qu'il suffit de dénuder, de toucher, de contondre ou de couper les ganglions ou les filets du sympathique, pour voir aussitôt dans les parties où se distribue leur influence les vaisseaux se dilater, la circulation devenir plus active, et une plus grande calorification en être la conséquence. Mais il faut savoir aussi qu'on peut faire changer tous ces phénomènes de face en galvanisant le ganglion ou le bout périphérique du filet nerveux sympathique divisé. Sous l'influence de l'excitation galvanique, les vaisseaux dilatés se resserrent à vue d'œil, la circulation se ralentit ou s'arrête, et les parties qui étaient échauffées se refroidissent. Or donc, pour agir sur les vaisseaux du membre supérieur, j'ai isolé le premier ganglion thoracique de toutes ses connexions avec les nerfs voisins; j'ai coupé les filets supérieurs, inférieurs et externes, en ne laissant plus communiquer avec lui que les filets internes qui vont en partie dans le plexus brachial, en partie s'unir au nerf vague et au ganglion cervical inférieur pour remonter ensuite dans la tête. Après cet isolement du ganglion premier thoracique, les phénomènes vasculaires et calorifiques étaient toujours très développés dans le membre antérieur et dans la tête du côté correspondant. J'ai alors découvert les muscles de l'épaule et ceux de la partie supérieure du membre en disséquant la peau, et j'ai vu les petites artères dilatées battre avec force, et les veines musculaires rapporter un sang qui coulait en grande abondance et avec une couleur plus rouge qu'à l'état normal. A ce moment j'ai galvanisé le ganglion premier thoracique et les filets qui en partent à l'aide d'un courant d'induction assez fort, en prenant toutes les précautions pour que le ganglion fût bien isolé, et que l'électricité ne se transmît pas aux nerfs voisins. Peu à peu la circulation s'est modifiée, et s'est en quelque sorte renversée sous mes yeux : les artères se sont contractées et rétrécies, les veines ont diminué considérablement de volume; le sang, devenu beaucoup plus noir, ne coulait qu'en très petite quantité, et dans quelques veines musculaires son cours était même complétement arrêté. En faisant cesser l'action du galvanisme, on voyait les phénomènes circulatoires réapparaître graduellement avec leur intensité et leur caractère primitif. La quantité de sang qui sortait par les veines musculaires devenait de plus en plus grande, et le sang, d'abord très noir, reprenait successivement une couleur rutilante. On pouvait répéter plusieurs fois l'application du galvanisme, toujours avec le même succès, et étudier en quelque sorte à loisir les modifications circulatoires dans les muscles, en ayant soin de choisir les vaisseaux les plus convenables pour les observer.

Le point important de cette expérience sur lequel je veux appeler l'attention, c'est que pendant la galvanisation du ganglion sympathique le resserrement des vaisseaux et l'amoindrissement ou l'arrêt de la circulation se constataient dans les muscles sans qu'aucune contraction musculaire se montrât d'une manière évidente dans le membre. D'où il résulte bien clairement que les muscles possèdent deux ordres de nerfs moteurs : les uns, nerfs rachidiens directs, qui vont à la fibre musculaire et font contracter le muscle; les autres, nerfs du grand sympathique, qui font contracter les vaisseaux des muscles, et peuvent ainsi modifier la circulation de cet organe sans provoquer en lui aucune espèce de phénomène de contraction. Toutefois, cette distinction importante entre les nerfs vaso-moteurs et les nerfs musculaires proprement dits, que l'on peut démontrer directement, comme je viens de le dire, sur les nerfs des muscles des membres, aurait déjà pu se déduire de mes anciennes expériences sur les nerfs vaso-moteurs de la tête.

En résumé, mes expériences sur le grand sympathique des membres postérieur et antérieur, aussi bien que sur celui de la tête, démontrent que partout les nerfs vasculaires et calorifiques sont topographiquement et physiologiquement indépendants des nerfs musculaires proprement dits. D'où résulte cette proposition générale, que l'appareil circulatoire vasculaire possède un système vaso-moteur spécial, et que le mouvement du sang peut être accéléré ou retardé dans les vaisseaux, soit localement, soit généralement, sans que le système nerveux moteur des mouvements musculaires du corps y participe en rien. Les congestions locales et fonctionnelles qui surviennent périodiquement dans certains organes sont des exemples de cette indépendance des mouvements circulatoires à l'état physiologique. La fièvre nous en fournit d'une manière frappante un autre exemple à l'état pathologique.

Je ne saurais terminer cette communication sans ajouter quelques réflexions relatives aux rapports que mes expériences actuelles peuvent avoir avec des idées générales qui s'agitent parmi les physiologistes à propos du grand sympathique. Il faut savoir, en effet, que les anatomistes ont longtemps discuté et discutent encore sur la nature du grand sympathique et sur la question de savoir si les nerfs dits sympathiques forment un système séparé de l'appareil nerveux cérébro-spinal, ou bien s'ils n'en sont qu'une dépendance, et il est des physiologistes qui paraissent croire que toute la physiologie du grand sympathique réside dans la solution de ce point de théorie. On me demandera donc nécessairement ce que je déduis de mes recherches sous ce rapport; on me demandera si j'en conclus que les nerfs vasculaires naissent de la moelle ou s'ils en sont indépendants. Je répondrai que je ne crois pas que personne aujourd'hui soit à même de résoudre cette question d'une manière absolue.

Il faut laisser pour les études de l'avenir les questions indécises, et se borner à dire ce qui me paraît évident et incontestable. Quant à moi, il me semble démontré que les nerfs vasculaires et calorifiques sont des nerfs moteurs spéciaux. Avant de se mêler aux nerfs mixtes, ces nerfs émanent constamment des ganglions du sympathique, où l'on peut toujours les trouver concentrés comme dans une sorte de plexus. Ces nerfs se distribuent ensuite d'une manière spéciale et exclusive aux vaisseaux, et ne peuvent pas être remplacés par les nerfs musculaires ordinaires, puisque, ainsi que nous l'avons vu, les nerfs moteurs qui vont animer les fibres d'un muscle ne se distribuent pas à ses vaisseaux. En outre, les nerfs vasculaires et calorifiques, comme je le montrerai plus tard, ont des propriétés physiologiques et des réactions toutes spéciales aux différents agents chimiques. Que faut-il donc de plus pour en faire des nerfs spéciaux? Eût-on même prouvé que tous les nerfs vasculaires viennent de la moelle épinière, que je ne les considérerais pas moins comme formant un système de nerfs à part, parce que je mets toujours en physiologie les propriétés vitales au-dessus des considérations anatomiques.

Parmi les points obscurs qui restent encore en grand

Digitized by Google

nombre sur la physiologie du nerf grand sympathique, un des plus importants, suivant moi, à élucider pour le moment, est celui qui est relatif aux actions réflexes dont le système nerveux vaso-moteur est le siége. Y a-t-il des centres d'actions réflexes dans le grand sympathique qui soient en dehors du cerveau, de la moelle épinière? Telle est la question que je me propose d'examiner dans mes prochaines communications.

Chirurgie. — *Mémoire sur l'ablation des polypes naso-pharyngo-maxillaires à l'aide d'un nouveau procédé ostéoplastique*, par M. *Demarquay*.

Obs. — Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, épuisée de souffrance et d'insomnie, causées par un polype naso-pharyngo maxillaire. Le voile du palais était déprimé, mais la voûte palatine était saine; le prolongement pharyngien du produit morbide descendait très bas, gênait considérablement la respiration, et menaçait de suffoquer la malade; le doigt, introduit dans le pharynx, ne pouvait atteindre le pédicule du polype; la fosse nasale gauche et le sinus maxillaire étaient remplis par un prolongement de la production pathologique qu'il s'agissait d'enlever. Ce côté de la face était bien plus développé que le côté opposé; voici comment, dans ce cas, j'exécutai mon procédé ostéoplastique, qui cette fois encore m'a donné un si beau résultat. Comme ma malade était épuisée, je n'osai pas faire mon incision sur le dos du *nez*; je craignais que la réunion par première intention ne se fît pas; je fis donc partir ma première incision du grand angle de l'œil, et, suivant le sillon naso-génien, je la terminai à la partie inférieure de la narine. De la partie inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde, allant jusqu'au masséter; cela fait, je disséquai les deux lambeaux formés par mes incisions, à savoir un lambeau nasal et un lambeau génien, mettant le plus grand soin à ménager le périoste. Cela fait, avec une pince de Liston, j'enlevai l'apophyse montante du maxillaire, en laissant assez de cet os pour ne pas déformer le nez, et toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, en conservant le bord orbitaire. Cela fait, je saisis avec des pinces de Museux la masse morbide que je venais de découvrir, tandis qu'avec mon doigt, porté dans l'arrière-gorge, je refoulais la portion pharyngienne en haut et en avant; en peu d'instants j'amenai mon polype au dehors, sans grande douleur et sans hémorrhagie; je réunis les lèvres de la plaie par des fils métalliques, et aucun accident ne survint.

Pendant quinze à vingt jours, à chaque expiration, le lambeau naso-génien était soulevé, mais bientôt il prit de la consistance, et il est maintenant facile de constater que l'apophyse montante du maxillaire et la paroi antérieure de cet os sont reconstituées. Les dents et la voûte palatine sont à l'état normal; il reste à peine des traces de l'opération que cette malade a subie: il est impossible d'arriver à un résultat opératoire plus satisfaisant. L'opérée a repris sa santé première et son embonpoint; la joue gauche présente la même consistance et la même solidité que celle du côté droit. Dans cette communication, je n'ai eu qu'un but: faire connaître une application nouvelle des belles recherches de M. Flourens. Ailleurs je comparerai mon procédé opératoire à ceux qui sont généralement connus, et je ferai connaître des tentatives faites dans le même sens par MM. Huguier et Chassaignac, et je discuterai l'origine de ces productions pathologiques.

(*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

M. *Nos d'Argence* présente une brosse métallique de son invention, destinée à certaines formes du traitement électro-médical. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Despretz.)

Académie de médecine.

Séance du 26 aout 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département d'Ille-et-Vilaine. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur *Garrigou*, inspecteur des eaux minérales d'Ax. (*Comm.* : M. Trousseau.) — *b*. Un travail intitulé : Documents pour la commission des remèdes secrets, renfermant la liste des spécialistes (pharmaciens, herboristes, épiciers, parfumeurs, etc.) avec le nombre des spécialités qu'ils annoncent, par M. *Réveil*. (*Commission déjà nommée.*) — *c*. Un pli cacheté, déposé par M. le docteur *Blondet*. (Accepté.)

M. *le Secrétaire perpétuel* signale une lettre dans laquelle M. *Mattei*, à l'occasion du mémoire lu mardi dernier, par M. Laborie, rappelle que le fait de l'écartement des os du bassin, au moment où l'enfant traverse le détroit inférieur, a été déjà « nettement établi » par lui dans sa Clinique obstétricale.

— M. *le Secrétaire* communique une lettre de M. Laborie, qui déclare que l'opinion de M. Mattei a été citée dans le cours sinon dans les conclusions du mémoire dont il s'agit.

— M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre par laquelle M. *Bouchut* se justifie des reproches et des accusations qui ont été articulés contre lui par M. Vernois dans la dernière séance, et maintient qu'il n'a « apporté aucun changement à l'idée première du travail lu à l'Académie dans la séance du 2 mars. »

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission dont M. Vernois est rapporteur.

— M. *Vernois* fait observer que la note qu'il a lue, mardi dernier, devant l'Académie, a été soumise à ses collègues de la commission, qui ont donné leur entière approbation au contenu de cette note.

— M. *le Président* rappelle, à l'occasion de cet incident, que le rapport de M. Vernois n'a pas encore été discuté par l'Académie, qu'en conséquence, jusqu'à présent, ce rapport doit être considéré comme l'œuvre d'une commission et non celle de l'assemblée. L'Académie n'engage sa responsabilité dans un rapport que lorsque les conclusions de ce rapport ont été votées et adoptées par elle.

— M. *Jolly* offre en hommage, au nom de l'auteur, un mémoire sur les eaux de la Champagne, par M. *Dugué*, ingénieur en chef du département de la Marne.

M. Jolly donne en même temps lecture d'une longue analyse de ce travail, dans lequel M. Dugué cherche à démontrer que les eaux de la vallée de la Dhuis et de la Somme-Soude, destinées à l'approvisionnement de Paris, *sont chargées* de sels calcaires, insuffisamment oxygénées, et partant impropres aux usages domestiques. L'auteur du mémoire maintient que les endémies de goître reconnaissent pour cause prédominante la présence des sels calcaires dans les eaux potables, et conclut que le projet de dérivation de la ville de Paris est contraire aux enseignements et aux prescriptions de l'hygiène.

— *Plusieurs membres* protestent que les règlements s'opposent à ce qu'un rapport soit fait sur un ouvrage imprimé, et réclament l'ordre du jour.

— M. *Poggiale* dépose sur le bureau deux rapports sur les eaux potables du bassin du Rhône, dans lesquels les auteurs donnent l'analyse de plusieurs eaux de source et prouvent qu'elles sont irréprochables, tant sous le rapport de l'aération que sous celui de la proportion des principes salins.

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. *Trousseau* s'excuse de monter à la tribune pour la troisième fois, d'autant plus, dit-il, qu'après chaque discussion chaque orateur, loin d'être converti par ses contradicteurs, reste inébranlable dans sa conviction première, si bien que la question est souvent plus confuse à la fin qu'au commencement. Mais enfin ces débats sont utiles; car s'ils n'accordent pas les discoureurs, ils éclairent le public, ou tout au moins lui fournissent les éléments nécessaires pour se faire une opinion. Nos discussions ont donc cela de bon, qu'elles mettent une question médicale à l'ordre du jour, la remuent profondément et provoquent l'émulation des travailleurs. Sous ce rapport, il n'est pas superflu de parler encore du goître exophthalmique.

Au demeurant, cette question du goître exophthalmique ne m'appartient pas en propre; je suis loin d'en revendiquer la priorité et même le mérite de l'importation. M. Charcot en

Digitized by Google

avait parlé bien longtemps avant moi, bien longtemps avant la lecture du rapport qui a provoqué cette discussion.

Cependant M. Bouillaud est venu nous dire que, depuis plusieurs années, et avant M. Charcot, et peut-être avant Basedow et Graves, il avait vu des malades atteints de goître exophthalmique. C'est possible! on *voit* ainsi beaucoup de choses en médecine; mais on ne les *connaît* pas. Prost a vu les lésions de la dothiénentérie bien avant Bretonneau, mais il n'a pas connu la maladie à laquelle appartiennent ces lésions.

Et beaucoup d'entre nous aussi ont vu depuis longtemps des goîtres et des exophthalmies, mais aucun de nous n'avait systématisé cet ensemble de symptômes pour en faire une unité morbide, pour les rattacher au même processus pathologique. Cet honneur appartient donc tout entier à Graves, d'abord, puis à Basedow, à Withisen ensuite, et, plus tard, à MM. Charcot et Léon Gros, en France.

Cela étant bien établi, examinons quelques-unes des opinions émises dans les précédentes séances. Et d'abord je conteste la confusion qui a été faite par M. Beau entre la chlorose et les anémies diverses, sous le nom commun de cachexie. La chlorose est une affection à part, une maladie spéciale, sans aucune analogie avec les anémies symptomatiques du cancer, de la tuberculose et des autres lésions organiques, de la syphilis constitutionnelle, de l'intoxication palustre, de la saturation saturnine, etc.

Quant à la relation intime, à la relation de causalité que M. Beau a cherché à établir entre l'anémie et le goître exophthalmique, elle est démentie par ce que nous voyons tous les jours. Est-ce qu'une femme rendue exsangue par une hémorrhagie puerpérale, est-ce qu'un malade épuisé par une cachexie cancéreuse, présentent souvent des goîtres exophthalmiques? A-t-on remarqué fréquemment cette coïncidence, qui devrait être habituelle, d'après la théorie de M. Beau?

Je nie aussi que la cachexie, comme le prétend M. Beau, fasse en quelque sorte le fond de la maladie de Graves. J'ai observé plusieurs malades qui non-seulement n'étaient point anémiés ou cachectiques, mais qui présentaient au contraire les phénomènes les plus accentués de la pléthore, à tel point qu'il a fallu recourir, pour l'un d'eux, à des émissions sanguines.

Autre chose. Le bruit de souffle qu'on rencontre dans le goître exophthalmique ne ressemble en aucune manière à celui de la chlorose. Il est en tout identique avec celui des anévrysmes cirsoïdes, comme je l'ai déjà dit, et nullement avec celui qu'on entend dans les artères du cou chez les anémiques.

M. Beau a poussé plus loin le parallèle du goître exophthalmique et de l'anémie. Ainsi il a parlé des symptômes nerveux qu'on observe dans les deux cas; mais les troubles de l'innervation dans le goître exophthalmique ne ressemblent en aucune manière à ceux qui se manifestent dans la chlorose : ici, les accidents éclatent surtout du côté des nerfs du mouvement et de la sensibilité; là, la perturbation porte principalement sur les fonctions cérébrales, sur les phénomènes intellectuels.

M. Beau, forçant de plus en plus l'analogie, soutient que le cœur est hypertrophié chez les chlorotiques, et dans le goître exophthalmique; jusqu'à présent M. Beau est le seul de son avis sur ce point. Quand son assertion sera appuyée par d'autres observations, et sur des preuves plus concluantes, j'y croirai. En attendant, je considère l'hypertrophie du cœur comme exceptionnelle, comme très rare dans la chloro-anémie, aussi bien que dans la maladie de Graves, ainsi que le dirai tout à l'heure.

Et le pouls? Mais jamais non plus on ne trouve chez les chlorotiques cette accélération des battements que l'on note chez les goîtreux exophthalmiques et que j'appellerai volontiers *folie ou démence du pouls*.

M. Trousseau passe en revue les autres symptômes de la maladie de Graves, et notamment les troubles fonctionnels de l'appareil digestif, et il démontre que ces phénomènes n'offrent aucune analogie réelle avec les phénomènes qu'on remarque chez les chlorotiques du côté des mêmes organes.

Quant à la lésion matérielle du cœur, on ne peut pas nier qu'elle se trouve assez fréquemment dans le goître exophthalmique. J'ai observé, dit l'orateur, quelques malades atteints à la fois de goître exophthalmique et de maladie organique du cœur; d'autres praticiens, M. A. Cros, nommément dans sa dernière séance, en ont également signalé des exemples; mais ce n'est point là la règle : le plus souvent le cœur ne présente aucun signe de lésion organique, et quand cette lésion existe, il faut la regarder comme une coïncidence, comme une prédisposition peut-être, mais non point comme une nécessité. Je trouve une preuve de plus de ce que j'avance dans l'observation qu'on vient de me remettre et que M. le docteur Garrigou, médecin inspecteur des eaux d'Ax communique à l'Académie. Il s'agit là d'une malade qui, sous l'influence d'une cause morale vive, a été prise subitement d'un goître exophthalmique et qui ne présentait ni avant, ni après, aucun signe de maladie organique du cœur.

Si la maladie de Graves est une simple anémie, comme le veut M. Beau, pourquoi donc est-elle si difficile à guérir? M. Bouillaud nous a cité des améliorations, mais il a avoué qu'il ne connaissait aucun cas de guérison. Pour mon compte, j'ai vu bien des malades améliorés, mais pas encore de guéris radicalement, complétement. Or, chacun de nous pourrait aisément compter un assez grand nombre d'anémiques ou de chlorotiques guéris. Il faut que le goître exophthalmique soit une chlorose d'une forme singulière, pour se comporter d'une manière si étrange et pour se montrer si opiniâtre à nos moyens de traitement.

On a contesté les accidents d'iodisme et on a préconisé les préparations d'iode dans le traitement de la maladie de Graves. J'atteste encore ici une observation toute récente, celle qui nous a été communiquée par M. Hiffelsheim. La malade atteinte de goître exophthalmique a été prise d'accidents iodiques presque mortels pour avoir ingéré 75 centigrammes d'iodure de potassium en huit jours.

M. L. Gros vient de publier une observation relative à une malade traitée par les préparations iodurées. Cette malade va un peu mieux, il est vrai, mais elle n'est point guérie.

On ne peut donc pas encore conclure que l'iode soit un bon remède dans le goître exophthalmique.

Quant aux préparations ferrugineuses, nous sommes encore à attendre un fait de guérison de goître exophthalmique par cette médication. Et pourtant niera-t-on que le fer ne guérisse à merveille le chloro-anémie?

Un mot de l'étiologie. M. Beau admet l'influence des causes morales. L'observation de M. le docteur Garrigou vient très évidemment à l'appui de cette opinion; je ne la conteste pas.

M. Bouillaud fait jouer un rôle prépondérant à l'onanisme. Je ne suis pas de cet avis, et je pourrais citer un grand nombre de malades dont l'âge et les habitudes austères excluent formellement une pareille étiologie. Et puis le goître exophthalmique est une maladie rare chez l'homme et fréquente relativement chez la femme. Or, l'onanisme est plus commun chez les garçons que chez les filles.

Maintenant vous allez me demander : Qu'est-ce que le goître exophthalmique? Mais à mon tour je vous demanderai : Qu'est-ce que la coqueluche? l'épilepsie? la pneumonie? Vous me répondrez par une énumération de lésions ou de symptômes; mais vous ne me direz pas d'une manière satisfaisante quelle est la nature intime, l'essence de ces maladies. Nous ne sommes pas plus forts relativement au goître exophthalmique.

Toutefois voyons si la maladie de Graves ne serait point une névrose. Interrogeons la physiologie expérimentale et la physiologie pathologique.

Ici l'orateur rappelle les expériences de Pourfour du Petit, celles de Claude Bernard et celles de M. Schiff sur la section et sur l'irritation du nerf grand sympathique au cou. Quand on se contente de couper le nerf, le globe oculaire semble ren-

Digitized by Google

trer dans l'orbite ; il y a un mouvement de retrait. Si, au contraire, on irrite le nerf, soit par le galvanisme, soit par l'huile de croton tiglium, on produit une exophthalmie, qui peut aller jusqu'à la luxation de l'œil. Pour ce qui regarde l'exophthalmos, nous sommes donc autorisés à croire qu'il est produit par une irritation du grand sympathique, au cou, irritation d'une nature particulière que je ne me charge pas de déterminer, mais dont l'évidence est démontrée par l'induction physiologique.

Voyons pour le goitre. M. Schiff, en irritant le plexus lombaire chez le chien, a produit une érection très active du pénis. Comme contre-expérience, M. Schiff a coupé les plexus solaires chez des surmulots, et il a vu la rate s'atrophier, se racornir, devenir dix fois plus petite que chez les animaux dont le plexus était intact. Voilà pour les excitations expérimentales, provoquées.

Passant à l'excitation spontanée, l'excitation physiologique, M. Trousseau entre dans de longs détails sur le mécanisme de l'érection chez l'homme, chez les animaux et dans les plantes, sur les causes de la turgescence des organes érectiles, et rappelant que la glande thyroïde est riche en vaisseaux et composée d'un tissu comparable à un tissu caverneux, l'orateur se demande si le goitre exophthalmique ne serait pas analogue à ces turgescences passagères, physiologiques, dont il vient de citer de nombreux exemples ; si, en d'autres termes, ce ne serait pas un *priapisme* du corps thyroïde.

M. Trousseau cite ensuite un certain nombre de faits de congestion pathologique passagère, de fluxion sanguine, transitoire, éphémère, comparable au goitre dans la maladie de Graves, et il termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il existe une maladie caractérisée le plus ordinairement par une expression phénoménale, grossière : l'exophthalmie, le goitre, et la fréquence des battements de cœur.

» 2° A ces phénomènes grossiers se joignent, comme cortége habituel, des troubles variés dans les fonctions nerveuses, gastriques, utérines.

» 3° Au début, à la fin, quelques-uns de ces phénomènes peuvent être rudimentaires ou manquer tout à fait.

» 4° Cette maladie se distingue par des symptômes et une marche qui lui sont propres. Ce n'est ni une chlorose, ni une cachexie ; elle constitue une espèce morbide parfaitement légitime et distincte.

» 5° A ce titre, elle doit avoir une dénomination spécifique. Nous devons donc lui réserver le nom de *goitre exophthalmique*, ou mieux de *maladie de Graves*.

Présentation.

M. le docteur *Messand* présente une femme, âgée de cinquante-huit ans, née à Saint-Domingue (Haïti), offrant un cas remarquable de plique (trichoma), caractérisé par un développement extraordinaire des cheveux (1^m,40 de longueur sur 0^m,33 d'épaisseur, et 0^m,31 de largeur), qui sont feutrés d'une manière inextricable.

— M. le docteur *Ch. Fauvel* présente une malade atteinte d'une altération de la voix, depuis dix-huit mois, dont la cause est due à la présence d'un polype dans le larynx :

Obs. — Madame Marie Lecointe, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution ; menstruation régulière ; pas de maladies antérieures ; pas de signes de diathèse syphilitique strumeuse ou cancéreuse ; pas d'affection thoracique ou bronchique. La malade n'accuse aucune gêne de la respiration, aucune sensation de corps étranger dans le larynx ; elle demande qu'on la débarrasse à tout prix de cette voix rauque, étouffée, désagréable à entendre ; il semble qu'une sourdine soit appuyée sur les cordes vocales ; quelquefois la malade est aphone, et ne possède plus que la voix de chuchotement.

Au mois de juin 1862, M. le docteur Millard m'adresse cette malade pour l'examiner au laryngoscope.

J'éprouve de grandes difficultés pour procéder à l'exploration ; le voile du palais supporte mal le contact du miroir laryngien, et la langue ne peut s'abaisser en gouttière, elle se relève continuellement.

Enfin, avec de la patience et de l'exercice, ces difficultés sont surmontées, et l'on peut voir toutes les parties du larynx dès le commencement du mois de juillet.

J'aperçois alors une petite tumeur de la grosseur d'un pois, pédiculée, de couleur vineuse, granulée, mobile, partant du ventricule droit, et flottante sur la corde vocale droite dans toute sa moitié antérieure.

Quelques jours après, M. le professeur Czermak, de passage à Paris, confirme de tous points mon diagnostic, et attribue l'altération de la voix à la présence de ce polype.

M. *Béclard* appuie l'opinion de M. Fauvel et croit que l'ablation de ce polype redonnerait à la voix son timbre physiologique.

M. Fauvel présente une pince qu'il a fait fabriquer par M. Mathieu, pour enlever cette petite tumeur laryngienne, et un nouveau porte-caustique pour cautériser un point déterminé du larynx.

Dessin et description de la pince porte-éponge, pouvant servir à enlever des corps étrangers, et du porte-caustique.

Le mécanisme de cette pince (fig. 1) est basé sur le système de la nouvelle pince à torsion, mais les branches sont beaucoup plus longues et plus fines. Elles sont terminées à leur extrémité par deux espèces de cuillers dentées.

Lorsque le polype est saisi, l'opérateur rapproche fortement les deux côtés de la

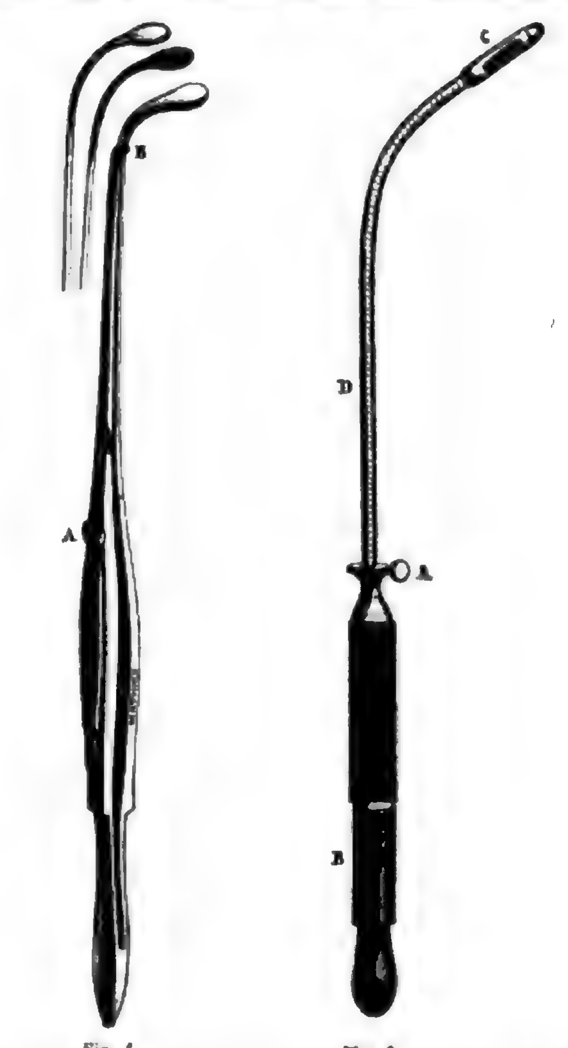


Fig. 1. Fig. 2.

pince ; dans ce mouvement, les deux branches faibles des mors viennent, en vertu de leur élasticité, se joindre l'une contre l'autre, de manière que le coulant B peut saisir la seconde branche qui lui est opposée, et, le poussant en avant par le bouton A, on raccourcit par ce moyen la distance entre l'extrémité et le coulant B.

On comprend alors combien le polype est solidement pris. Plus on rapproche le coulant B des mors, et plus la puissance de pression est forte, et par conséquent moins la partie saisie est capable de s'échapper.

La disposition de ce mécanisme a permis de rendre fort ou inst ument faible et délicat, selon que l'exige son emploi.

Le mécanisme du porte-caustique (fig. 2) consiste en un tube en spirale fonction-

Digitized by Google

nant au moyen du point B autour d'un mandrin qui lui est concentrique. A l'extrémité C se trouve une fenêtre qui laisse le caustique à découvert. Le bouton A étant correspondant à cette fenêtre et tournant en même temps qu'elle, l'opérateur sait toujours de quel côté il opère avec le caustique.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 AOUT 1862.

KYSTES ALVÉOLO-DENTAIRES. — TUMEURS DES MACHOIRES.

On se rappelle que l'absence d'une ou de plusieurs dents avait été donnée par M. Richard comme un signe diagnostique des kystes dentaires. M. Trélat a contesté la valeur de ce signe en s'appuyant sur l'existence des dents surnuméraires. Il a rappelé des faits empruntés à Meckel, Otto, Arnold Etienne et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui établissent de la façon la plus incontestable l'existence des dents surnuméraires. Celles-ci sont même plus fréquentes à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, et ce sont plus souvent des canines que des incisives ou des malaires. Ce sont des incisives, parce que cette sorte de dents est la plus nombreuse, et ce sont les incisives supérieures, parce que l'évolution du maxillaire supérieur est plus tardive que celle du maxillaire inférieur : ce sont les mêmes lois que pour le bec-de-lièvre. Le fait de M. Legouest prouve péremptoirement l'origine de certains kystes dentaires, puisque, dans ce cas, le bord alvéolaire était pourvu de toutes ses dents normales et que le kyste contenait une canine et une petite molaire hors nombre. M. Trélat a rapproché de ce fait une observation rapportée par Blasius, et dans laquelle une tumeur du sinus maxillaire n'avait pas d'autre cause que l'inclusion d'une canine surnuméraire.

— A propos d'une tumeur à myéloplaxes enlevée par M. Richet, M. Dolbeau a exprimé le regret qu'au lieu d'enlever la partie moyenne de la mâchoire inférieure, on n'ait pas fait la simple excision de la tumeur, excision qu'on aurait pu faire suivre de cautérisations. M. Dolbeau croit qu'on devrait entreprendre moins volontiers des opérations radicales : il cite l'observation d'un malade chez lequel M. Nélaton, au lieu de recourir à la résection, se contenta d'exciser la tumeur et de cautériser avec la pâte de Canquoin son siége d'implantation sur la mâchoire. Le malade a guéri sans difformité.

M. Denonvilliers a fait aussi avec succès une simple excision dans un cas de tumeur de la mâchoire, pour laquelle on proposait la résection totale de la mâchoire inférieure. Pour sa part, M. Dolbeau s'est bien trouvé deux fois de ces opérations, beaucoup moins radicales que les résections.

MM. Richet et Verneuil rejettent surtout pour les tumeurs à myéloplaxes les opérations incomplètes et la chirurgie parcimonieuse, qui ne donnent que l'ombre d'un succès, en attendant une récidive d'autant plus fâcheuse qu'elle exigera une seconde opération plus grave que ne l'aurait été la première.

Les faits sont nombreux dans lesquels ces opérations partielles n'ont eu d'autre résultat que de laisser plus tard la maladie devenir inattaquable. Il en est des tumeurs à myéloplaxes, a dit M. Verneuil, comme des cancroïdes des lèvres ; il faut oser, dans ces sortes d'affections, faire les sacrifices nécessaires et enlever le mal dans sa racine. Quant au malade de M. Richet, s'il n'avait subi qu'une section du bord alvéolaire, celle-ci n'aurait dû laisser que quelques millimètres de la base de l'os, et, si l'on songe à la facilité avec laquelle se serait fracturée cette sorte de bride osseuse, on se demande quel avantage on aurait retiré de la chirurgie économique.

M. Richet connaît l'opéré de M. Denonvilliers ; ce malade n'est pas guéri, car il a de nombreuses fistules autour de la mâchoire et subit des cautérisations qu'on répète tous les quinze jours.

M. Trélat fait remarquer que toute la difficulté se résume en une question de diagnostic précis. S'agit-il d'une tumeur bénigne, il est certain que la simple excision, suivie ou non de cautérisations, doit être suffisante. Si l'on est, au contraire, autorisé à craindre une récidive, une opération radicale est indiquée.

Pour les tumeurs à myéloplaxes, M. Broca n'admet pas les opérations incomplètes. En général, autour de la tumeur principale, il y a comme des satellites de petites tumeurs, presque au contact de la première, qui n'en sont séparées que par une coque osseuse très mince. La seule connaissance de cette disposition fait juger de la nécessité des opérations radicales.

Le malade de M. Denonvilliers, d'après les nouveaux renseignements pris par M. Dolbeau, n'a été cautérisé qu'une fois depuis quinze jours. Il y a dix-huit mois que l'opération a été faite, et il n'y a de tissu morbide qu'une petite tumeur d'un centimètre de diamètre au niveau de la première molaire.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive, par MM. CHARCOT et VULPIAN.

Il y a peu de temps encore, et dans ce journal même (1862, nos 16 et 18), MM. Charcot et Vulpian rapportaient un exemple d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines spinales postérieures, et ils prenaient occasion de ce fait, pour soumettre à une étude pleine d'intérêt la plupart des questions de physiologie et de pathogénie afférentes à l'histoire de l'ataxie musculaire. Déjà alors ils avaient sommairement indiqué les essais thérapeutiques de Wunderlich, et ils avaient fait connaître l'amélioration manifeste qui était résultée, chez cinq de ses malades, de l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur. Dans le travail que nous analysons aujourd'hui, les médecins de la Salpêtrière ont consigné les résultats qu'a produits entre leurs mains cette médication, qu'ils ont longuement expérimentée sur cinq femmes de leur service. Ces malades, il faut le dire, étaient d'ailleurs dans des conditions beaucoup moins favorables que les sujets observés par le professeur allemand ; chez ces derniers, en effet, la maladie était de date relativement récente, tandis que les femmes observées par MM. Charcot et Vulpian étaient depuis plusieurs années regardées comme incurables.

Le nitrate d'argent a été administré chez elles à faibles doses ; les malades ont pris d'abord, pendant quelque temps, deux pilules contenant chacune un centigramme de nitrate d'argent ; au bout d'un temps variable, on a donné trois de ces pilules par jour. Cette dose n'a été dépassée que chez une seule malade, qui a commencé à prendre quatre pilules un mois après le début du traitement.

Or, quoique chez toutes ces malades le début de l'ataxie remontât à plusieurs années, il s'est produit dans tous les cas, pendant le cours de la médication, un amendement très notable de la plupart des symptômes. Ces signes d'amélioration ont apparu quelques jours seulement (quatre à dix jours) après le début du traitement par le nitrate d'argent ; voici d'ailleurs les principaux caractères de ces phénomènes : la sensibilité tactile est devenue plus nette ; les notions de position ont recouvré de la précision ; la sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température, si habituellement perverties, sont rentrées, jusqu'à un certain point, dans les conditions normales. La vue elle-même, chez la malade de l'observation I, a très notablement participé aux heureuses modifications déterminées par le traitement.

Les douleurs, soit continues, soit fulgurantes, ont été complétement supprimées, et cela a été un des résultats les plus nets et les plus prompts à se manifester.

Les mouvements ont très remarquablement gagné en force

Digitized by Google

et en précision : ainsi, des malades naguère absolument incapables de se tenir debout et de faire un pas, depuis plusieurs années confinées au lit, où quelques-unes mêmes étaient dans l'impossibilité de s'asseoir sur leur séant ou de changer de position, peuvent aujourd'hui, pour la plupart, demeurer quelques instants dans la station verticale sans appui, ou même faire quelques pas dans les salles, soutenues par des infirmières. L'une d'elles marche pendant près d'un quart d'heure sans l'aide de personne, en s'appuyant sur des béquilles ; une autre en fait autant, en s'aidant seulement d'une chaise ; chez toutes, les mouvements ataxiques des membres inférieurs, d'abord très prononcés pendant la marche, ont cessé de se manifester ou sont à peine appréciables.

Deux malades avaient les mains profondément atteintes ; chez toutes deux les mouvements des doigts et des mains sont devenus plus vigoureux, et bien moins incohérents.

Toujours la santé générale s'est de bonne heure ressentie de l'influence du traitement ; la constipation a cédé, l'appétit a promptement augmenté ; les malades, dès lors, ont commencé à prendre de l'embonpoint, et l'aspect cachectique qu'elles présentaient, pour la plupart, à un haut degré, s'est très notablement modifié. En résumé, des malades retenues au lit depuis des années ont recouvré la faculté de se lever, de faire quelques pas, de rester sans soutien assises dans un fauteuil ; d'autres ont regagné la liberté de leurs mains, et ont été délivrées de douleurs intolérables ; par conséquent, bien que ces malades ne puissent être, il s'en faut, considérées comme guéries, bien qu'il ne soit pas certain que cette amélioration soit progressive ou même stationnaire, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un résultat important obtenu, et l'on en concevra mieux encore toute la valeur si l'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'une affection, contre laquelle ont successivement échoué toutes les médications. D'ailleurs, dans tous les cas observés par les deux médecins de la Salpêtrière, les accidents étaient fort invétérés, et l'on peut espérer à bon droit qu'ils pourraient être efficacement enrayés s'ils étaient attaqués dès l'instant de leur apparition. Un des faits rapportés par Wunderlich justifie cette assertion. MM. Charcot et Vulpian ont donc rendu un véritable service à la pratique médicale en introduisant parmi nous cette nouvelle médication.

Ils nous ont, en outre, fait connaître avec exactitude les effets pathogénétiques du nitrate d'argent, et ce côté de la question nous semble assez intéressant, puisque nous n'hésitions pas à citer encore textuellement : « Les malades éprouvaient peu de temps après l'ingestion de chaque pilule, au bout d'une heure, par exemple, des fourmillements, de petits tressaillements dans diverses parties du corps, mais principalement, et quelquefois même à peu près exclusivement dans les membres affectés. Elles ressentaient dans ces parties, pour nous servir de leurs expressions mêmes, une sorte de travail intérieur : c'étaient des sensations pénibles, mais bien différentes des douleurs fulgurantes habituelles. Ces phénomènes cessaient complétement après avoir persisté pendant deux ou trois heures en moyenne. Chez une malade il y avait, en outre de ces sensations, des soubresauts dans les membres inférieurs ; l'intensité plus grande de ces manifestations dans les parties où siége l'ataxie rappelle, jusqu'à un certain point, l'action de la strychnine sur les membres paralysés, dans les cas de paralysie de cause cérébrale ou spinale. Ces *operative effects* ont cessé de se produire, dans certains cas, une dizaine de jours après le début de la médication, et ils se sont montrés de nouveau, pendant quelques jours, au moment même où les doses du nitrate d'argent ont été élevées. Dans plusieurs cas, en outre, des éruptions lichénoïdes et prurigineuses, accompagnées de démangeaisons violentes, se sont montrées, peu de temps après le commencement du traitement, sur toute la surface du corps, principalement sur les membres ; ces éruptions persistent encore actuellement.

Une sensation d'ardeur plus ou moins pénible siégeant à la région épigastrique s'est montrée, chez une malade, quelques instants après chaque ingestion du nitrate d'argent ; mais bientôt la tolérance s'est établie, et les douleurs n'ont plus guère reparu qu'aux époques où la dose du médicament était accrue. En somme, aux doses et sous la forme que nous avons indiquées, le nitrate d'argent a toujours été très aisément supporté par les malades. » (*Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 juin 1862.)

Enlèvement des embolies artérielles par une opération, par M. Williams de Swansea.

Les recueils scientifiques étrangers nous apportent journellement un certain nombre de faits et d'observations, qu'il nous paraît utile de rapporter, soit parce qu'ils constituent des exceptions qu'il est bon de connaître pour éviter, en de semblables circonstances, des erreurs de diagnostic, soit parce qu'ils nous offrent des exemples à suivre dans les moyens thérapeutiques employés.

Le docteur Williams de Swansea nous propose au contraire une opération qui nous paraît assez extraordinaire pour mériter une courte mention.

Le docteur Williams fut appelé auprès d'un malade atteint d'embolie, obstruant l'artère fémorale au-dessous du ligament de Poupart.

Il proposa l'opération suivante : une incision de 2 pouces de long, faite à l'endroit où les battements cessaient de se faire sentir, devait mettre à nu l'artère fémorale. L'artère eût été ensuite ouverte longitudinalement avec des ciseaux, ce qui eût permis de retirer le caillot obturateur. Il devait suffire enfin de réunir avec soin les bords de la plaie artérielle au moyen de sutures métalliques pour rétablir la circulation sans crainte d'hémorrhagie.

L'opération proposée ne fut pas acceptée, heureusement, pourrions-nous dire, car le malade guérit spontanément.

Si nous comprenons le but que se propose le docteur Williams, nous comprenons moins les moyens *qu'il ne craint* pas d'employer pour le remplir. Nous ne parlerons pas de la difficulté d'établir un diagnostic précis du siége de l'obstruction artérielle, mais ce siége fût-il exactement reconnu, pourrait-on, sans s'exposer à une redoutable hémorrhagie, ouvrir dans une grande étendue l'artère fémorale à son origine ? Mais en accordant même que l'on puisse réussir, le résultat de la large ouverture artérielle serait l'oblitération même de l'artère au niveau de la plaie, de sorte qu'on aurait fait courir au malade des dangers certains, pour arriver à un insuccès d'une certitude à peu près aussi grande. (*The Lancet*, juin 1862.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par Gustave Bernutz, médecin de la Pitié, et Ernest Goupil, médecin de l'hôpital de Lourcine ; t. II, 1 vol. gr. in-8. Paris, 1862. F. Chamerot, éditeur.

(Deuxième et dernier article.)

Le mémoire de M. Goupil est consacré à l'étude des déviations utérines, et malgré le nombre immense de travaux auxquels a donné lieu la matière, je ne crains pas d'affirmer que cette nouvelle monographie vient combler une véritable lacune dans notre littérature médicale. Ce n'est point en effet au nombre des mémoires ou des volumes qu'il faut juger de la perfection de nos connaissances sur un sujet donné ; qu'importe une apparente richesse, si ce fastueux étalage ne cache qu'incertitude et confusion. C'est précisément ce qui a lieu pour les déviations utérines ; on se souvient des discussions académiques de 1854 : qu'ont-elles produit ? En toute vérité, rien, absolument rien, du moins quant aux points litigieux ; la preuve, c'est que l'Académie, au moment de la clôture, a

dû se borner à faire appel avec M. Malgaigne à de nouvelles observations.

D'où vient cependant que tant de travaux ont été entrepris en pure perte, que tant de recherches sont demeurées stériles, tant d'efforts infructueux? Je crains bien que la cause n'en doive être cherchée dans une méthode d'observation insuffisante ou vicieuse. Toujours est-il que M. Goupil ne s'est point renfermé dans la voie suivie jusqu'à lui, et qu'il a adopté une méthode beaucoup plus rationnelle : au lieu de n'examiner que les femmes amenées à l'hôpital par quelque affection douloureuse de l'utérus, il a examiné *toutes ses malades*, qu'elles eussent ou non des troubles fonctionnels, qu'elles fussent entrées pour des déplacements ou pour des affections de l'utérus, pour des affections syphilitiques ou blennorrhagiques. Il a pu de la sorte déterminer le rapport de fréquence des diverses déviations utérines, et leur influence sur les phénomènes symptomatiques. Du reste, bien que l'auteur ait pu poursuivre ses recherches dans d'autres hôpitaux que celui de Lourcine, cependant, pour ne pas altérer ses conclusions en introduisant dans la question des éléments disparates, il a eu soin de ne tenir compte dans ses relevés statistiques que des faits recueillis dans ce dernier établissement, où il a pris l'observation de toutes ses malades. Ces relevés portent sur 229 femmes.

C'est grâce à cette méthode, à cette analyse rigoureuse, que M. Goupil a pu résoudre avec autorité la plupart des questions controversées, qui se rattachent à l'étude des déviations de l'utérus.

Et d'abord quelles sont la configuration et la position normales de l'utérus? M. Goupil est arrivé sur ce point à des résultats qui sont bien près de ceux qu'ont annoncés MM. Boullard et Verneuil; sans admettre avec eux que l'antéflexion soit la règle jusqu'à la grossesse, le médecin de Lourcine a constaté que chez la femme multipare l'antéflexion se présente plus souvent que la forme droite, ou légèrement antécourbée (Huschke), qui, pendant longtemps, a été considérée seule *comme normale*: les chiffres de M. Goupil sont d'ailleurs en parfait accord sur ce point avec ceux de M. le professeur Gosselin et d'Aran. Il importe d'ajouter, pour prévenir toute confusion, que ces résultats n'ont trait qu'à la femme multipare; il serait impossible, on le conçoit, de confondre dans cette étude les femmes qui ont eu des enfants et celles qui n'ont pas conçu, puisque l'antéflexion disparaît le plus souvent sous l'influence d'une ou plusieurs grossesses.

Il est une espèce de déviation, l'abaissement, qu'on ne peut bien apprécier qu'à la condition d'être parfaitement renseigné sur les résultats de la mensuration appliquée à l'état normal. Aussi M. Goupil s'est-il appliqué à déterminer exactement ces mesures, et si le procédé qu'il a mis en usage semble manquer au premier abord de la précision mathématique nécessaire, cependant la similitude des chiffres, lorsque la mensuration est pratiquée plusieurs fois chez la même malade, l'analogie des résultats dans les cas similaires, sont assez marquées pour qu'on accepte avec confiance les résultats obtenus par l'auteur : « Lorsque l'utérus, dit-il, occupe sa position normale, et que le col n'a que ses dimensions ordinaires, nous avons pu constater chez les femmes multipares, en prenant les mesures comme nous venons de le dire, que le col n'est éloigné de la partie antérieure de l'orifice vaginal que de 55 millimètres; cette mesure moyenne est à peu près constante ; c'est à peine si, chez deux femmes de très haute taille, nous avons trouvé cette distance dépassant 62 millimètres, et dans l'état normal nous ne l'avons jamais trouvée au-dessous de 48 millimètres. Le cul-de-sac antérieur est plus éloigné que l'extrémité du col de 7 millimètres environ ; il n'est donc distant de l'orifice vaginal que de 60 à 62 millimètres ; au contraire, le cul-de-sac postérieur est plus profond, et en général distant de la partie antérieure de l'orifice vaginal de 75 à 80 millimètres.

Le lecteur remarquera sans doute que ces mesures diffèrent notablement de celles qui ont été données par MM. Jarjavay, Richet et Huschke; en revanche, elles sont très voisines de celles qui ont été consignées par M. Legendre dans son atlas, dont les planches ont été dessinées d'après des coupes faites sur des cadavres congelés.

Les déviations utérines donnent-elles lieu par elles-mêmes à un ensemble de troubles fonctionnels, que l'on doive considérer comme leur expression symptomatique? Telle est encore aujourd'hui la question fondamentale. C'est surtout à propos de l'antéversion, que M. Goupil l'a soumise à une discussion approfondie ; et quoiqu'il soit facile de résumer son opinion en disant qu'il répond par la négative à la question précédente, cependant il ne sera pas superflu d'entrer ici dans quelques détails ; car l'auteur ne s'est point borné à de simples assertions, il a rigoureusement déduit de l'analyse des faits les conclusions qu'il a formulées, et c'est justement là ce qui leur donne une valeur incontestable.

M. Goupil a étudié successivement l'antéversion chez les femmes nullipares et chez celles qui ont été mères ; c'est chez les premières que l'innocuité parfaite de ce déplacement est surtout évidente. Ainsi sur les 14 malades appartenant à ce groupe, 3 seulement éprouvaient des douleurs qu'on avait pu attribuer à la déviation, mais deux d'entre elles présentaient, avec leur déplacement, une pelvi-péritonite, et chez la troisième, dont l'histoire est assurément bien digne d'intérêt, l'antéversion n'a donné lieu à aucun trouble jusqu'au moment où la blennorrhagie qui avait amené cette femme à Lourcine s'est propagée au col et à la muqueuse de l'utérus ; alors seulement la malade a ressenti des douleurs dans le bas-ventre, dans les aines et dans les reins, et ces douleurs ont disparu avec la blennorrhagie.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'antéversion est très fréquente ; et de même que chez les nullipares elle ne donne souvent lieu à aucun trouble morbide. M. Gibert en avait déjà fait la remarque. Toutefois cette immunité n'est point aussi absolue que dans le premier cas, et il n'est pas très rare de voir des femmes atteintes d'antéversion accuser quelques douleurs. Mais il importe de se mettre en garde contre une conclusion prématurée, et de ne pas transformer un rapport de simple coïncidence en rapport de causalité ; en d'autres termes, la coexistence du déplacement et des douleurs n'autorise point à rattacher, sans examen préalable, les manifestations symptomatiques à la déviation mécanique. Or, si, à l'exemple de M. Goupil, on s'astreint à cet examen minutieux dans chaque cas particulier, on sera bientôt convaincu que le déplacement n'entre pour rien dans la production des phénomènes douloureux.

Et d'abord, il faut éliminer les faits dans lesquels l'antéversion coïncide avec une pelvi-péritonite actuelle ou antérieure ; les troubles fonctionnels incombent évidemment dans ce cas à l'inflammation de la séreuse pelvienne, ou aux lésions persistantes que cette inflammation laisse après elle. Or ces faits sont loin d'être rares, car sur 36 femmes ayant eu des enfants et présentant une antéversion, 16 avaient eu des pelvi-péritonites.

Restent maintenant les femmes mères qui, avec l'utérus en antéversion, n'ont pas eu de pelvi-péritonite ; on observe le plus souvent chez elles une mobilité excessive de l'organe : sur vingt malades qui se trouvaient dans les conditions précédentes, deux seulement offraient exactement le même degré d'antéversion, qu'elles fussent debout ou couchées ; ces deux femmes ne présentaient d'ailleurs aucun trouble que l'on pût attribuer à leur déviation. Quant à celles dont l'utérus était assez mobile pour que les résultats du toucher fussent très différents selon la position, le plus grand nombre d'entre elles n'accusait aucun phénomène douloureux, et pour elles encore toute discussion serait inutile. Mais quelques-unes cependant se plaignaient de douleurs, et l'on constatait chez elles tout le cortége symptomatique que l'on a si longtemps attribué aux déviations utérines. Quelle était donc la cause véritable de ces troubles morbides? Cette exception à la loi d'innocuité était-elle apparente ou réelle? Voilà ce qu'il importait de rechercher.

Digitized by Google

J'appelle expressément l'attention du lecteur sur cette partie du travail de M. Goupil, car elle est entièrement neuve, et l'interprétation qu'il a donnée de ces faits obscurs me paraît être l'expression exacte de la vérité.

M. Goupil avait cru d'abord pouvoir attribuer à la mobilité, au ballottement de l'utérus, les symptômes présentés par les malades, mais il dut bientôt renoncer à cette explication, en voyant que chez huit autres femmes, la même mobilité, jointe à une antéversion tout aussi considérable, ne produisait pas les mêmes accidents. Il étudia alors de plus près l'influence de la congestion et du catarrhe utérin, et il ne tarda pas à en reconnaître toute l'importance : se fondant à la fois sur le caractère des douleurs éprouvées par les femmes, douleurs analogues à celles que déterminent les varices des membres ou les hémorrhoïdes, et sur la fréquence des dilatations des veines des ligaments larges et du système veineux utéro-ovarien; rappelant en outre la conclusion analogue à celle de M. Gaillard (de Poitiers), l'auteur a montré que la congestion utérine occupe la première place parmi les causes productrices morbides qui coïncident avec les déviations. Je ne saurais mieux faire que de citer textuellement : « Cette importance de la congestion utérine permet de comprendre pourquoi la station debout longtemps prolongée peut, dans les déviations utérines, tout aussi bien que la marche, les secousses ou toute autre cause du ballottement utérin, amener des douleurs qui tendent d'autant plus à s'accroître que l'élément douleur est par lui-même une cause de fluxion sanguine. Cette congestion utérine s'observe le plus souvent après une ou plusieurs grossesses, surtout lorsque le retrait de l'utérus ne s'est fait qu'incomplétement, soit par suite de quelque affection puerpérale, soit parce que les femmes ont marché ou fatigué à une époque trop rapprochée de l'accouchement. Aussi voit-on que les déviations utérines, qui s'accompagnent rarement de congestion utérine chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, sont toujours chez elles indolentes en l'absence de phénomènes inflammatoires localisés, et passeraient ordinairement inaperçues sans l'examen physique, tandis qu'au contraire elles causeront assez souvent des douleurs chez les femmes qui, par le fait d'une ou de plusieurs grossesses, sont plus spécialement prédisposées à la congestion utérine. C'est précisément aussi parce que, en l'absence d'affections organiques, la congestion utérine est extrêmement rare après la ménopause, que l'on voit chez les vieilles femmes les déviations les plus exagérées exister sans produire de symptômes. Toutefois, en attribuant ainsi la plus grande importance à la congestion utérine, je dois ajouter que l'abaissement de l'utérus, son extrême mobilité, sa position anormale (qui reconnaissent souvent, comme la congestion, pour cause première l'absence de retrait de l'utérus après l'accouchement), enfin le relâchement consécutif des divers ligaments et l'énorme développement du système veineux, entretiennent à leur tour cette congestion utérine. »

Que le lecteur après cela prenne la peine de rapprocher de ces déductions les observations rapportées par M. Goupil, et il ne conservera pas de doute sur la justesse de cette manière de voir. Il va de soi que ces conclusions ne s'appliquent pas seulement à l'antéversion, et qu'elles se vérifient également dans les autres espèces de déviations, sauf dans l'abaissement et dans la chute de l'utérus, deux déplacements qui, comme on le sait, ont leur symptomatologie propre.

J'ai insisté trop longuement peut-être sur les détails de cette discussion, mais il me semble que c'est là en résumé la question fondamentale, et le travail du médecin de Lourcine nous en donne une solution que je regarde, pour ma part, comme définitive. Je ne puis, on le conçoit, accorder une aussi large place aux autres parties de cette œuvre, et je dois me borner à renvoyer le lecteur au mémoire lui-même. Qu'il me suffise donc de dire que les flexions, les abaissements de l'utérus et les hypertrophies du col ont été étudiés avec le même soin, avec la même méthode, et l'on m'accordera sans contester, je pense, la proposition que j'émettais au commencement de ce compte rendu, sur l'opportunité et la valeur de la monographie de M. Goupil. En ce qui me concerne, je ne pourrais y signaler qu'un seul *desideratum*, encore a-t-il trait à une question bien plus théorique que pratique : on sait les discussions auxquelles ont donné lieu en Allemagne les flexions utérines, envisagées dans leur mode de production, et je regrette que l'auteur ne nous ait point éclairés sur un point de pathogénie qui sépare encore aujourd'hui l'école de Vienne et l'école de Berlin.

Jaccoud.

VI

VARIÉTÉS.

Par décret impérial du 11 août 1862, M. Séuard, chirurgien principal de la marine, est nommé second médecin en chef dans le service colonial, pour continuer à être détaché en cette qualité comme adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.

MM. Villette, chirurgien principal de la marine, et Riou-Kérangal, chirurgien de 1[re] classe, sont nommés seconds médecins en chefs de la marine (service colonial).

M. Collin, médecin-major de 1[re] classe à l'hôpital de Marseille, est nommé à l'emploi de médecin principal de 2[e] classe.

— M. le docteur Tanquerel des Planches, auteur d'un Traité des coliques saturnines, vient de mourir à l'âge de cinquante-trois ans à Rochesseille (Mayenne).

— L'Empereur a nommé présidents : de la *Société de prévoyance des médecins du département de Saône-et-Loire*, M. Perrusset; de la *Société de prévoyance des médecins du département de la Savoie*, M. Mollard.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se fonder à Angers, pour les médecins du département de Maine-et-Loire.

— Par arrêté du 25 août 1862, M. Münch, élève de la *Faculté* de médecine de Strasbourg, est nommé aide de clinique à ladite *Faculté*, en remplacement de M. Fedmüller, dont le temps de service est expiré.

— M. Simon vient d'être nommé, à la suite d'un *brillant concours*, prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux.

— Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Huet, médecin des prisons de la Seine; Magne, médecin oculiste à Paris.

Au grade de chevalier : MM. Lagillardaie, chirurgien en chef de l'hospice de Vannes; Laroche, chirurgien aide-major du 3[e] bataillon de la garde nationale de la Seine; Letourneux, médecin de l'hospice de Fougerolles (Mayenne); Marie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre; Massard, chirurgien-major du 34[e] bataillon de la garde nationale de la Seine; Varnier, chef de bureau à l'Assistance publique; Vidal, médecin de l'hospice de la Reine-Hortense, à Aix-les-Bains; Vignes, médecin en chef de l'hospice de Tarbes.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Anatomie philosophique : Conformation osseuse de la tête chez l'homme et les vertébrés, par le docteur *Cam. Bertrand*. In-8 de xxxii-256 pages, et 10 planches in-4 et in-8. Montpellier, 1862. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

Sténographie, merveilleuse écriture, daguerréotype de la parole, méthode facile à apprendre, à tracer et à lire. 22[e] édition. In-12. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

On Some of the More Important Diseases of the Army, with Contributions to Pathology (Sur plusieurs des plus importantes maladies de l'armée, avec remarques pathologiques), par *John Davy*. In-8 de xii-440 pages. London, Williams et Norgate. Paris, Victor Masson et fils. 24 fr. 50

Les eaux de Paris, étudiées au point de vue de la santé publique, par le docteur *A. Linas*. In-12. Paris, Dentu.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 5 SEPTEMBRE 1862. — N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Institution du concours pour les places de chef de clinique. — Comité consultatif pour l'examen des questions d'hygiène hospitalière. — Du goître exophthalmique : *Erratum*, et discussion académique. — II. **Travaux originaux.** Clinique médicale : Nouveau cas de maladie de Basedow. — Heureuse influence d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie. — Anatomie philosophique : Note sur les différents types morphologiques de la colonne vertébrale chez les mammifères. — III. **Correspondance.** Mort du fœtus dans le sein de la mère par torsion du cordon. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Plaie de l'artère axillaire, hémorrhagie secondaire; ligature de la sous-clavière, guérison. — Ligature de l'artère iliaque primitive. — Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur, extirpation de l'os en totalité. — VI. **Bibliographie.** Publications récentes sur les eaux minérales et l'hydrothérapie. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur. — IX. **Feuilleton.** La part de l'épicurisme dans les plaisanteries de Molière sur la médecine de son temps.

PARTIE OFFICIELLE.

Sur le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris, et sur l'avis du vice recteur de l'Académie, le ministre de l'instruction publique et des cultes a pris l'arrêté suivant :

ARTICLE 1er. — Les places de chef de clinique sont données au concours.

ART. 2. — Seront seuls admis à concourir, les lauréats des hôpitaux, de l'École pratique, du prix Montyon et du prix Corvisart.

ART. 3. — Le jury sera composé ainsi qu'il suit : Le doyen de la Faculté de médecine, président; les quatre professeurs de clinique médicale, le professeur de thérapeutique.

Un juge suppléant sera désigné par le ministre parmi les professeurs de pathologie.

ART. 4. — En ce qui concerne spécialement le concours pour la place de chef de clinique d'accouchement, le jury se composera du doyen, président, du professeur de clinique d'accouchement et des quatre professeurs de clinique chirurgicale. Le professeur de médecine opératoire remplira les fonctions de juge suppléant.

ART. 5. — Un concours sera ouvert pour des places de chef de clinique près la Faculté de médecine de Paris, à la fin du mois de novembre 1862.

Fait à Paris, le 23 août 1862. ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 4 septembre 1862.

INSTITUTION DU CONCOURS POUR LES PLACES DE CHEF DE CLINIQUE. — COMITÉ CONSULTATIF POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — DU GOÎTRE EXOPHTHALMIQUE : *Erratum*, ET DISCUSSION ACADÉMIQUE.

On ne s'étonnera pas que nous accueillions avec plaisir l'institution du concours pour les places de chef de clinique de la Faculté. Nous avons en effet demandé avec instance ce changement, dont nous avons même fait, il y a bientôt deux ans, l'objet d'un article spécial (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 1).

FEUILLETON.

La part de l'épicurisme dans les plaisanteries de Molière sur la médecine de son temps.

(Cet article est emprunté à une thèse des plus intéressantes, soutenue récemment à la Faculté des lettres, par M. le docteur Maurice Raynaud, pour obtenir le grade de docteur ès lettres. Dans le chapitre VIII, après avoir rappelé que Molière, à l'âge de vingt-deux ou vingt-trois ans, avait suivi assidûment les leçons de Gassendi, et après de longs développements sur la physiologie des temps dans ses rapports avec la philosophie atomistique, M. Raynaud continue ainsi :)

Hâtons-nous d'arriver aux conséquences. Si la nature des corps dépend immédiatement des qualités physiques de chacune des particules qui les constituent, la doctrine des quatre éléments, ne reposant que sur de pures abstractions, n'a plus de raison d'être. Et puis, s'il fallait admettre un premier froid et un premier humide, pourquoi pas aussi un premier dense, un premier léger, un premier lumineux, etc.? Qui empêcherait de réaliser ainsi toutes les qualités si diverses de la matière? Mieux vaut donc supprimer toutes ces spéculations oiseuses, analyser, sans les énumérer, les phénomènes, à mesure qu'ils se présentent à nos sens, et s'en tenir à l'observation des faits positifs et palpables.

Avec la doctrine des éléments croule toute celle des tempéraments, qui n'en est qu'une conséquence, et, cette large brèche une fois faite dans la physiologie du temps, tout va se trouver remis en question. Avec son horreur instinctive et parfois exagérée pour toutes les actions à distance, Gassendi est naturellement amené à faire bon marché des sympathies, des facultés attractrices, rétentrices et autres, surtout des qualités occultes, qui sont le pivot de tout le système. Ajoutons qu'il

Digitized by Google

Pourquoi ce concours n'est-il ouvert qu'aux lauréats des hôpitaux, de l'École pratique, du prix Monthyon et du prix Corvisart? D'abord, sous le régime de la nomination directe par l'assemblée des professeurs, les chefs de clinique étaient déjà choisis parmi les lauréats de la Faculté; en admettant également les lauréats des hôpitaux, le décret élargit donc le cercle au lieu de le rétrécir. En outre, il est vraisemblable qu'on s'est proposé de relever les concours de la Faculté, qui ne paraissaient pas exciter grande émulation, en faisant des succès obtenus le premier pas vers une position plus élevée. Un excellent complément, nous dirons même un complément indispensable à cette amélioration, serait de réorganiser l'École pratique elle-même; mais c'est une question délicate que nous ne pouvons aborder incidemment.

Nous appelons aussi l'attention sur la nomination d'un *Comité consultatif* chargé de l'examen des questions relatives à l'hygiène hospitalière (voir aux *Variétés*). On nous permettra de regretter, puisque les médecins introduits dans ce comité ne font pas tous partie du corps des hôpitaux, de n'y pas voir le confrère, bien connu de nos lecteurs, dont un long travail sur la question a servi de texte aux récents débats de l'Académie de médecine; de n'y pas voir non plus, parmi les médecins des hôpitaux eux-mêmes, un professeur de la Faculté qui est l'un des membres les plus actifs et les plus intelligents du Conseil de surveillance de l'assistance publique.

— Sur la question du goitre exophthalmique, nous avons à rectifier, au point de vue historique, une erreur qui nous est échappée dans notre dernier article. Nous avons dit que dans les observations recueillies par C. Hillier Parry, et publiées après sa mort, sous le titre commun de : *Enlargement of the Thyroid Gland in Connexion with Enlargement or Palpitation of the Heart*, l'exophthalmie n'avait pas été mentionnée, bien qu'il nous parût probable, d'après l'ensemble des symptômes, que cette lésion n'avait pas fait défaut. En relisant avec soin ces observations, nous avons reconnu que la protrusion de l'œil avait été notée dans l'une d'elles, la première, en ces termes formels : « *The Eyes were protruded from their Sockets.* » Parry a donc positivement vu et décrit le goître exophthalmique. Néanmoins, si l'on veut rattacher à la désignation de la maladie le nom d'un observateur, nous croyons toujours que cet honneur doit être conservé à Basedow, qui en a le premier tenté la détermination nosologique, en cherchant à établir un lien entre les divers ordres de symptômes ou de lésions.

La discussion a continué mardi. M. Beau et M. Bouillaud, si peu d'accord entre eux, se sont rencontrés dans l'attaque des opinions de M. Trousseau. Nous ne croyons pas devoir revenir nous-même sur un débat épuisé quant aux arguments de fait, et qui ne laisse plus de prise qu'à l'interprétation. Nous nous contenterons de faire remarquer, dans l'intérêt du journal que nous avons l'honneur de diriger, que nous échappons entièrement au reproche articulé par M. Bouillaud contre la « presse médicale », de l'avoir associé à l'opinion de M. Beau touchant le rôle de la cachexie anémique dans la production de la *maladie de Basedow*. Nos lecteurs savent que nos remarques sur ce point étaient adressées exclusivement à M. Beau. (Voir ci-dessous un nouveau cas de goitre exophthalmique.) A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique médicale.

Nouveau cas de maladie de Basedow. — Heureuse influence d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie, par le docteur J.-M. Charcot.

Les exemples de maladie de Basedow se sont notablement multipliés dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger; il est devenu, en même temps et par cela même, manifeste que cette affection n'est pas seulement un objet de curiosité scientifique, un thème pour la spéculation pathologique, mais qu'elle doit entrer décidément dans le domaine de la clinique usuelle. A ce dernier point de vue, — point de vue tout pratique qui ne doit pas faire méconnaître l'importance des autres termes de la question, — il devient utile, à ce qu'il nous semble, de diriger tout particulièrement l'attention sur les observations, peu nombreuses encore dans la science, où certaines circonstances, soit provoquées par l'art, soit survenues spontanément, ont paru apporter une modification décisive dans les symptômes et dans le cours naturel de la maladie. C'est pourquoi nous croyons devoir faire connaître dans ses principaux détails l'histoire d'un cas où le développement d'une grossesse paraît avoir contribué puissamment à suspendre l'évolution d'une cachexie exophthalmique qui jusque-là s'était montrée des plus intenses et des plus rebelles.

La jeune dame qui est le sujet de cette observation nous a été adressée de la province par nos distingués confrères MM. les docteurs Durieu, médecin des épidémies à Riberac, et Dallidet, de Chalais (Charente). Nous ne l'avons vue qu'une

---

se tient au courant des découvertes, qu'il embrasse avec chaleur la cause de la circulation, qui sert merveilleusement ses vues, en substituant aux idées d'influences éloignées celles d'action directe et de contact immédiat; et, après cela, s'il s'arrête quelquefois en chemin, si, par exemple (comme Descartes d'ailleurs), il croit devoir traiter avec respect les esprits animaux, tout en les modifiant à sa manière; s'il pactise avec les quatre humeurs et leur laisse un rôle plus grand qu'on ne devrait l'attendre de sa part, peu importe. Le grand pas est fait, et quelles que puissent être les incohérences du détail, il y a là toute une révolution dans la méthode.

Or, n'est-ce pas par là qu'il faut juger une école? Malheureusement ce dont on s'occupe le plus dans l'histoire de la philosophie, ce sont les systèmes, qui sont précisément la partie fragile et périssable de l'œuvre des philosophes. Ce qu'on néglige trop souvent et ce qu'il faudrait mettre en première ligne, ce sont les tendances, l'esprit général, tout ce qui sert à caractériser le mouvement intellectuel d'une époque, ce qui reste définitivement acquis au fonds commun des connaissances humaines. Sous ce rapport, le XVII^e siècle présente en philosophie, aussi bien qu'en littérature, une unité vraiment admirable, qu'on retrouverait difficilement ailleurs. Les dissidences célèbres qu'on y rencontre çà et là disparaissent devant cette grande pensée commune à tous les philosophes d'alors : arracher l'étude de la nature à l'autorité, et la restituer à l'observation. Tandis que Descartes, préoccupé avant tout d'établir les bases de la certitude, institue cette belle et première expérience qui suffirait à l'immortaliser, et qui consiste à constater sa propre existence, à s'arrêter devant ce fait primordial, pour s'élancer de là à la conquête des grandes vérités de l'ordre moral, Gassendi, dont je cherche à marquer ici la place, esprit plus pratique et moins absolu, oppose un salutaire contre-poids aux tendances géométriques et abstraites de son glorieux rival; il ne veut pas que le monde réel s'évapore en quelque sorte dans l'étendue mathématique de Descartes; il maintient, en matière d'observation physique,

Digitized by Google

seule fois, en consultation avec M. le professeur Trousseau, le 5 mars 1861. Mais, grâce à l'obligeance extrême de M. le docteur Durieu, médecin ordinaire de la malade, il nous a été donné de compléter les renseignements que nous avions pu recueillir nous-même concernant les premiers développements de l'affection, et aussi de connaître les circonstances qui ont par la suite marqué son cours.

Obs. — **Madame X...**, de S.-A. (Dordogne), a été dans son enfance habituellement bien portante : elle était petite, délicate, mais assez bien prise dans sa taille, et colorée ; elle a été réglée à l'âge de douze ans. A l'âge de quinze ans, elle contracta la coqueluche ; à la suite de cette affection survint une croissance rapide, et la constitution éprouva un ébranlement profond. Le buste perdit de sa régularité, et il se produisit une légère déviation de l'épaule droite ; en même temps se prononçaient tous les caractères d'un tempérament nerveux très accusé. Quelque temps avant son mariage, madame X... était devenue très pâle, anémique ; grande de taille et grêle, elle se tenait habituellement penchée en avant ; elle était d'une impressionnabilité très grande ; ses mouvements avaient de l'incertitude, et il se produisait même assez souvent un léger tremblement des mains. C'est au milieu de ces circonstances défavorables que madame X... se maria, en septembre 1860 ; elle était alors âgée de dix-huit ans.

La mère de madame X... est très lymphatique, sujette aux flueurs blanches ; elle a été affectée d'ulcérations très persistantes du col utérin. Le père, à la fois nerveux et bilieux, est fort irascible et sujet aux entéralgies.

Les premiers symptômes de la cachexie exophthalmique se sont montrés quelques jours à peine après la célébration du mariage, c'est-à-dire vers le commencement d'octobre 1860. Ce fut la tumeur thyroïdienne qui appela tout d'abord l'attention ; elle était marquée surtout au côté droit du cou. Quelques semaines après se prononçait l'exophthalmie double. La santé subissait en même temps un dérangement très notable. Les moindres mouvements provoquaient des essoufflements, des palpitations violentes ; un peu plus tard il survint une faiblesse et un amaigrissement extrêmes ; le tremblement, qui autrefois n'existait qu'aux mains et ne se montrait qu'à un faible degré, s'était peu à peu étendu à tout le corps, et était devenu assez intense pour rendre la démarche incertaine et titubante. *Parfois*, pour se lever de table ou pour faire quelques pas dans sa chambre, madame X... était obligée de se faire soutenir par deux personnes. Plusieurs fois, pour avoir négligé cette précaution, il lui est arrivé de tomber, mais à la manière des gens ivres, lentement et sans se blesser. Les règles apparaissent très incomplétement à l'époque de leur retour habituel ; elles ne reparaissent plus ensuite que deux mois après ; enfin, elles cessent complétement de se montrer pour ne plus reparaître qu'à de longs intervalles, et tou les symptômes de la chlorose la plus profonde ne tardent pas à se manifester.

Au commencement de janvier 1861, époque à laquelle M. le docteur Durieu fut appelé pour la première fois, le goître et l'exophthalmie avaient fait des progrès énormes ; le pouls, toujours au-dessus de 100, donnait parfois 130 ou même 140 pulsations à la minute ; l'amaigrissement, la faiblesse, étaient aussi prononcés que possible. Il y avait de l'inappétence, une soif ardente, de l'insomnie, et en un mot la situation était des plus inquiétantes. Ce fut alors que, sur des instances de MM. Durieu et Dallidet, le voyage à Paris fut décidé.

5 mars 1861. — Lors de l'examen que nous fîmes de madame X..., M. le professeur Trousseau et moi, nous notâmes principalement ce qui suit : exophthalmie double extrêmement prononcée ; les paupières ne peuvent se clore qu'incomplétement. Il n'existe pas de troubles de la vision. La tumeur thyroïdienne est du volume d'une grosse orange ; elle est formée en grande partie aux dépens du lobe droit de la glande thyroïde. Le pouls, examiné à plusieurs reprises, donne de 130 à 140 pulsations à la minute ; il est petit, facilement dépressible, régulier. La percussion de la région précordiale permet de constater que le cœur a son volume normal : de plus il n'existe aucun signe d'une affection des valvules mitrales ou sigmoïdes. Un souffle assez rude, et dont le maximum d'intensité siége au niveau de l'union de la troisième côte gauche avec le sternum, coïncide avec le premier bruit du cœur, qui présente en outre un timbre métallique très accusé. Battements carotidiens très énergiques, visibles à distance ; souffle continu à double courant très intense, et frémissement très marqué sur les régions carotidiennes. Il existe une petite toux sèche, très fatigante, et un sentiment de dyspnée et d'anxiété marqués surtout la nuit. Cependant le murmure respiratoire se montre parfaitement normal dans toute l'étendue des deux poumons. Le foie et la rate ont leur volume habituel ; inappétence, digestions laborieuses, amaigrissement extrême, anémie profonde. Il n'existe pas de bouffissure du visage, pas d'œdème des membres inférieurs ; il n'y a point d'albumine dans les urines. La station verticale est pénible ; la marche prolongée au delà de quelques minutes presque impossible.

Il fut convenu que la malade ne séjournerait pas plus longtemps à Paris, et le traitement auquel nous nous arrêtâmes, M. le professeur Trousseau et moi, fut formulé ainsi qu'il suit : 1° la teinture éthérée de digitale sera administrée à la dose de 20 à 30 gouttes, tous les jours, pendant dix jours chaque mois ; 2° les dix jours suivants, æthiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe à la dose de 0,60 à 90 centigrammes chaque jour ; 3° tous les jours deux cuillerées à bouche de vin de quinquina ; 4° tous les jours un bain à 15 degrés centigrades, de trois minutes de durée ; 6° une vessie pleine d'eau glacée sera appliquée pendant une heure, matin et soir, sur la région du cœur et sur le goître. *Nous fondant en outre sur nos observations personnelles, nous laissâmes entrevoir que le développement d'une grossesse n'était pas à redouter dans les circonstances actuelles ; qu'il était même désirable et aurait vraisemblablement pour effet d'aider puissamment à l'action des remèdes.*

Tous les détails qui vont suivre sont extraits des notes fort intéressantes et fort détaillées que M. Durieu a bien voulu me faire parvenir pendant le cours de la maladie de madame X...

Extrait d'une note datée du 23 avril 1861. — Le traitement prescrit a été commencé le 18 mars et suivi jusqu'ici sans interruption. Les bains froids et les applications froides ont été bien supportés. Mais la digitale altère si fort les fonctions digestives qu'il a fallu descendre à moitié dose, et même à plusieurs reprises en suspendre l'emploi. Jusqu'à ce jour, il ne s'est produit aucun amendement. Loin de là, la malade paraît encore s'affaiblir ; le pouls ne descend jamais au dessous de 100 pulsations. Le tremblement des membres s'exagère. La malade est devenue très irritable ; elle paraît en proie à un profond découragement. Toutes les nuits se déclare une toux convulsive, violente, très pénible, et qui menace la malade de suffocation. Le goître et l'exophthalmie sont aussi prononcés que lors du voyage à Paris.

Contre la toux convulsive, je conseillai de tenter l'administration simultanée de l'opium et de l'asa-fœtida, maintenue pendant quelques

---

l'autorité des sens, qui sont, après tout, notre premier instrument pour connaître la nature, et s'il mérite parfois de s'entendre adresser cette rude apostrophe : « O chair » ! du moins évite-t-il de tomber dans l'excès contraire, et de méconnaître les conditions d'existence de notre pauvre humanité. Il n'est pas étonnant que cette philosophie sans prétention et sans fracas, jointe au charme des relations familières, eût fait de Gassendi, pendant son séjour à Paris, un centre autour duquel aimait à se réunir un groupe de savants et de médecins éclairés, dont Bernier et Patin sont restés les plus connus. Tous, il est vrai, n'acceptaient pas explicitement et sans conteste ses idées systématiques et doctrinales, mais tous rendaient justice à sa méthode, et subissaient plus ou moins son influence ; par là il eût exercé peut-être sur l'avenir de la médecine une action décisive et salutaire, s'il eût été possible de lutter contre l'ascendant toujours croissant de la doctrine cartésienne, et l'entraînement général qui poussait les esprits dans des errements alors nouveaux, et devait les jeter un peu plus tard dans tous les excès du mécanicisme.

Recherchons maintenant ce que la fréquentation prolongée d'un tel maître avait pu laisser de traces dans l'esprit de Molière. Ce que j'en ai dit suffira peut-être à indiquer ce qu'au milieu des préoccupations multiples d'une carrière toute diverse, il avait voulu retenir de ses études philosophiques. Qu'à l'exemple de son professeur il eût lu et médité Lucrèce, que cette poésie étrange et grandiose, toute pleine d'une sève agreste et des sauvages parfums de la nature primitive, eût séduit sa jeune imagination jusqu'à l'entraîner un moment dans l'esprit de système, et lui faire accepter les bigarrures de la doctrine sous le prestige d'une forme enchanteresse, cela est possible, je dirai même probable. Mais il n'était pas homme à rester longtemps engagé dans de pareils liens ; sa libre et fière nature se fût mal accommodée de n'avoir échappé aux traditions de l'école que pour avoir le plaisir de changer de maître, et il n'avait assurément besoin des leçons de personne pour apprendre à observer les hommes. On reconnaît pourtant en lui un esprit qui a senti le joug : il l'a brisé, mais il

Digitized by Google

jours. Nous convînmes en outre, M. Durieu et moi, de persister dans la médication suivie jusqu'ici.

Note du 10 novembre 1861. — Après quelques jours de l'administration de l'opium et de l'asa-fœtida, la toux suffocante s'est modérée, puis elle a disparu complétement.

Vers la fin du mois de mai, une légère amélioration commence à se manifester dans tous les symptômes, mais principalement dans l'état du pouls, qui descend quelquefois au-dessous de 100 pulsations à la minute.

A la fin de juillet, une nouvelle amélioration, beaucoup plus prononcée que la première et « véritablement surprenante », se dessine et s'établit définitivement dans l'espace de quelques jours seulement. — A partir de cette époque, le pouls ne s'élève plus au-dessus de 80; il donne souvent 75 ou même 70 à la minute. L'appétit a reparu; les digestions sont faciles; la soif vive a cessé; le tremblement des membres et la démarche chancelante n'existent plus. L'embonpoint et les forces font tous les jours des progrès. La peau du visage, les ongles, les membranes muqueuses, reprennent leur coloration normale. Le goître a complétement disparu à gauche; à droite, la tuméfaction thyroïdienne persiste, mais elle est réduite au quart du développement maximum qu'elle a présenté à un moment donné. Seule l'exophthalmie paraît n'avoir subi aucune modification appréciable.

Dans le temps même où se produisait l'amélioration si remarquable et si décisive dont il vient d'être question (fin juillet) *se manifestaient les premiers signes d'une grossesse.*

Malgré l'existence de la grossesse, aujourd'hui parfaitement constatée (10 novembre), et dont le début remonte actuellement à quatre mois, le traitement a été continué dans toute sa rigueur. L'emploi de la digitale seul a dû être définitivement suspendu.

Extrait d'une note datée du 16 août 1862. — La grossesse est parvenue à son terme sans encombre, et pendant les cinq derniers mois de sa durée l'amendement qui s'est prononcé à la fin du mois de juillet s'est maintenu. L'accouchement s'est fait le 21 avril dernier; le travail a duré vingt heures, dont six seulement de grandes douleurs. L'enfant, du sexe mâle, est peu volumineux, mais vivace. Les couches ont été heureuses: fièvre de lait modérée, écoulement lochial normal, rétablissement rapide. Depuis cette époque, la santé a continué à se raffermir. L'appétit est excellent; l'embonpoint, les forces, ne laissent rien à désirer. La menstruation reparaît et se régularise. Les symptômes d'excitation cardiaque ont depuis longtemps complétement disparu. Depuis plus de deux mois, le pouls radial n'a jamais donné plus de 65, 70 pulsations par minute. L'exophthalmie persiste, mais elle est moins prononcée qu'elle ne l'était avant la grossesse. Le goître persiste encore à un certain degré, et subit dans son volume des fluctuations remarquables. Par moments il disparaît à peu près complétement, surtout à gauche; puis, sans cause connue, la tuméfaction se montre de nouveau pour s'effacer encore au bout de quelques jours. A droite, même dans les circonstances les plus favorables, la tuméfaction thyroïdienne ne diminue jamais autant que cela a lieu à gauche.

L'amélioration si prompte et si marquée de tous les symptômes, qui s'est produite dans le temps même où se sont manifestés les premiers signes d'une grossesse, est le seul point sur lequel je désire pour le moment appeler l'attention.

La maladie, qui, chez madame X..., paraît avoir débuté vers la fin du mois de septembre 1860, s'est bientôt montrée avec tout le cortége de ses symptômes caractéristiques; elle a progressé rapidement, car, en janvier 1861, l'exophthalmie était des plus prononcées; le goître était devenu énorme; l'excitation du système artériel était à son comble, le pouls ne donnant jamais moins de 100 pulsations, et s'élevant fréquemment à 120, 130 et même 140 pulsations par minute. En mars, il était survenu en outre une anorexie permanente, une anémie profonde; il y avait un amaigrissement considérable et une extrême prostration des forces. En un mot, c'était là un exemple des plus accusés, des plus graves, de cachexie exophthalmique, et bien propre à inspirer les plus vives inquiétudes. Un traitement énergique est mis en œuvre vers la fin de mars, sept mois après le début de l'affection. Pendant les deux mois qui suivent, il ne se produit aucune amélioration; loin de là, tous les symptômes paraissent s'aggraver. On persiste cependant dans l'emploi de la médication instituée. En juin et juillet, il se produit enfin un peu d'amendement. Mais ce changement était peu significatif; il consistait seulement en un léger abaissement du pouls, lorsque brusquement, vers la fin de juillet, au moment même où la grossesse se prononce, l'amélioration prend, dans l'espace de quelques jours, des proportions remarquables. A partir de cette époque, le pouls ne donne plus que 80 pulsations, et un peu plus tard il descend à 75 ou même à 70; le goître se réduit peu à peu au quart de son volume; bientôt l'appétit renaît; la malade retrouve son embonpoint et ses forces, qui par la suite font de rapides progrès. L'exophthalmie seule persiste à peine modifiée, ainsi que cela a lieu, malheureusement trop souvent, dans les cas mêmes dont l'issue est le plus remarquable.

— On a vu par les détails de l'observation que cette amélioration s'est maintenue, a progressé même, pendant toute la durée de la grossesse, et qu'elle persiste encore aujourd'hui, près de quatre mois après l'accouchement.

La simultanéité du développement de la grossesse et de l'interruption du cours de la maladie a-t-elle été dans ce cas le fait d'une coïncidence fortuite? Nous ne le croyons pas; nous croyons, au contraire, qu'il existe entre ces deux faits un rapport de causalité, ou, en d'autres termes, que les modifications si profondes que la grossesse imprime à l'organisme ont eu pour effet d'enrayer la marche de l'affection. Voici d'ailleurs les considérations qui nous semblent plaider en faveur de notre opinion. 1° Nous invoquons d'abord les circonstances même de l'observation : elles établissent la coïncidence sur laquelle nous insistons, avec une précision telle que l'intervention du hasard perd déjà, par cela même, toute vraisemblance. La médication était restée impuissante ou presque impuissante, pendant près de quatre mois, malgré son application rigoureuse, lorsque, à un moment donné, les phénomènes morbides s'apaisent. Or, la seule circonstance étrangère à la ma-

---

l'a connu de près. Ce qu'il a pris à Gassendi, ce qu'il a de commun avec lui, c'est un sentiment que la pratique de la vie a plus tard mûri dans son âme, c'est une horreur sincère et toujours éloquente pour tout ce qui est procédé d'école, classification inutile, formule toute faite; c'est le mépris de l'érudition mise à la place de la science, des subtilités qui ne font qu'embrouiller les questions sous prétexte de les résoudre, et avant tout une aversion profonde pour tous les pédants, pour tous les discoureurs qui parlent sans rien dire, pour tous les tartufes de la science, qui prétendent enseigner ce qu'ils ignorent.

Ce sentiment perce partout dans ses ouvrages; il lui avait inspiré ses premières pièces, dont il nous reste à peine un canevas : les *Trois docteurs rivaux*, le *Maître d'école*, le *Docteur amoureux*; et plus tard il lui fournit les éléments de l'un des caractères qu'il a le plus volontiers reproduits sur la scène : c'est, par exemple, le *Métaphraste* du *Dépit amoureux*, le *Caritidès* des *Fâcheux*, le *Pancrace* du *Mariage forcé*, le *Vadius* des *Femmes savantes*, et plusieurs autres encore dont il serait facile de réunir les traits épars : l'un, bavard forcené qui disserte une demi-heure pour prouver comme quoi il se tait; l'autre, qui raisonne à perte de vue sur la forme et la figure d'un chapeau; tous personnages gourmés et guindés, infatués d'un amas de connaissances stériles, qui classent, divisent et subdivisent, qui vous diront sur chaque question ce qu'en ont pensé Aristote et tous les anciens, qui sont capables de répéter les mêmes choses en grec, latin, hébreu et syriaque, et qui n'ignorent qu'une chose, précisément celle qu'on leur demande, et qu'ils devraient savoir.

C'est là aussi le trait saillant des médecins de Molière. Tous sont des pédants ou des charlatans, deux espèces d'hommes bien voisines; à vrai dire, pourtant, je préfère le pédant. Celui-là, du moins, peut être sincère; il est ferré sur ses principes, il connaît Aristote et Galien par cœur, et cela lui suffit. « C'est un homme qui croit à ses règles plus qu'à toutes les démonstrations des mathématiques, qui croirait du crime à les

Digitized by Google

ladie qu'on puisse signaler à cette époque, c'est le développement de la grossesse. Nous ne voudrions pas méconnaître, toutefois, que la médication puisse réclamer une part, mais une part seulement, dans l'heureuse modification des symptômes. 2° Dans l'espèce, le cas de madame X.... n'est pas un fait isolé. Chez la jeune femme dont j'ai rapporté l'histoire dans mon premier travail sur la cachexie exophthalmique, la maladie s'est terminée pendant le développement d'une grossesse. (*Gazette médicale*, 1858.)

Un autre fait du même genre a été rapporté par M. le professeur Trousseau dans ses remarquables LEÇONS SUR LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE : « Madame V... avait des palpitations car» diaques, vasculaires; les yeux étaient saillants et la glande » thyroïde considérablement augmentée, lorsqu'elle devint » enceinte. A partir de ce moment, tous les symptômes de la » maladie diminuent, même le volume de la thyroïde. » (*Union médicale*, t. VIII, p. 437, 1860.) En nous fondant sur la connaissance de ces deux derniers faits, nous laissâmes entrevoir, M. le professeur Trousseau et moi, lors de la consultation, que si une grossesse venait à se produire chez madame X..., elle aurait vraisemblablement pour effet de modifier d'une manière favorable les symptômes de la maladie et d'aider à l'action des remèdes. On a vu jusqu'à quel point nos prévisions se sont réalisées. 3° Les deux faits dont il vient d'être question et celui de madame X... sont, du moins à notre connaissance, les seuls exemples de goitre exophthalmique où une grossesse se soit développée pendant le cours de la maladie. Or, dans ces trois cas, le résultat a été identique, c'est-à-dire que toujours le développement de la grossesse a été signalé par un amendement très notable ou même par une suppression complète des phénomènes morbides (1).

D'après cela, nous croyons pouvoir émettre, — non pas à titre de conclusion définitive, mais seulement à titre d'opinion très vraisemblable et qui attend la sanction d'observations plus nombreuses, — que la grossesse exerce une heureuse influence sur les symptômes et sur la marche de la cachexie exophthalmique (2).

Cette influence de la grossesse sur la maladie de Basedow est d'autant plus remarquable que, développée chez un sujet sain, la grossesse détermine souvent des palpitations cardiaques (1), une excitation du système artériel marquée par une accélération du pouls plus ou moins permanente (2), et occasionne même, dans certains cas, une tuméfaction de la glande thyroïde (3). Il y a là un désaccord qui ne peut être qu'apparent et qui devra nécessairement cesser d'exister alors que la théorie des deux ordres de faits dont le rapprochement semble impliquer contradiction sera moins imparfaite qu'elle ne l'est encore dans l'état actuel de la science.

(1) Comme la grossesse, le processus menstruel a suspendu quelquefois les symptômes de la maladie de Basedow (voy. Parry, *Collections from the Unpublished Medical Writings*, London, 1825, t. II, p. 114, case 2), mais alors cette suspension paraît avoir été presque toujours de courte durée. D'autres fois, l'éruption des règles a paru produire, au contraire, une exaspération des phénomènes morbides. (Voy. Romberg, *Klin. Wahrnehm.*, Berlin, 1851, p. 188, case 6, et Trousseau, *Union médicale*, loc. cit., p. 439.)

(2) Une proposition analogue a été formulée par M. le professeur Trousseau dans ses *Leçons cliniques*, ainsi que dans un discours prononcé récemment à l'Académie de médecine, et par M. le docteur Huard dans une bonne dissertation sur le goitre exophthalmique. (*Thèses de Paris*, 1861, n° 155, p. 52.)

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, t. Ier, p. 338, Paris, 1846.

(2) Jacquemier, *loc. cit.*, p. 200 ; Désormeaux, Rochoux, Montgomery, *Exposit. of the Signs of Pregnancy*, London, 1856.

(3) Grisolle, Natalis Guillot, *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 5e fascicule, Paris, 1861, p. 170.

Anatomie philosophique.

NOTE SUR LES DIFFÉRENTS TYPES MORPHOLOGIQUES DE LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ LES MAMMIFÈRES, par M. L.-A. SEGOND, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, présentée à l'Institut le 1er septembre 1862.

La comparaison de la colonne vertébrale chez les mammifères permet de rattacher à un certain nombre de types distincts tous les animaux de cette classe.

La colonne vertébrale étant, suivant les espèces, la partie la moins modifiable du squelette, offre par cela même des caractères beaucoup plus généraux que ceux empruntés à la comparaison des appendices.

Ces caractères sont fournis par les différents modes de transformation de l'apophyse transverse des vertèbres, étudiées à partir des premiers segments thoraciques que l'on peut considérer comme formant un centre squelettique, à partir duquel les parties sont d'autant plus modifiables qu'on se rapproche davantage des extrémités. Cette transformation suivie particulièrement du côté des lombes s'opère de quatre manières différentes chez les monodelphes, et se présente sous deux autres modes également distincts chez les didelphes.

Le premier mode caractérise l'homme et les singes anthropomorphes. Il offre les caractères suivants : à partir de la dixième vertèbre dorsale, le tubercule qui termine l'apophyse transverse n'a plus la même forme que dans les premiers segments thoraciques; à la onzième vertèbre cette apophyse est raccourcie, et son extrémité aplatie présente trois angles, répondant chacun à un élément distinct de l'apophyse transverse; à la douzième dorsale ces trois éléments sont parfaitement appréciables sous forme de petites apophyses, l'une *antérieure*, l'autre *postérieure*, et la troisième *moyenne*. Cette dernière est reconnue par Meckel sous le nom d'*apophyse accessoire*. Aux lombes

---

vouloir examiner ; qui ne voit rien d'obscur dans la médecine, rien de douteux, rien de difficile, et qui avec une impétuosité de prévention, une roideur de confiance, une brutalité de sens commun et de raison, donne au travers des purgations et des saignées, et ne balance aucune chose. Il ne lui faut point vouloir mal de tout ce qu'il pourra vous faire : c'est de la meilleure foi du monde qu'il vous expédiera, et il ne fera en vous tuant que ce qu'il a fait à sa femme et à ses enfants, et ce qu'en un besoin il ferait à lui-même. » (*Malade imaginaire*, acte III, scène 3.)

Remarquez pourtant que ce n'est pas d'un pédant quelconque qu'il s'agit là, ainsi qu'ailleurs, mais bien spécialement d'un docteur imbu des plus pures doctrines de la Faculté de Paris, et qui pousse le respect des anciens jusqu'à refuser d'examiner les opinions nouvelles et les découvertes de son siècle. Il n'est pas une des dissertations que Molière met dans la bouche de ses personnages, qui ne soit parfaitement conforme à l'esprit et même au langage usité dans l'école. Il y a là toute une pathologie burlesque, arrangée, il est vrai, pour les besoins de la comédie, mais qui n'en est pas moins calquée sur le galénisme à la mode, et très reconnaissable sous le manteau dont on l'affuble. Naturellement le foie et la rate y jouent le premier rôle, comme étant l'origine des esprits naturels, de la bile et de l'atrabile. Il s'agit de corriger « l'intempérie du *parenchyme splénique*, c'est-à-dire la rate ». — Et comme on objecte que ce pourrait être le foie qui fût malade : « Et oui : qui dit parenchyme dit l'un et l'autre, à cause de l'étroite sympathie qu'ils ont ensemble par le moyen du *vas breve*, du *pylore*, et souvent des *méats cholédoques*. (*Malade imaginaire*, acte II, scène 10.) — Ailleurs la cause de la maladie sera dans « les humeurs putrides, tenaces et conglutineuses contenues dans le bas-ventre », (*Amour médecin*, acte II, scène 6.) — Le meilleur morceau en ce genre est la consultation donnée à M. de Pourceaugnac. Il faudrait la citer en entier. Le malheureux est travaillé par la *mélancolie*, « laquelle procède du vice de quelque partie du bas-ventre et de la région inférieure,

Digitized by Google

ces trois éléments sont encore plus distincts et dépendent toujours de l'anneau de la vertèbre, tandis que le corps est libre en avant et sur les côtés. Il y a dans les auteurs différentes manières de les apprécier, mais en réalité ils résultent tous les trois d'une métamorphose de l'apophyse transverse des vertèbres dorsales, et alors même qu'on regarderait l'apophyse transverse des vertèbres lombaires comme une expansion costale, il faudrait toujours dans cette expansion reconnaître qu'une portion appartient bien à l'apophyse transverse, car à la douzième dorsale qui est pourvue d'une côte, ces trois éléments sont visibles, de sorte qu'aux lombes il faut considérer comme appartenant à l'apophyse transverse, le tubercule qui surmonte l'apophyse articulaire supérieure, l'apophyse accessoire de Meckel, et l'apophyse transverse des auteurs, sinon en totalité au moins en partie.

Le second mode de transformation s'offre chez les carnivores, les amphibies, les insectivores, les chéiroptères, les rongeurs et les édentés; en prenant le lion pour type, voici en quoi il diffère du précédent.

Dès la neuvième vertèbre dorsale, l'apophyse transverse présente à considérer trois choses : une facette articulaire en connexion avec celle de la côte correspondante et deux saillies, une en avant de la facette articulaire, l'autre en arrière. A la dixième dorsale, ces caractères sont plus tranchés, la facette diminue et les deux saillies forment deux apophyses; sur la onzième vertèbre dorsale, l'apophyse antérieure surmonte l'apophyse articulaire antérieure, et l'apophyse postérieure, longue de 2 centimètres, dépasse le niveau de la face postérieure du corps de la vertèbre; à la douzième et à la treizième dorsale, la facette articulaire a disparu et les deux apophyses représentent la totalité de l'apophyse transverse, ainsi transformée en deux éléments. Cette métamorphose se maintient aux lombes; en même temps, dès la première lombaire on voit apparaître une apophyse transverse soudée au corps de la vertèbre, mais ici on a raison de dire que cette apophyse est une expansion costale, car avant d'arriver à la dernière vertèbre dorsale, on voit la transformation totale de l'apophyse transverse en deux éléments, parfaitement distincts de l'expansion latérale qui apparaît le long des corps vertébraux du moment où finissent les côtes.

La différence avec le type précédent est évidente; chez l'homme, la métamorphose de l'apophyse transverse donne lieu à trois éléments, et chez le lion nous n'en trouvons plus que deux.

Entre le lion et les singes anthropomorphes, on peut considérer les singes de l'ancien continent, puis ceux du nouveau, comme des dérivés du premier type de plus en plus mélangé des caractères du second.

Le troisième mode de transformation est aussi distinct que les deux précédents; il est particulier aux pachydermes et aux ruminants. En prenant le cheval pour type, on observe, à partir de la dixième dorsale, la métamorphose suivante : l'apophyse transverse s'allonge de dedans en dehors et d'avant en arrière, de manière à présenter deux extrémités : l'une, postérieure et externe, s'articule avec la côte correspondante, tandis que l'autre fait saillie en avant. A partir de la seizième dorsale, la séparation des deux éléments est complète; à la dix-septième, l'élément antérieur surmonte l'apophyse articulaire antérieure; à la dix-huitième, cette disposition est encore plus nette; puis, à la première lombaire l'élément, qui s'articulait au thorax avec la côte, se prolonge transversalement en une expansion aplatie de haut en bas et disposée horizontalement. Cette nouvelle métamorphose, comme on le voit, diffère essentiellement des deux précédentes.

Le quatrième mode propre aux monodelphes se présente chez les cétacés : ici la simplification est encore plus grande. A partir de la septième et huitième vertèbre dorsale, l'apophyse transverse tend à constituer le commencement de l'arc costal. Sur le dauphin, dès la cinquième dorsale, on remarque en avant de l'extrémité articulaire de l'apophyse transverse un prolongement en pointe, qui devient de plus en plus saillant à mesure qu'on descend vers les lombes, et qui se rapproche de plus en plus de l'apophyse articulaire antérieure. En même temps que cet élément opère sa séparation et son déplacement, le reste de l'apophyse se fusionne dans une expansion latérale du corps, qui augmente progressivement dans les six derniers segments thoraciques, et en même temps que cette expansion se développe, elle tend à se séparer de l'élément transverse, qu'elle finit par remplacer totalement. Aussi, à la dernière dorsale, l'expansion transverse, soudée au corps de la vertèbre, est parfaitement distincte, et nous ne retrouvons plus sur l'arc que le prolongement dont j'ai étudié tout à l'heure la transformation, et qui vient faire entre *l'arc et* l'apophyse épineuse une saillie terminée en pointe en avant.

Les descriptions précédentes ne permettent aucune confusion entre les types que je viens de distinguer; il en est de même dans les deux modes propres aux didelphes. Le premier est bien manifeste dans le kanguroo; il faut seulement ne pas s'en laisser imposer par une apparence qui semble rapprocher cette transformation de celle que j'ai décrite chez les mammifères. Dans les derniers segments thoraciques du kanguroo, l'apophyse transverse se partage en deux éléments : l'un conserve la position transverse; l'autre se porte en arrière, de la même manière que l'apophyse postérieure chez le lion. Mais, tandis que chez ce dernier l'apophyse transverse fournit une apophyse antérieure qui va surmonter l'apophyse articulaire antérieure, chez le kanguroo, cette apophyse antérieure naît directement, sans procéder de l'apophyse transverse, et se montre brusquement avec une saillie considérable, sans qu'on

---

mais particulièrement de la rate, dont la chaleur et l'inflammation portent au cerveau du malade beaucoup de fuligines épaisses et crasses, dont la vapeur noire et maligne cause dépravation aux fonctions de la faculté princesse... La véritable source de tout le mal est ou une humeur crasse et féculente, ou une vapeur noire et grossière qui obscurcit, infecte et salit les esprits animaux, etc., etc. » (*M. de Pourceaugnac*, acte I^er^, scène 11.) Enfin, si l'on veut bien se rappeler et l'œil qui voit parce que le cerveau lui envoie des *esprits optiques*, et l'estomac qui digère parce qu'il est doué de la *faculté concoctrice*, et le séné qui purge parce qu'il a la *vertu cholagogue*, ne trouvera-t-on pas que tout cela n'est guère, au pied de la lettre, qu'une variante du fameux couplet :

Opium facit dormire,
Quia est in eo
Virtus dormitiva,
Cujus est natura
Sensus assoupire.

Tous ces traits, que je prends au hasard (car encore un coup il faudrait tout citer), et qui se perdent à la scène dans la folle gaieté de l'action générale, contiennent, sous une forme bouffonne, la satire la plus vraie, la plus philosophique qui ait jamais été faite des défauts de la méthode scolastique, et la protestation la plus éloquente en faveur de l'expérience, et de ce sens de la vie pratique, qui a peut-être été la plus constante inspiration de Molière.

Car, il est bon de le remarquer, s'il est permis de voir dans Molière un ami du progrès, on ne peut pas dire non plus, à le prendre dans sa généralité, que ce soit un novateur. Il n'a ni les goûts ni la complexion des révolutionnaires : par bien des côtés même il se rattache plutôt au passé qu'à l'avenir; certes, il ne croit pas que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes; mais il croit que tout est bien à sa place, et, connaissant les faiblesses de la nature humaine, il trouve étrange que l'on s'agite tant pour n'arriver le plus souvent qu'à mettre un mal à la place d'un autre. Par exemple, il se

Digitized by Google

puisse la rattacher à autre chose qu'à un phénomène de balancement.

Quant aux deux éléments provenant réellement de l'apophyse transverse, l'un forme, comme je l'ai dit, un processus qui prend exactement la forme et la position de l'apophyse postérieure des féliens, et l'autre reste transverse, ce qui constitue, par rapport au second type, une transformation presque inverse. Chez le sarigue, ces deux éléments se réunissent de nouveau aux lombes sous forme de lames qui se recouvrent successivement d'avant en arrière. Chez ces animaux, on remarque aussi un mode de connexion particulier pour les fausses côtes, dont les connexions directes avec l'apophyse transverse disparaissent à partir des six dernières côtes, tandis que chez le kanguroo cette connexion persiste jusqu'à la treizième et dernière côte.

Cette disposition est le commencement de ce qui se présente chez l'échidné. Dans ce second type, on peut dire qu'il y a absence totale de l'élément transverse, ce qui permet de le séparer encore plus nettement que le précédent.

III

CORRESPONDANCE.

Mort du fœtus dans le sein de la mère par torsion du cordon.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Obstétrique.

Monsieur le rédacteur.

M. d'Outrepont, cité par Cazeaux dans son Traité d'accouchements, signale comme une cause de mort du fœtus une torsion exagérée du cordon. Je viens d'en rencontrer un cas, et je vous en envoie les détails, afin que vous puissiez les soumettre à vos lecteurs, si vous croyez ce fait digne d'intérêt.

Obs. — Madame X..., âgée de vingt ans, est grosse pour la première fois, et la conception remonte à sept mois environ. Elle souffre depuis douze heures lorsque je suis appelé auprès d'elle (août 1861). Je trouve la tête au détroit inférieur en première position; deux douleurs amènent l'expulsion d'un enfant mâle qui est mort. Une chose me frappe immédiatement, c'est la dureté du cordon, et par le simple palper je constate qu'il est tordu très fortement et un grand nombre de fois.

L'examen du cadavre de l'enfant prouve que la mort remonte déjà à plusieurs jours; la mère, en effet, me dit qu'il y a au moins huit jours que l'enfant ne remue plus, et que les mouvements sont allés s'affaiblissant avant de cesser tout à fait. L'aspect du cadavre se présente tel qu'il est lorsque la mort date déjà de quelques jours : flaccidité de la tête; état particulier blanchâtre et ridé de la peau des mains et des pieds; teinte rouge foncé de l'abdomen, dont l'épiderme se détache avec une grande facilité. Le scrotum et la verge offrent, pour la couleur, l'aspect d'un caillot de sang.

L'insertion du cordon, tant au ventre qu'au placenta, ne présente rien de particulier.

Le placenta est pâle, ce qui s'explique, puisque depuis plusieurs jours il n'y a plus de circulation fœtale, et il me paraît un peu petit pour l'époque de la grossesse. Le fœtus lui-même a une grosseur en rapport avec son âge.

Le cordon a 50 centimètres; l'enroulement se fait de droite à gauche. En voici la description exacte : il paraît plus résistant que dans l'état normal; il est moins transparent; il a une teinte rougeâtre dans son ensemble. A partir de l'ombilic, les 6 premiers centimètres sont rouge foncé, comme si la teinte rouge sombre de l'abdomen s'était communiquée au cordon; ils présentent sur cette longueur six tours très marqués; le cordon ressemble à une colonne torse dont la torsade est très accentuée. A partir de là la couleur rouge diminue, et les 15 centimètres suivants ne présentent rien de remarquable, si ce n'est le nombre des tours de spire, qui est de neuf, mais moins accentués que précédemment. A partir de ce point le cordon paraît se séparer en deux portions enroulées l'une autour de l'autre, comme les deux brins d'une corde, pendant une longueur de 9 centimètres, et font ainsi un peu plus de quatre tours; l'une des portions contient la veine et une artère, l'autre contient l'autre artère. A partir de ce point le cordon devient cylindrique pendant une longueur de 20 centimètres, qui contient six tours de spire. Le cordon s'implante au centre du placenta. Celui-ci ne contient aucune trace d'apoplexie, ni aucun caillot ne le séparait de l'utérus.

Les vaisseaux sont loin d'être oblitérés. Le calibre des artères distendues artificiellement au moyen d'un stylet de trousse m'a paru être au moins de 3 millimètres, autant que j'ai pu en juger; mais en dehors de toute distension, la lumière de ces vaisseaux est presque effacée, et rappelle à la section l'aspect des artères de troisième ou quatrième ordre. Le calibre de la veine est beaucoup plus considérable; elle contenait un peu de sang, et c'est probablement lui qui par imbibition aura coloré le cordon.

La circulation n'a pas été complétement empêchée, elle n'a été que gênée par le trop grand enroulement du cordon. De là la petitesse du placenta, nouvelle cause qui a pu s'ajouter à la première.

En résumé, un fœtus mort spontanément au septième mois de la grossesse communiquait avec un petit placenta par un cordon tordu d'une manière exagérée (vingt-trois tours sur 50 centimètres). Or, ce fait ayant déjà été signalé par M. d'Outrepont, il y a quelque vraisemblance à admettre que cette torsion a été la cause de la mort.

L'autopsie du fœtus n'a pu être faite.

Veuillez agréer, etc.

V. Germain.

Médecin-adjoint des hospices de Château-Thierry.

---

moque des marquis ridicules. Cela est vrai; mais est-il pour cela l'ennemi des distinctions sociales, et s'en va-t-il déclamant contre l'inégalité des conditions? Point du tout. La plupart de ses *jeunes premiers* sont bel et bien des seigneurs de la cour; et s'il veut avoir raison de l'humeur chagrine et envieuse d'un Trissotin, il s'adressera volontiers à Clitandre, à qui le bon sens et le bon goût tiennent lieu d'esprit et de savoir. Le *Bourgeois gentilhomme*, loin d'être une satire de la noblesse, n'est qu'un rude avertissement adressé aux bourgeois enrichis comme M. Jourdain, pour qu'ils restent ce qu'ils sont et laissent à qui de droit les avantages de la naissance. En fait de mœurs, Molière est l'homme du bon vieux temps, et il se plaît dans la peinture de ces intérieurs antiques, où règnent les traditions d'honneur et de probité patriarcale. En littérature, ses préférences sont aussi bien marquées. S'il emprunte aux auteurs espagnols à la mode quelques canevas de pièces, on n'en sent pas moins chez lui le culte et la pratique de la vieille langue française; ses modèles, s'il en a, ce sont Rabelais, Montaigne, auxquels il aime à emprunter jusqu'à des archaïsmes faciles à reconnaître. Bien plus, s'il est de son temps une nouveauté qui ait pour elle le privilége de la vogue, c'est bien le langage précieux, ce sont les *concetti*, les fadeurs des raffinés de l'hôtel de Rambouillet; et cependant il ne craint pas, au risque de mettre contre lui la moitié des beaux esprits, d'attaquer de front cette manière ridicule, pour ramener la langue à sa simplicité primitive. C'est lui-même qui parle, lorsqu'il fait dire à Alceste :

> Le méchant goût du siècle en cela me fait peur;
> Nos pères, tout grossiers, l'avaient beaucoup meilleur!

Pourquoi donc en médecine fait-il tout le contraire? Ah! c'est qu'ici la science a ses droits, c'est qu'il sent bien qu'il n'y a pas de doctrine, si ancienne qu'elle soit, qui soit plus respectable que la vérité; c'est que la tradition cesse d'être légitime

Digitized by Google

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur les ganglions du grand sympathique*, par M. *Claude Bernard*. — *Ganglion sous-maxillaire*. Les nerfs moteurs, dans l'état normal, n'ont pas la faculté d'entrer spontanément en fonction; il faut toujours qu'ils y soient sollicités par l'influence de la volonté ou par l'excitation d'un nerf sensitif. Lorsque le mouvement a lieu par suite de la réaction du nerf sensitif sur le nerf moteur, on donne à ce mouvement le nom de *mouvement réflexe*, que la sensation qui en est le point de départ soit consciente ou non. Or, tous les mouvements qui sont régis par le grand sympathique sont exclusivement réflexes et, par conséquent, placés en dehors de l'influence volontaire.

On admet généralement aujourd'hui que les organes nerveux encéphaliques et la moelle épinière sont les centres exclusifs de tout mouvement réflexe et que les ganglions du grand sympathique, malgré la présence de cellules nerveuses dans leur texture, ne sont point aptes à remplir le rôle de centre dans la production des actions réflexes.

L'auteur a entrepris une série d'expériences dans le but de résoudre cette question, et il communique aujourd'hui les résultats qu'il a obtenus pour le ganglion sous-maxillaire.

Chez l'homme et chez les animaux pourvus d'appareil salivaire, il existe sur le trajet du nerf lingual de la cinquième paire un petit ganglion qui a des rapports anatomiques et physiologiques avec l'appareil nerveux de la glande salivaire sous-maxillaire. Ce ganglion varie dans son volume et ses dispositions chez les divers animaux.

M. Cl. Bernard signale les dispositions anatomiques particulières au chien, parce que c'est l'animal sur lequel il a fait toutes ses expériences.

Mais, ajoute-t-il, quelle que soit celle de ces dispositions anatomiques qui existe, le ganglion sous-maxillaire constitue toujours une sorte de pont ganglionnaire ou sympathique qui, allant du nerf lingual à la corde du tympan, peut relier physiologiquement la langue ou plutôt la membrane muqueuse bucco-linguale avec la glande sous-maxillaire. Il s'agit actuellement de déterminer expérimentalement si, par l'intermédiaire de ce pont formé par le ganglion sous-maxillaire et ses filets, il peut se produire des actions réflexes de la langue sur la glande sous-maxillaire, sans l'intervention du centre nerveux encéphalique.

Suit la relation des expériences que M. Cl. Bernard dit avoir contrôlées et vérifiées avec le plus grand soin, et desquelles il conclut que la langue est reliée avec la glande sous-maxillaire par deux espèces d'arcs nerveux en quelque sorte concentriques : l'un, plus étendu (nerf lingual et corde du tympan), allant passer par l'encéphale; l'autre beaucoup plus court, et passant par le ganglion sous-maxillaire. A ces deux trajets nerveux paraissent correspondre deux sortes d'influences réflexes destinées à agir sur la glande sous-maxillaire. La première, qui traverse le cerveau, est consciente et mise en activité plus spécialement par la fonction gustative de la langue; la deuxième, qui est inconsciente, est transmise par le ganglion sous-maxillaire et paraîtrait devoir être provoquée plus particulièrement par les conditions de sécheresse ou d'humidité de la membrane bucco-linguale.

Mais le ganglion sous-maxillaire n'a pas seulement la propriété de propager des actions réflexes qui peuvent, par son intermédiaire, arriver à la glande sous-maxillaire, sans passer par le centre encéphalique, il semble encore avoir une influence particulière sur l'intermittence de la sécrétion salivaire; car, après la section de ce ganglion, la sécrétion de la glande sous-maxillaire devient continuelle, bien qu'elle puisse encore augmenter d'intensité quand on fait agir des excitants sapides sur la langue.

Une chose digne de remarque, c'est que le ganglion sous-maxillaire perd sa propriété d'être un centre d'actions réflexes pour la glande sous-maxillaire, quelque temps après qu'il a été séparé de l'encéphale, et la glande sous-maxillaire, qui est alors complétement dépourvue de ses influences nerveuses, au lieu d'entrer dans un état de repos fonctionnel, se trouve, au contraire, dans un état de sécrétion permanente.

« Ce fait, dit M. Cl. Bernard, dont je pourrais rapprocher plusieurs autres analogues que j'ai cités depuis longtemps, me semble mériter toute l'attention des physiologistes. Ne se pourrait-il pas que nous fussions dans des idées fausses relativement au mode d'influence des nerfs pour provoquer l'*activité des* organes? Au lieu d'être des excitateurs, les nerfs ne seraient que des freins; les organes dont la puissance *fonctionnelle* serait, en quelque sorte, idio-organique ne pourraient se manifester qu'au moment où l'influence nerveuse cesserait momentanément son action de frein. Je me borne, d'ailleurs, à indiquer en passant cette question de physiologie générale, sur laquelle j'aurai occasion de revenir plus tard, et je m'arrête pour aujourd'hui aux conclusions suivantes :

» 1° Le ganglion sous-maxillaire est le siége d'actions réflexes qui se passent en dehors du système cérébro-spinal;

» 2° Le ganglion sous-maxillaire séparé du centre encéphalique paraît perdre ses propriétés, comme les nerfs avec lesquels il est en connexion; alors la sécrétion de la glande sous-maxillaire est continuelle.

» Il y aurait donc dans le ganglion sous-maxillaire, par rapport au centre encéphalique, à la fois indépendance et à la

---

quand elle commence à être la routine; c'est qu'en un mot la science ne vit qu'à la condition de marcher sans cesse, et que le moment où elle s'arrêtait, croyant avoir dit son dernier mot, était aussi celui où il fallait lui signifier cette loi fatale : ou avancer ou mourir.

Ajoutons que, dans son attachement même aux traditions et à l'esprit de la vieille France, Molière trouve une raison de plus pour s'attaquer de préférence aux médecins; car il ne fait en cela que suivre une des plus anciennes habitudes de la farce populaire. Il y a dans sa carrière dramatique toute une période préliminaire, où, avant de s'abandonner entièrement à sa propre inspiration, il s'essaye sur des sujets et des canevas qui lui sont fournis par la tradition, qui ont déjà traîné pour la plupart sur les scènes foraines depuis un temps immémorial, et dont on pourrait rechercher la trace jusque dans les *sotties* du moyen âge. C'est là qu'il trouve tout faits ces caractères du pédant et du médecin ridicule, qu'il a ensuite si heureusement adaptés à la scène moderne; et c'est sans doute aussi ce qui nous explique les titres et la conception de ces ébauches légères où il obtint ses premiers succès : le *Docteur amoureux*, les *Trois docteurs rivaux*, le *Médecin volant*, etc. Plus tard, il reprit et perfectionna ces divers caractères : du *Fagoteux*, il fit le *Médecin malgré lui*; du *Grand benêt de fils*, il tira *Thomas Diafoirus*; et surtout il ajouta au côté grotesque et bouffon de ces premières compositions, ce qui était chez lui le fruit des années, l'idée philosophique et morale, qui se trouve au fond de toutes ses grandes créations scéniques.

Ce que Molière a donc proscrit avant tout dans les médecins de son temps, c'est la méthode. Mais, en attaquant la méthode, il attaque aussi le langage, et à entendre le latin macaronique qu'il prête à ses docteurs, les barbarismes dont il émaille leur style, on ne peut douter qu'il n'ait voulu attaquer la forme de leurs dissertations, et prêcher indirectement l'emploi du français dans l'étude des sciences. Il y a là une double injustice. Elle est aisée à pardonner, car il est évident que c'eût été vouloir l'impossible que de mettre sur la scène une langue

Digitized by Google

fois subordination. En sera-t-il de même pour tous les autres ganglions du sympathique, ou bien trouvera-t-on dans les ganglions médians des cavités splanchniques, des centres nerveux pouvant se conserver et étant alors absolument indépendants de l'axe cérébro-spinal? J'attendrai pour savoir si, après de nouvelles recherches, je puis me prononcer sur ce point. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Deux mémoires sur la lèpre, par M. le docteur *Alessandro Rambaldi*, médecin en chef de la léproserie de San-Rémo. (*Comm.*: M. Gibert.) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de l'Aisne et de la Meurthe. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur *Goy*; de Vittel (Vosges), par M. le docteur *Patézon*; de Vic-sur-Cère (Cantal), par M. le docteur *Veauthoriac*, pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Deux rapports sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Quentin pendant l'année 1861, par M. le docteur *Demouchaux*. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Un travail intitulé : *Considérations générales sur la vie organique*, par M. le docteur *Koulazowski*, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports officiels, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Discussion sur le goitre exophthalmique.

M. *Beau* maintient qu'il y a dans le goitre exophthalmique un fond anémique ou cachectique. Il n'est pas, dit-il, le seul de son opinion. Plusieurs des auteurs qui ont décrit la maladie de Graves, Helfft entre autres, ont parlé d'anémie et de cachexie.

M. Trousseau considère certains phénomènes comme propres au goitre exophthalmique, tels que l'insomnie, les désordres intellectuels, l'affaiblissement de l'entendement. M. Beau soutient que ces symptômes appartiennent aussi bien à la chlorose. C'est là une question de fait, que l'observation peut aisément résoudre. Il serait superflu d'y insister.

Un autre phénomène, considéré à tort comme caractéristique du goitre exophthalmique, c'est le frémissement vasculaire perceptible dans la tumeur thyroïdienne. Ce frémissement s'observe également chez beaucoup de chlorotiques dans les gros vaisseaux du cou.

M. Trousseau va plus loin, et non content de nier le fond anémique de la maladie de Basedow, il prétend qu'il n'est pas rare de rencontrer des signes incontestables de pléthore dans cette affection. Ceci n'est point un argument; car les signes de pléthore s'observent quelquefois aussi, d'une manière passagère, il est vrai, dans le cours de la chlorose. Assez souvent, en effet, les chlorotiques présentent des espèces de bouffées congestives, des afflux extraordinaires de sang vers la face ou vers certains viscères, notamment les poumons.

De ce que toutes les anémies n'aboutissent pas au goitre exophthalmique, M. Trousseau conclut que cette dernière affection n'est point une cachexie anémique. Mais M. Trousseau oublie sans doute qu'il y a plusieurs variétés d'anémie, que toutes les anémies ne produisent pas identiquement les mêmes effets, et ne présentent pas absolument les mêmes phénomènes. Le goitre exophthalmique, selon M. Beau, n'est point une anémie semblable à l'anémie consécutive aux grandes déperditions sanguines, ni à l'anémie palustre, ni à l'anémie saturnine; c'est une anémie spéciale, particulière, d'un ordre distinct; mais c'est une anémie.

L'orateur apporte de nouveaux arguments en faveur de l'opinion qu'il a déjà soutenue relativement à la fréquence de l'hypertrophie du cœur dans la chlorose et dans l'anémie. Il rappelle les expériences de Marschal-Hall et celles qu'il a faites lui-même sur des chiens, et qui ont établi ce fait d'une manière péremptoire.

M. Trousseau veut que le goitre exophthalmique soit une névrose. Mais la névrose n'exclut pas la chlorose; loin de là, les névroses sont très communes dans l'état chlorotique, et le plus souvent les névroses recouvrent un fond anémique.

— M. *Bouillaud*. Je viens une fois encore demander à M. Trousseau ce qui constitue essentiellement la maladie de Basedow. Indépendamment du goitre, de l'exophthalmie, des palpitations, des phénomènes nerveux, qu'y a-t-il? Eh bien! tous ces symptômes sont connus, connus depuis longtemps, et je ne vois rien dans leur ensemble qui puisse constituer une maladie nouvelle. Je répète et je soutiens, quoi qu'en ait dit M. Trousseau, que j'ai vu et observé depuis trente ans beaucoup de cas semblables à cette collection de symptômes qu'il nomme maladie de Graves. J'en ai peu vu à l'hôpital, mais beaucoup en ville; seulement, je ne trouvais pas là de quoi faire une maladie nouvelle, je ne trouvais pas de symptômes propres, spéciaux, qui légitimassent l'adoption d'une nouvelle entité morbide.

Je ne suis pas disposé, comme M. Beau, à confondre l'anémie avec la cachexie, et c'est à tort que M. Trousseau m'a prêté une opinion semblable. Personne mieux que moi, je crois, n'a étudié sérieusement et à fond la chlorose depuis trente ans, et je suis désolé des erreurs de diagnostic dont cette maladie est encore journellement l'occasion. Si on la connaissait mieux, on envisagerait d'une manière toute différente les relations des symptômes chlorotiques avec le goitre et l'exophthalmie dans la maladie dite de Graves.

---

inintelligible pour la plupart des spectateurs; le latin de cuisine est bien plus en situation. Peut-être aussi y avait-il là quelque allusion à ces leçons d'anatomie, moitié françaises, moitié latines, que les barbiers recevaient de la Faculté. Soit. Mais enfin, on me permettra bien de dire qu'en réalité le latin des médecins du XVII^e siècle est tout le contraire de ce que l'a fait Molière. Je veux bien qu'il soit un peu comme leur doctrine, un compromis. Tous les genres de style y sont représentés; il a des longueurs, des élégances de convention, des périodes qui finissent par être monotones. La forme n'en est pas moins très pure, très correcte : la langue latine était si bien entrée dans les habitudes des savants d'alors, que plusieurs ont su la manier avec un rare talent, et même lui imprimer un véritable cachet personnel. Et sans parler des maîtres, il est certain que les humanités étaient cultivées mieux qu'elles ne l'ont jamais été depuis. J'ai lu, pour ma part, un grand nombre de thèses de cette époque, et je puis affirmer qu'elles sont presque toutes d'une latinité irréprochable, que nous pouvons bien ne pas envier, mais qu'à coup sûr nous serions embarrassés d'imiter.

Le nommé Bonjean, dit *le Médecin aux urines*, exerçant dans l'arrondissement de Joigny, vient d'être condamné pour la cinquième fois, par le tribunal correctionnel de Joigny, à 15 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine. Un docteur en médecine signait et écrivait les ordonnances sous la dictée de Bonjean.

— Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour une place de médecin-adjoint, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Achille Janot.

Digitized by Google

Pour moi, je soutiens qu'il n'y a aucune liaison intime, aucune relation nécessaire entre la chlorose et le goitre exophthalmique. Il peut y avoir coïncidence, mais il n'y a point rapport de cause à effet. Je diffère donc pleinement sur ce point de la manière de voir de M. Beau.

M. Trousseau a fait, à l'occasion du goitre exophthalmique, un petit voyage d'agrément autour du monde nosologique; il a parlé de l'érection sous toutes les formes et dans tous les organes vasculaires; il est arrivé au priapisme, et il a comparé la turgescence de la thyroïde et l'état des yeux dans le goitre exophthalmique à l'érection pénienne, et, par une hardiesse de langage incroyable, il les a pittoresquement nommés le *priapisme* des yeux et du corps thyroïde. Mais, encore une fois, il aurait fallu distinguer ces deux symptômes, car dans l'exophthalmie il y a un déplacement, tandis que dans le goitre il y a hypertrophie. Ce sont là deux lésions pathologiques très différentes et qu'il faut se bien garder de confondre.

Mais voyez quel est le bonheur de M. Trousseau! Tout ce qu'il dit se convertit en oracle. Il dit que le goitre exophthalmique est une névrose, il donne le goitre exophthalmique comme une maladie nouvelle; et on le croit. Mais pourtant les névroses ne sont point des maladies nouvelles, et, dans la prétendue névrose dite goitre exophthalmique, il n'y a pas un seul signe nouveau, un seul signe pathognomonique.

Mais s'il n'y a rien de nouveau dans les symptômes, y a-t-il quelque chose de nouveau dans la théorie imaginée par M. Trousseau? C'est possible, mais je ne le découvre point. En tout cas, la théorie de M. Trousseau n'explique rien; ce n'est point une de ces théories qui étonnent et bouleversent la science médicale.

Quant à moi, je n'ai pas voulu imaginer de doctrine sur le goitre exophthalmique. J'ai soutenu qu'il y avait là une association de lésions et d'éléments morbides, et non une entité morbide. J'ai démontré que l'affection cardiaque pouvait manquer et manquait le plus souvent, ce qui détruisait la fameuse triade et la réduisait aux deux phénomènes *goître* et *exophthalmie;* mais j'ai prouvé, en outre, qu'il n'y avait aucune relation nosologique entre ces deux lésions, puisque l'une est un déplacement et l'autre une hypertrophie. La maladie disparait donc tout entière.

En parlant d'étiologie, j'ai signalé l'influence des abus vénériens dans le développement des phénomènes désignés sous le nom de goitre exophthalmique. M. Trousseau a révoqué en doute l'action prédominante de cette cause. Je maintiens que, dans beaucoup de cas qu'il m'a été donné d'observer, ces excès, ces mauvaises habitudes, étaient, pour ainsi dire, gravés sur le front des malades; et je suis de ceux qui admirent le tableau merveilleusement vrai que Lallemant a tracé des désordres engendrés par les déplorables abus de l'onanisme ou de l'acte vénérien.

M. Bouillaud termine par quelques considérations générales sur l'utilité de l'observation en médecine et la nécessité des études pratiques; il invite instamment la presse médicale à ne pas lui faire dire, avec M. Beau, que le goitre exophthalmique se confond avec la chlorose ou l'anémie. C'est une opinion qui ne lui appartient point et contre laquelle il s'inscrit en faux.

Présentation.

CHIRURGIE. — M. *Goffres* présente un militaire auquel il a appliqué un appareil prothétique spécial pour remédier à une fracture comminutive du maxillaire supérieur avec chevauchement des fragments. Aujourd'hui les fragments sont très bien coaptés, et la fracture est consolidée sans aucune trace de difformité.

Explication des figures.

Deux tiges en acier (fig. 1), présentant en haut une coulisse N et en bas une capsule UU, viennent, à l'aide de deux vis (fig. 2), prendre un point d'appui sur une pelotte G, fixée sur le front au moyen de deux arcs de cercle et de lanières en tissu de caoutchouc A, B, C, D, E, F, H, K, L, M. La capsule gauche a tout simplement la forme de l'arcade alvéolaire, tandis que la droite présente un prolongement destiné, en s'adaptant à la voûte palatine, à maintenir les portions molles fracturées UU (fig. 2).

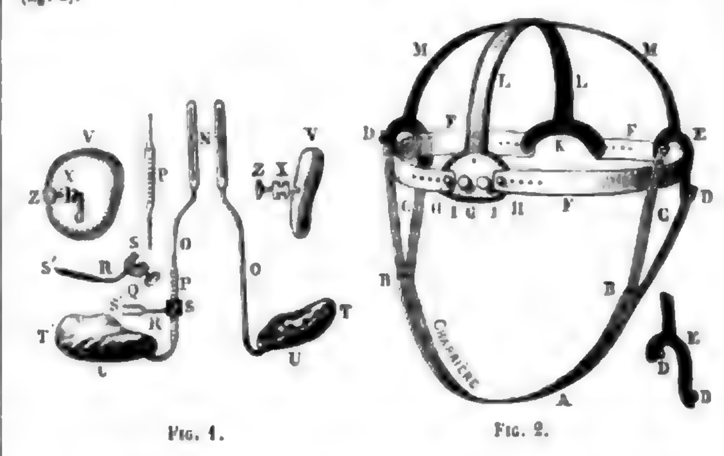


FIG. 1. FIG. 2.

Ces deux capsules sont revêtues d'une couche de gutta-percha préalablement ramollie TT; à la tige droite vient s'adapter une tigelle bifurquée P, Q, R, S, S, afin de pouvoir l'introduire dans la rainure X d'une pelotte V, qui, adaptée au reste de l'appareil, permet de refouler d'avant en arrière le maxillaire supérieur à l'aide d'une vis de rappel Z, ainsi qu'on peut le voir dans la fig. 3, qui représente tout l'appareil fixé et adapté aux parties malades.

FIG. 3.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 AOUT 1862.

LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE ET EN DEDANS. — PSEUDARTHROSE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE SÉTON. — MORT SUBITE DEUX ANS APRÈS UNE CHUTE SUR LA TÊTE.

— M. *Morel-Lavallée* a observé une luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans, résultat d'une chute sur le coude, et se présentant avec les symptômes suivants: L'avant-bras est dans la pronation et fléchi à angle obtus sur le bras. Les mouvements volontaires sont impossibles. « En arrière il y a une » saillie considérable de l'olécrâne, porté en même temps en » haut et en dedans; en haut on embrasse avec le pouce et » l'index la cavité sigmoïde, le bord interne de l'olécrâne affleure » et déborde même le sommet de l'épitrochlée. Le tendon du » triceps est soulevé, écarté de l'humérus; il n'est pas tendu » et l'on peut glisser le doigt entre le muscle et l'os. » Le cubitus et le radius ont été entraînés ensemble sans rupture du ligament interosseux, car la distance de ces deux os est

Digitized by Google

normale. On sent au coude, en arrière, la cupule radiale saillante, au point de recevoir l'extrémité du doigt. Immédiatement au-dessous ou plutôt au-devant d'elle, on sent la gorge de la poulie humérale. Le bord interne de l'avant-bras dépasse de plus d'un centimètre le sommet de l'épitrochlée.

La réduction nécessita d'assez grands efforts et ne fut obtenue qu'à la troisième tentative.

— M. *Fleury* (de Clermont) a communiqué une observation relative à une pseudarthrose du bras, traitée avec succès par le séton.

Le malade était un homme de trente-cinq ans, robuste, et ne présentant aucun vice constitutionnel héréditaire ou acquis. Malgré l'application régulière de deux appareils, la consolidation de la fracture de l'humérus ne fut pas obtenue. Quatre mois après l'accident, M. Fleury constata l'existence d'une fausse articulation, dont les moyens, d'union à en juger par la mobilité des fragments, devaient offrir une assez grande laxité. Le traitement par le séton fut celui auquel ce chirurgien s'arrêta. Après avoir fait deux incisions de 3 centimètres, l'une en dedans, l'autre en dehors du bras, il glissa une mèche de linge entre les deux fragments. L'inflammation consécutive fut très vive et le pus très fétide pendant les cinq ou six premiers jours. La mèche ne fut retirée que tous les deux jours. Vingt jours après l'opération on l'enleva définitivement. La suppuration était toujours abondante et fétide, la mobilité était la même. M. Fleury croit que si la mèche était restée en place plus longtemps elle eût amené une inflammation du périoste qui eût pu entraîner la nécrose de l'humérus. L'amélioration ne tarda pourtant pas à se produire, mais la guérison ne fut complète que quatre mois après l'opération. Après l'enlèvement du séton, le bras avait été placé dans un appareil, et l'on avait maintenu pendant deux mois encore les rapports des fragments.

A propos de ce fait, M. Fleury se demande s'il aurait suffi, ainsi que cela est arrivé à M. Jobert, de mettre la mèche en contact avec la face externe du périoste. Il voudrait aussi qu'on déterminât d'une façon plus précise qu'on ne l'a fait dans tous les ouvrages classiques, le temps pendant lequel on doit laisser le séton entre les surfaces osseuses.

— M. *de Closmadeuc* a adressé à la Société une observation qui montre une fois de plus combien on doit être réservé dans son pronostic quand il s'agit de coups violents portés sur la tête. Un soldat, en franchissant un rempart, avait fait une chute sur la tête. Après avoir quelques instants perdu connaissance, il s'était relevé lui-même et était retourné à sa caserne. Il avait repris son service et sa santé ne paraissait nullement troublée. Cependant il avait de temps à autre des migraines qui duraient depuis quelques heures jusqu'à deux jours. Ce n'est que deux ans après sa chute que cet homme mourut subitement sur le champ de manœuvre de Vannes. Depuis quelque temps il maigrissait, ses traits s'altéraient, mais les fonctions intellectuelles et locomotrices étaient toujours intactes.

On trouva à l'autopsie un abcès siégeant dans l'épaisseur de la substance blanche du cerveau, abcès qui était visiblement d'origine ancienne. A côté de cet abcès on trouva une hémorrhagie ventriculaire récente, produite par la rupture instantanée de la cloison qui séparait l'abcès du ventricule. C'est cette hémorrhagie qui avait déterminé la mort subite.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Plaie de l'artère axillaire, hémorrhagie secondaire; ligature de la sous-clavière, guérison; par M. Torelli.

Obs. — Un homme âgé de trente-six ans reçut, le 28 février 1859, dans l'aisselle gauche un coup de couteau dirigé en haut et en arrière. Conduit à l'hôpital, baigné dans son sang et presque en syncope, il n'y arriva cependant qu'après que l'hémorrhagie eut cessé spontanément. On mit un bandage compressif, et l'on attendit.

Tout se passa bien jusqu'au dixième jour; mais alors se déclara, au lieu de la lésion, un anévrysme diffus qui s'étendit dès le lendemain jusqu'à l'acromion. On recommença la compression, on appliqua le tourniquet dans l'aisselle. (Digitale, deux saignées.)

Jusqu'au vingtième jour, la tumeur s'accrut, le bras se tuméfia, la main devint insensible; on continue à saigner.

Le 24 avril, on constate une gangrène commençante de la main. L'indicateur et le petit doigt étaient totalement mortifiés. Le creux de l'aisselle était une caverne large, irrégulière et profonde. Mais à peine avait-on enlevé les derniers plumasseaux de charpie, qu'il sortit un jet de sang artériel que la compression de la sous-clavière arrêta immédiatement.

En présence de ce grave péril, M. Torelli prit immédiatement le parti de lier l'artère sous-clavière.

Dès le lendemain (25 avril) la gangrène avait cessé de faire des progrès. La chaleur de tout le membre ne cessa pas d'être normale.

Le foyer gangréneux de la main se circonscrivit; le foyer sanguin de l'aisselle se détergea.

Le 4 mai, on sentit pour la première fois le battement de la radiale.

Le 12, le fil de l'artère tomba.

Le 18, on désarticula l'index et l'on amputa le petit doigt dans le milieu de sa première phalange.

Le 30, les plaies de l'aisselle sont cicatrisées.

Le 11 juin, hémorrhagie de 90 grammes par la plaie de la ligature; on y enfonce une tente de charpie imbibée d'eau styptique de Pagliari.

Aucun nouvel accident n'eut lieu, et lorsque le malade sortit de l'hôpital, le 16 août, il était dans un très bon état, sauf la demi-ankylose du coude, fruit de la longue immobilité à laquelle le membre avait été condamné. (*Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 5 juin 1862.)

Ligature de l'artère iliaque primitive,
par M. Bickersteth (de Liverpool).

Obs. — T. A..., âgé de trente-neuf ans, entra à l'infirmerie royale de Liverpool le 24 février 1862. Jusqu'à ce jour il a exercé sans inconvénients la profession de constructeur de chaudières. Trois ou quatre mois avant son entrée à l'hôpital, il ressentit du malaise dans le côté droit de l'abdomen et dans la partie antérieure de la cuisse droite. Il y a six semaines, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur un peu au-dessus de l'aine droite, et ses dimensions s'accrurent peu à peu depuis cette époque.

Lors de l'admission, on constate la présence d'une tumeur pulsatile occupant toute la fosse iliaque, s'étendant le long du trajet de l'artère, depuis un pouce et demi au-dessous du ligament de Poupart jusqu'à 2 pouces de l'ombilic; latéralement elle s'étendait de l'ilion jusqu'au delà de la ligne blanche. La pression exercée sur la tumeur ne la réduisait pas, mais sa situation, l'existence des pulsations ne laissaient pas de doutes sur sa nature : c'était un anévrysme de l'artère iliaque externe.

Pendant quelques jours, le malade garda au lit le repos le plus absolu, et l'on donna des ordres *pour que personne ne pût examiner ni manier la tumeur*. Cependant la tumeur continua à croître, les douleurs abdominales devinrent très vives, et il devint évident que l'opération, si elle devait être faite, ne devait pas être retardée plus longtemps. Le 5 mars, M. Bickersteth pratiqua l'opération suivante :

Une incision à peu près verticale de 5 pouces de longueur fut faite à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque. La peau et l'aponévrose incisées, le doigt fut introduit à la partie inférieure de l'incision pour refouler et protéger le péritoine, puis une incision faite avec un bistouri boutonné sectionna tous les tissus dans l'étendue de l'incision extérieure.

Les doigts des deux mains introduits dans l'abdomen détachèrent le péritoine de la fosse iliaque et de la partie supérieure de la tumeur. Le doigt parvint ainsi de proche en proche jusqu'à l'artère iliaque primitive, qu'on souleva avec une spatule, et qui fut ensuite liée avec un fil fortement serré. Les pulsations de la tumeur cessèrent immédiatement. Aucune hémorrhagie n'eut lieu, et la plaie fut réunie par la suture métallique. La ligature avait été placée à peu près vers la partie moyenne de l'artère.

Le membre inférieur fut ensuite enveloppé de coton, et l'on reporta le malade dans son lit. La nuit fut bonne. Le lendemain la tumeur a diminué de volume et est devenue plus dure. L'artère épigastrique bat distinctement au-devant de l'anévrysme. Le pied et la jambe ont conservé une bonne chaleur.

Le 7 mars, pendant le pansement, il s'échappe de la plaie une certaine quantité de sérosité sanguinolente; cet écoulement continue le lendemain. On constate alors l'existence, dans l'épaisseur des parois abdominales, d'une certaine quantité de sang extravasé; une incision faite près de la crête iliaque permet de lui donner issue. La suppuration diminue chaque jour de quantité, la ligature tombe le 6 avril, c'est-à-dire le

trente-troisième jour. Bientôt la guérison est complète, mais à cause de la tendance à la formation d'une hernie, on fait porter à l'opéré une ceinture appropriée.

Le 10 mai il sort de l'hôpital ; l'anévrysme a diminué des trois quarts de son volume ; la tumeur est dure et tout à fait exempte de fluctuation. (*Delta medical Press*, 9 juillet 1862.)

Norris dans sa statistique avait déjà rassemblé seize cas de ligature de l'artère iliaque primitive ; en 1860, le docteur Smith (de New-York) a publié dans l'*American Quarterly Journal*, une nouvelle statistique de cette redoutable opération. Elle aurait été, suivant cet auteur, pratiquée 32 fois. Le nombre des opérations se décompose ainsi : 5 en Angleterre, 4 en Écosse, 1 en Irlande, 2 en France, 2 en Russie, 2 dans l'Amérique du Sud, 1 en Allemagne et 15 aux États-Unis. — Sur ces 32 opérations, il y eut 25 décès ou 78 pour 100.

15 seulement de ces ligatures furent faites pour guérir des anévrysmes, il y eut 10 morts ou 66 pour 100. Une fois il y eut gangrène du membre inférieur.

Il y a quelques jours nous rapportions un cas analogue appartenant à M. Syme ; il s'agissait de la ligature de l'iliaque primitive et des iliaques interne et externe, accompagnée de l'ouverture de la poche anévrysmale. M. Syme crut devoir employer ce procédé de préférence à la ligature simple ; or, on ne peut méconnaître le danger qu'il présente, puisqu'une courte hésitation à trouver ou à comprimer le bout supérieur peut amener une hémorrhagie grave et même rapidement mortelle. Cependant il faut être prévenu que l'on peut être forcé de réunir au procédé ancien, dans les cas, par exemple, où l'anévrysme est tellement volumineux qu'il empêche d'arriver sur le bout supérieur. M. Bickersteth n'ignorait pas cette difficulté, et il était préparé à recourir, si besoin était, à la méthode ancienne, après avoir fait comprimer par un aide l'aorte ou l'iliaque primitive, soit indirectement, soit immédiatement, par l'intérieur du ventre.

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur, extirpation de l'os en totalité, par M. JOHN ADAMS.

OBS. — J. O..., âgé de vingt-quatre ans, est employé depuis dix à onze ans dans une fabrique d'allumettes chimiques ; il avait toujours joui d'une bonne santé lorsque, il y a trois ans, la mâchoire inférieure devint le siége d'une inflammation. Employé à la préparation des mélanges et au trempage pendant quatre ou cinq jours de la semaine au milieu de trois cents enfants et de cinq adultes, et sachant tous les dangers de son état, il prenait les plus grands soins de propreté.

Deux ans avant l'apparition du mal, il avait dû faire enlever une dent cariée, et la maladie parut débuter par un gonflement siégeant dans la partie correspondante de l'os. Le gonflement augmenta, et envahit tout le maxillaire inférieur.

Lors de l'entrée à l'hôpital, en décembre 1861, il était très amaigri, et la saillie du maxillaire avait converti la bouche en une ouverture circulaire. Deux fistules s'ouvraient à droite et à gauche dans la partie supérieure du cou, et permettaient à la sonde d'arriver sur le maxillaire inférieur nécrosé. La nécrose avait envahi l'os dans sa totalité, et l'on pouvait le découvrir entièrement, sauf les portions condyliennes, encore recouvertes par les parties molles. Toutes les dents étaient tombées.

M. Adams eut soin de soutenir la santé générale par une alimentation réparatrice, l'usage du porter et du vin, et pendant ce temps il chercha à enlever par petites portions la symphyse maxillaire nécrosée.

Mais ce moyen ne pouvait réussir que lentement à opérer la division de l'os et à faciliter son extirpation ; en même temps la santé générale s'affaiblissait, et l'on crut devoir intervenir plus activement. Le malade fut mené à l'amphithéâtre. On lui fit appuyer le menton sur le rebord d'une table, et au moyen du ciseau et du maillet on opéra la division complète de l'os sur la ligne médiane. On enleva ensuite la moitié droite et une portion de la moitié gauche du maxillaire ; l'extrémité supérieure de ce côté était encore fermement fixée. On ne l'enleva que la semaine suivante, après avoir soumis le malade à l'anesthésie.

Dix jours après l'extraction de la première moitié du séquestre, il y eut une grave hémorrhagie, pour laquelle le docteur Maunder crut devoir pratiquer la ligature de la carotide primitive droite. La ligature tomba sans que l'hémorrhagie eût reparu, mais il y eut dans les premiers jours des palpitations et des douleurs du côté gauche de la tête, symptômes qui disparurent peu à peu. (*Medical Times and Gaz.*, 5 juillet 1862.)

Nous avons rapporté cette observation à cause de l'étendue des lésions amenées par l'action des vapeurs phosphorées, et parce qu'elle peut servir à mettre en relief quelques-uns des points discutables de l'étiologie de l'affection.

La prédisposition du maxillaire inférieur est admise par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, mais elle est moins considérable qu'on ne le croit généralement. Le docteur Letheby, sur 55 cas a trouvé 27 nécroses du maxillaire inférieur, 22 du supérieur et 6 des deux mâchoires. Dans son remarquable travail sur ce point de chirurgie, M. Trélat a montré le maxillaire inférieur malade 30 fois, le supérieur 21 seulement, les deux 9 fois.

L'étiologie est la partie de l'histoire de la nécrose phosphorée qui a été le plus discutée. Beaucoup d'auteurs invoquaient pour expliquer l'action spéciale sur le maxillaire, l'existence de dents cariées. M. Trélat repousse cette explication, en s'appuyant sur les faits contradictoires que l'on rencontre et qui ont une valeur qu'on ne saurait méconnaître. M. Adams lui-même dans les réflexions qui suivent son observation, fait observer que la maladie paraît avoir débuté chez son malade deux ans seulement après l'avulsion d'une dent, et rejette toute relation entre ces deux faits. Nous ne croyons pas pouvoir être aussi affirmatif, car les affections des os sont très lentes dans leur marche, et l'avulsion de la dent en découvrant l'intérieur d'une alvéole, peut avoir permis consécutivement aux vapeurs phosphorées d'arriver au contact du maxillaire. Si le rôle de la carie dentaire a pu être exagéré, l'importance de l'avulsion des dents mérite d'attirer l'attention, et elle nous paraît avoir agi dans le développement de la nécrose chez le malade de M. Adams. Ce qui frappe, en effet, dans l'histoire de la nécrose phosphorée, c'est de voir les deux maxillaires être à peu près, sinon tout à fait, les seuls os atteints par la maladie ; or, on est tenté, à priori, d'attribuer ce siége de prédilection à une action directe des vapeurs sur les os affectés. Sans doute, le décollement du périoste alvéolo-dentaire peut suffire à permettre le contact ; mais l'avulsion d'*une dent* le permet d'une manière bien plus complète encore, et, dans le cas présent, le long temps écoulé depuis cette avulsion et le début de la maladie ne peut faire repousser absolument ces explications : ou la marche de la nécrose a été lente, ou le bourgeonnement des gencives n'a pas oblitéré complétement la cavité laissée par l'extraction d'une dent malade.

VI

BIBLIOGRAPHIE.

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR LES EAUX MINÉRALES ET L'HYDROTHÉRAPIE.

(Deuxième et dernier article. Voy. n° 33.)

Traité pratique des bains de mer et de l'hydrothérapie marine, par le docteur ROCCAS. 2e édition, 1 vol. in-12, Paris, 1862, Victor Masson et fils.

Les bains de mer de la Tremblade (Charente-Inférieure), par le docteur BROCHARD. Brochure in-12, Paris, 1862, J.-B. Baillière et fils.

Villégiature des citadins sur les bords de la mer, par M. le docteur BERTILLON. Brochure in-8, Paris, 1862.

De l'eau de la source de Salins et de son emploi en thérapeutique, par le docteur AUG. DUMOULIN. Brochure in-8, Paris, 1861, Germer Baillière.

Kreuznach : ses eaux minérales bromo-iodurées et ses eaux mères, par le docteur PRIEGER. 2e édition, traduite par le docteur MEDER. Brochure in-8, Kreuznach, 1862, chez l'auteur.

Les bains de Luxeuil, par le docteur DELAPORTE. Vol. in-8, Paris, 1862, Victor Masson et fils.

Digitized by Google

La source des Yeux aux bains d'Hercule en Hongrie, par M. le docteur Caillat. Brochure in-12, Paris (1862).

Les Eaux-Bonnes, par M. le docteur Prosper de Pietra Santa. 1 vol. in-12, Paris, 1862, J.-B. Baillière et fils.

Marlioz, extrait du rapport de M. le docteur Vidal pour l'année 1859. Brochure in-8, Aix-les-Bains, 1860.

Indicateur médical et topographique d'Amélie-les-Bains, par M. le docteur Genieys. Brochure in-18, Paris, 1862, Victor Masson et fils.

Notice médicale sur Enghien-les-Bains. Brochure in-12, Paris, 1862.

Divers.

Si, en 1858, nous avions parlé du livre de M. le docteur Roccas, nous l'aurions mentionné volontiers comme une œuvre à la fois savante et honnête, digne d'être favorablement accueillie par le monde médical, tant pour l'érudition de bon aloi que pour le talent d'observation qu'on y distingue. Nos vœux et nos prévisions n'auraient pas été trompés : ce livre a fait son chemin et est arrivé assez prestement à sa deuxième édition.

Il est une sorte de mérite dont nous ne saurions trop féliciter l'auteur, c'est d'avoir presque oublié qu'il est lui-même inspecteur-adjoint des bains de Trouville, d'avoir parlé de cet établissement avec réserve, avec impartialité, d'avoir écrit, en un mot, un ouvrage qui n'est point le panégyrique d'une station particulière, mais qui embrasse dans sa généralité, dans son ensemble, l'étude de la médication marine. Propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer, d'après les analyses les plus récentes et les auteurs les plus estimés; effets physiologiques et thérapeutiques des bains de mer froids et chauds ; indications et contre-indications, mode d'administration *intus* et *extra*, époque et durée, choix de la localité, circonstances accessoires (hygiène, médication auxiliaire ou accidentelle, traitement des asphyxiés par submersion), air et *climats marins*, — toutes ces questions forment l'objet de chapitres distincts et sont traitées de la manière la plus précise, non-seulement à l'aide des faits que l'auteur a recueillis dans sa propre pratique, mais encore à l'aide des documents empruntés aux ouvrages si remarquables de Buchan, de MM. Gaudet, Mourgué, Lecœur, Ed. Auber, etc.

Le livre de M. Roccas, aussi bien que ceux des auteurs que je viens de nommer, comble une lacune et répare un oubli que l'on regrette de trouver dans presque tous les traités d'eaux minérales, dans lesquels (celui de M. Constantin James excepté) on chercherait vainement un chapitre sur les bains de mer, comme si par leur immense vogue et leur incontestable efficacité les bains de mer ne constituaient pas une partie importante de la médication hydrothermale.

— A propos de bains de mer, connaissez-vous ceux de la Tremblade? J'en doute, à moins que vous ne soyez un franc Vendéen ou que vous n'ayez louvoyé, d'aventure, le long des côtes de la Charente-Inférieure. Eh bien ! la Tremblade est une station maritime d'un grand mérite, une localité merveilleusement douée dont nous devons la découverte à M. le docteur Brochard (de Nogent-le-Rotrou). Par son étendue, par sa beauté, par la sûreté qu'elle offre aux baigneurs, même aux enfants, et aussi par la disposition topographique de ses environs, la plage de la Tremblade réunit, à ce qu'il paraît, tout ce que le malade le plus soucieux de sa santé, tout ce que le médecin le plus exigeant, peuvent désirer sous le double rapport de l'agrément, de l'hygiène et de la salubrité.

Contrairement à la plupart des hydrologues qui ont écrit sur les bains de mer, M. Brochard attache une importance très grande au choix de la plage. Aussi demande-t-il expressément que ce choix soit fixé par le médecin et non point abandonné au goût, à la convenance ou au caprice du baigneur. Sur ce point nous sommes entièrement de l'avis de M. Brochard, et nous croyons qu'il n'est pas indifférent d'envoyer un malade à Dieppe ou à Arcachon, à Trouville ou à Biarritz, au Croisic ou à Hyères, pas plus qu'il ne peut l'être d'envoyer à Saint-Honoré ou à Luchon, à Pierrefonds ou à Cauterets, à Enghien ou aux Eaux-Bonnes, à Balaruc ou à Niederbronn, à Vichy ou au Mont-Dore. Les stations maritimes doivent avoir leurs indications précises, leur *spécialisation*, comme dirait M. Durand-Fardel, aussi bien que les autres eaux minérales. « Presque tous les bains de mer ont une action spéciale différente, dit avec raison M. Brochard. Lorsque le médecin prescrit l'usage de ces bains, il doit donc toujours prendre en sérieuse considération le climat, l'exposition et la nature de la plage sur laquelle il envoie son malade, conditions qui peuvent varier selon l'âge, selon la constitution de ce malade, et aussi selon la nature des accidents que l'on voudra combattre. » C'est là une vérité dont l'évidence prévaudra au fur et à mesure que la médication marine sera mieux étudiée.

Pénétré de ce principe, M. Brochard a visité quelques-unes de nos plages de l'ouest, examinant avec attention et sans idées préconçues leurs avantages, leurs inconvénients, observant avec un soin tout particulier les effets des bains de mer sur les autres et sur lui-même ; et de cette étude comparative il conclut que les bains de la Tremblade, entourés de dunes couvertes de pins, et éloignés de toute embouchure de fleuve et de rivière, offrent tous les avantages de Biarritz et d'Arcachon, dont l'atmosphère est imprégnée de principes résineux, et ne présentent pas les inconvénients des bains du Croisic, de Saint-Nazaire, de Pornic, de Royan, du Havre et de Trouville, dont le degré de salure est singulièrement diminué par le mélange de l'eau de la mer avec l'eau douce de la Loire ou de la Seine.

— M. le docteur Bertillon, dans une brochure agréablement écrite, démontre l'influence salutaire des bains de mer contre cette forme de débilité particulière aux habitants des grandes villes, que M. Bourguignon a étudiée sous le nom de *malaria urbana* ou *cachexie urbaine*, s'indigne à juste titre contre l'envahissement despotique, la confiscation des bords de la mer par les localités riveraines, et demande que des règlements soient édictés par l'administration centrale, en vue d'assurer à *tous* la jouissance des plages, et d'entourer cette jouissance des mesures les plus efficaces pour la sûreté des baigneurs.

— Les eaux minérales chlorurées sodiques fortes offrent une grande analogie avec l'eau de mer. Ici et là les éléments minéralisateurs dominants sont les chlorures de sodium et de calcium, les bromures et les iodures. Ce serait assurément une étude pleine d'intérêt et d'une incontestable utilité pratique que de rechercher les effets comparatifs de la médication marine et de la médication chlorurée sodique proprement dite, de déterminer leur influence respective sur l'organisme malade, et de poser nettement les indications de ces deux modes de traitement, en se basant, d'une part, sur les différences de proportion des principes salins, sur l'état de l'atmosphère, la nature du sol et du climat; d'autre part, sur l'âge, le tempérament et les conditions morbides du sujet. Ce problème a été abordé plutôt que résolu par M. le docteur Dumoulin dans une notice sur les eaux de Salins, dont nous avons rendu compte en mai 1860 (*Gaz. hebd.*, t. VII, p. 381).

Il est peu de stations minérales qui soient moins connues que Salins et qui pourtant méritent plus de l'être. Cette localité n'est mentionnée ni par M. Constantin James dans la quatrième édition de son Guide pratique aux eaux minérales (1857), ni par M. Rotureau dans son bel ouvrage sur les principales eaux minérales de l'Europe (1859), ni même par l'Annuaire des eaux. Cela tient sans doute à ce que l'exploitation médicale des sources de Salins ne date, pour ainsi dire, que d'hier. N'est-il pas bien surprenant, en vérité, que nous ayons ignoré ou méconnu si longtemps les bienfaits de pareilles eaux? Les médecins français envoyaient leurs malades à Nauheim ou à Kreutznach, tandis qu'il existait en France des eaux chloru-

rées sodiques bien autrement riches, bien autrement puissantes, bien autrement énergiques!

Fonder la suprématie des eaux de Salins sur les eaux rivales de l'Allemagne, démontrer que ces eaux sont curatives de la scrofule, prouver, contrairement à une opinion trop généralement répandue et reproduite encore dans la deuxième édition du traité de M. Durand-Fardel, que les eaux de Salins ne doivent pas s'employer seulement à l'extérieur, mais qu'elles peuvent encore être très avantageusement prises en boisson, tel est le triple but que M. Dumoulin poursuit avec une louable persévérance depuis qu'il a remplacé M. le docteur Léger dans la direction médicale de ces thermes. Aux faits et aux arguments déjà produits dans son premier mémoire, M. Dumoulin en ajoute de nouveaux et de plus catégoriques encore pour établir sans réplique que Salins l'emporte sur Nauheim et sur Kreuznach, non-seulement par la richesse de ses eaux et l'heureuse combinaison des éléments minéralisateurs, mais aussi et surtout par la magnificence de son organisation balnéaire, et par l'établissement d'un système complet d'hydrothérapie.

— Ceux qui liront la brochure de M. le docteur Prieger sur les eaux de Kreuznach pourront se convaincre que, si cette station a été merveilleusement favorisée par la nature, elle a été jusqu'à présent assez médiocrement dotée par la main des hommes. Ainsi que le fait très justement remarquer M. Constantin James, « à Kreuznach, comme à Nauheim, les bains ne sont que l'accessoire de grandes entreprises commerciales pour l'extraction du sel ». A Salins, au contraire, on a su faire, de la façon la plus intelligente et la plus heureuse, la part de la médecine et la part de l'industrie, si bien même que la médecine n'a certes pas à se plaindre de son lot. Toutefois, et malgré l'incontestable supériorité de Salins, il faut faire la part des indications et reconnaître qu'il est des cas dans lesquels les eaux *bromo-iodo-chlorurées calciques* de Kreuznach trouveront une application plus opportune et plus efficace que les eaux *bromo-chlorurées sodiques* de Salins.

— Une transformation complète s'est opérée à Luxeuil depuis que les eaux de cette localité sont devenues la propriété de l'Etat. « L'établissement actuel est un des plus beaux établissements thermaux de France, dit M. Lecomte dans son rapport à la Société d'hydrologie médicale de Paris; si quelques-uns l'emportent sur lui comme étendue, sous le rapport du confortable et du luxe il surpasse le plus grand nombre, au moins dans les parties de construction récente. » On trouvera dans un livre récemment publié par M. le docteur Delaporte, inspecteur-adjoint de l'établissement, la description topographique de Luxeuil et de ses environs, des renseignements très précis sur les ressources balnéothérapiques de cette importante localité, sur le nombre et le débit de ses sources, sur leur température et leur composition chimique d'après les analyses récentes de M. Lecomte, sur leurs effets thérapeutiques, et sur les indications et les contre-indications de leur emploi.

M. Delaporte divise les eaux de Luxeuil en deux classes : 1° les eaux *ferro-manganifères carbonatées*, fournies par trois sources; 2° les eaux *salino-thermales*, émergeant de treize sources. Ces dernières sont des eaux chlorurées sodiques faibles; elles diffèrent peu des eaux analogues de Bains et de Plombières; et elles sont employées aux mêmes usages : à vrai dire, ce ne sont pas elles qui constituent ce que je nommerai la *spécialité thérapeutique* de Luxeuil ; aussi M. Delaporte ne leur consacre-t-il qu'un chapitre assez court. Mais en revanche, il s'étend longuement sur les bonnes qualités des eaux ferro-manganifères, qui suffiraient à elles seules pour assigner à Luxeuil un rang élevé parmi nos stations hydrothermales les plus recherchées. Ce qui distingue essentiellement ces eaux et les place au-dessus du commun des eaux ferrugineuses, c'est la richesse de leur minéralisation, l'association du manganèse au sesquioxyde de fer, leur thermalité élevée (27 à 30 degrés), la présence de l'azote et de l'acide carbonique, enfin l'abondance de leur débit : toutes conditions qui rendent leur assimilation plus facile, leur action plus efficace, et qui permettent de les administrer non-seulement à l'intérieur, mais encore sous toutes les formes balnéothérapiques (bains, douches, piscines, etc.). Ceux qui désirent acquérir des notions exactes sur les effets et le mode d'emploi de ces eaux, consulteront avec fruit l'excellente brochure de M. le docteur Delaporte.

— Il y a, à Luxeuil, une source dite *des Yeux*. « Son nom lui vient de ce qu'elle est généralement estimée dans les maladies des organes de la vue; » c'est tout ce qu'en dit M. Delaporte. Un pareil laconisme, qui n'est qu'une définition et presque un pléonasme, indique suffisamment le peu d'importance qu'on attache à cette source et à la médication spéciale que sa dénomination rappelle. Il n'en est pas de même aux bains d'Hercule, en Hongrie. Situés sur les bords de la Tcherna, à 4 kilomètres du village de Méhadia, cet établissement, le plus remarquable et le plus fréquenté de toute l'Europe orientale, doit principalement sa réputation séculaire à la source *des Yeux* ou source *ophthalmique*, dont les eaux chlorurées sulfureuses sodiques et calciques à la fois, sont administrées avec un succès remarquable dans les maladies chroniques de l'appareil oculo-palpébral : blépharites, ophthalmies scrofuleuses, kératites, blennophthalmies, ulcérations, opacités et taies de la cornée.

Ce n'est point en lotions ou en fomentations que cette eau s'emploie, mais suivant un procédé spécial, dont j'emprunte la description à M. Caillat. — « Le malade assis sur le banc du pavillon de la source, la tête et les épaules couvertes par un grand châle, se penche et approche de très près les yeux, d'abord fermés, puis ouverts, d'une tasse de 4 à 500 grammes de capacité placée devant lui sur la table, et préalablement remplie par l'eau thermale à la source même. L'eau est renouvelée toutes les cinq minutes pendant une demi-heure que dure la séance ; et l'organe affecté est ainsi soumis directement aux émanations spontanées du liquide thermo-minéral. » La durée du traitement est de trois à six semaines.

M. Caillat, qui a été témoin de cures nombreuses obtenues par cette médication, pense que tout l'honneur doit en être attribué bien moins à la composition chimique et à la vertu médicinale des eaux, qu'à l'heureuse disposition du *procédé hongrois*. Aussi déclare-t-il que « l'introduction de ce procédé dans plusieurs de nos établissements serait une conquête pour la thérapeutique ». Il est d'autant plus à désirer de voir se réaliser les vœux de M. Caillat, que le procédé hongrois se recommande non-seulement par son efficacité, mais encore par la simplicité des moyens et par la facilité de l'exécution.

— Les Eaux-Bonnes sont du nombre de ces thermes privilégiés, dont la notoriété est si légitimement acquise, si solidement établie, que leur nom seul est un éloge et dispense de tout commentaire. Le livre, que M. de Pietra-Santa a publié récemment sur ces eaux, n'affiche point la prétention d'être une nouveauté dans la littérature hydrologique. L'auteur nous dit lui-même qu'il a voulu « concentrer en un petit volume les notions pratiques, médicales et hygiéniques éparses dans une série innombrable de publications, et consigner dans un exposé clair et précis une ample récolte d'idées, de faits et d'observations, empruntés en grande partie à la pratique de ses devanciers et de ses collègues ». A ce compte, M. de Pietra-Santa a été fort bien inspiré en prenant surtout les éléments de son travail dans les écrits de Bordeu, Andrieu, Darralde et Filhol. Il ne pouvait guère mieux choisir ses collaborateurs. Toutefois ce livre n'est pas une œuvre de pure érudition, ni simplement un hommage banal rendu au talent et à la sagacité de ces praticiens éminents. M. de Pietra-Santa a beaucoup vu et beaucoup observé par lui-même, et il ne cite aucun témoignage dont il n'ait vérifié l'exactitude et contrôlé l'au-

Digitized by Google

thenticité de ses propres yeux. Le chapitre VIII, consacré à la *pulvérisation de l'eau minérale*, renferme des expériences et des conclusions peu favorables à cette méthode, qui, si l'on en croit aussi les assertions de M. le docteur Briau, n'opérerait point aux Eaux-Bonnes les prodiges qu'on lui attribue à Pierrefonds. Cette différence dans les résultats était-elle imputable à un vice de la méthode ou un défaut dans son application, et à quelque imperfection dans l'appareil instrumental? Le procès a été porté, cette année même, devant l'Académie de médecine ; et l'on sait comment la médication vulgarisée par M. Sales-Girons est sortie triomphante de cette épreuve judiciaire, après un remarquable rapport de M. Poggiale et un beau discours de M. Trousseau. M. de Pietra-Santa sera donc obligé de retoucher son chapitre, s'il donne une deuxième édition de son ouvrage, ce que nous lui souhaitons très sincèrement.

— Malgré la sentence académique que je viens de rappeler, la querelle ne me paraît point encore vidée entre la *pulvérisation* et l'*inhalation* ; car, dans les établissements où il existe des salles d'inhalation, comme à Allevard et à Marlioz, on raconte des merveilles de cette dernière méthode, et l'on ne paraît nullement songer à lui substituer sa rivale. J'en prends à témoin le savant rapport de M. le docteur Vidal, ex-président de la commission médicale des eaux d'Aix-en-Savoie.

— M. le docteur Génieys, médecin très compétent et auteur d'un excellent *Traité* sur les eaux d'Amélie-les-Bains, dont il est inspecteur, parle de l'*inhalation* avec la plus sage prudence, dans son nouvel ouvrage intitulé : INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE, etc. « Les aspirations sulfureuses, dit-il, sont très nuisibles en certains cas et elles réclament, dans leur usage, une progression lente, des séances qui ne dépassent pas une heure, et qui seront au début de quelques minutes seulement, des temps d'arrêt à l'apparition de la moindre pléthore, et une extrême réserve chez les sujets qui ont eu des crachements de sang. »

— L'établissement d'Enghien (lez Paris) est dans l'exaltation depuis cette année. Il vient de s'enrichir d'une source nouvelle, captée par M. l'ingénieur François, analysée par MM. Leconte et de Puisaye, débitant 86 000 litres par vingt-quatre heures, marquant 154 divisions au sulfhydromètre, supérieure conséquemment, par l'abondance de ses principes sulfureux, à celle de la Pêcherie et à toutes celles des Pyrénées, comme l'affirme une brochure que nous avons tout lieu de croire sincère, malgré son anonyme. Toutefois, la nouvelle source, aussi bien que ses aînées, a le défaut d'être froide, sulfatée calcaire, et de ne point renfermer de barégine et de gaz. Voilà, n'en déplaise à la brochure, ce qui distingue les sources d'Enghien des sources pyrénéennes, et ce qui assurera toujours à ces dernières la préférence dont elles sont l'objet de la part des médecins et des malades.

— Nous signalerons encore comme très dignes de fixer l'attention de nos confrères, et avec le regret de ne pouvoir leur consacrer qu'une bien courte mention, les ouvrages suivants : RIPPOLSAU ET SES SOURCES MINÉRALES, par MM. les docteurs *Robert* et *Feyerlen* (1), séjour enchanteur, situé dans une des plus pittoresques vallée de la forêt Noire, établissement très bien organisé, où l'on trouve une installation hydrothérapique complète, des eaux bicarbonatées calcaires, ferrugineuses, magnésiennes et gazeuses, abondantes, des natroïnes (préparation alcalino-saline spéciale), une cure de petit-lait, des bains de gaz acide carbonique et des bains de pointes de sapin. — ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE (4ᵉ Mémoire), par M. le docteur *Richelot* (2), recueil d'observations de catarrhe pulmonaire, de catarrhe intestinal et de catarrhe utérin, servant de pièces justificatives aux publications pleines d'intérêt que l'auteur a précédemment publiées sur les eaux de cette importante localité. — Une brochure en langue allemande sur l'administration des bains russes à Bade (DIE RUSSISCHEN THERMALDAMPFBÄDER), par le docteur *Carl Frech* (1). — Une NOTICE SUR LES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DE PARIS-AUTEUIL, par M. le docteur *Migon* (2), où l'on cherche à démontrer que l'eau de la source Quicherat a sur l'eau de Cransac l'avantage d'être aux portes de Paris, et sur l'eau de Passy le bénéfice d'une plus grande fixité dans les principes ferrugineux. — UN APERÇU HISTORIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET MÉDICAL SUR L'EAU DE SELTZ, par M. le docteur *Aug.-Alph. Legrand* (3), où la plus belle part est accordée à l'historique de la fabrication des eaux minérales artificielles, et à la description des appareils grands et petits. — Une NOTICE MÉDICALE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX MINÉRALES DE BONDONNEAU (Drôme), par M. le docteur *Michel Perret* (4), travail dans lequel l'auteur cherche à établir, par une série de faits cliniques, l'efficacité des eaux gazeuses, bicarbonatées, sulfureuses, ferrées et bromo-iodurées, de Bondonneau, dans le traitement des affections diathésiques (scrofule, syphilis, rhumatisme, goutte, herpétisme.... et même cancer !). — Une brochure SUR L'ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET LES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DE SAINT-DENYS-LEZ-BLOIS (Loir-et-Cher), pays charmant, dit-on, entouré des châteaux historiques de Blois, Chambord, Chaumont, Chenonceaux et Menars, et dans lequel les malades trouvent réunis les ressources de l'hydrothérapie et les avantages de la médication hydrominérale ferrugineuse. — DU CHOIX D'UN CLIMAT D'HIVER DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA POITRINE, par M. le docteur *Bonnet de Malherbe* (5). L'auteur divise les climats sanitaires en deux groupes bien distincts : 1° les climats doux, comme Pau, Pise, Rome, convenant surtout aux constitutions très irritables, aux maladies compliquées d'état fébrile ; 2° les climats plus chauds et plus toniques, convenant surtout aux tempéraments lymphatiques, chez lesquels la débilitation prédomine sur l'irritabilité, comme Nice, Cannes, Hyères ; 3° comme groupe intermédiaire et convenant au plus grand nombre de cas, les stations de Madère, Menton et Alger. M. Génieys, dans l'ouvrage cité plus haut, recommande : Pau, pour les sujets sanguins, nerveux, disposés aux fluxions actives ; Amélie-les-Bains, pour les sujets lymphatiques et affaiblis qui veulent se tonifier sans excitation ; Menton et Villefranche, pour les sujets qui ont besoin de respirer un air chaud et salin ; Nice, Cannes, Hyères et Montpellier, pour les sujets qui peuvent subir sans danger une réaction tonique et vive. On peut voir que M. Génieys et M. Bonnet de Malherbe s'accordent sur plus d'un point. — CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE PAR L'HYDROTHÉRAPIE, par M. le docteur *Bouland* (6), mémoire communiqué à la Société d'hydrologie, et dans lequel l'auteur pose nettement les indications de la médication hydriatrique dans les diverses manifestations de la diathèse rhumatismale, en formule les règles d'une manière précise et à en expliquer surtout l'efficacité par l'action puissamment révulsive des différents procédés hydrothérapiques. — NOTE SUR LES BAINS A L'HYDROFÈRE, par M. le docteur *Dumoulin* (7) ; c'est une démonstration expérimentale, clinique, des bons effets de ce système balnéaire, si ingénieusement imaginé par M. Mathieu (de la Drôme), et qui permet d'administrer sous une forme économique, *à l'état pulvérisé*, l'eau de mer et toutes les eaux minérales possibles : merveilleuse simplification de la thérapeutique des maladies chroniques (dartre, syphilis, scrofule, rhumatisme, goutte, chlorose), par les agents les plus variés de la médication hydrothermale. — ÉTUDE DES EAUX POTABLES AU POINT DE VUE CHIMIQUE, HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, par M. le docteur *A. Gautier*, prépara-

(1) Brochure in-18, Strasbourg, 1862, chez Silbermann.
(2) Brochure in-8, Paris, 1862, aux bureaux de l'*Union médicale*.

(1) Brochure in-8, Lahr, 1862, chez Schauenburg.
(2) Brochure in-18, Paris, 1862.
(3) Brochure in-18, Paris, 1861, J.-B. Baillière et fils.
(4) Brochure in-8, Lyon, 1862.
(5) Brochure in-8, 2ᵉ édition, Paris, 1861, J.-B. Baillière et fils.
(6) Brochure in-8, Paris, 1861, Germer Baillière.
(7) Brochure in-8, Paris, 1862.

Digitized by Google

teur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier (1), travail consciencieux et de longue haleine, dans lequel l'auteur combat par des arguments solides les préjugés relatifs à l'usage des eaux de source, réfute les accusations dont ces eaux sont encore l'objet, fait ressortir leurs avantages sur les eaux de rivière, et fournit, à l'appui de sa thèse, la preuve matérielle des bonnes qualités physiques, chimiques et hygiéniques des eaux de source qui alimentent la ville de Narbonne. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce remarquable travail aux *Séquanistes* endurcis, aux adversaires non encore convertis du projet de dérivation sur Paris des eaux de la Somme-Soude et de la Dhuis.

A. LINAS.

VII

VARIÉTÉS.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — Par décret du 29 août, il est établi, sous la présidence du ministre de l'intérieur, un Comité consultatif chargé de l'examen de toutes les questions relatives à l'hygiène et au service médical des hôpitaux. Sont nommés vice-présidents du Comité : MM. le préfet de la Seine ; le préfet de police ; Dumas, sénateur ; Rayer, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés membres du Comité : MM. Bernard (Claude) ; Blanche, conseiller d'État ; Bouchardat ; Bouillaud ; Boulu ; Combes ; Devergie ; Gilbert, architecte ; Husson, directeur de l'administration de l'Assistance publique ; Jobert (de Lamballe) ; Laval, architecte ; Lévy (Michel) ; de Lurieu, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; Malgaigne ; Mélier ; le général Morin ; Parchappe ; Payen ; Regnault ; Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine ; Tardieu ; Trousseau ; le baron de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance. — Pourront être appelés, à titre consultatif, aux délibérations du Comité les médecins et chirurgiens qui auront proposé des améliorations dans l'hôpital auquel ils sont attachés.

Sont nommés secrétaires du Comité : MM. Tardieu et Devergie.

— Un concours pour la place de chef interne, médecin résidant, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le mercredi 26 novembre prochain. Ne seront admis audit concours que des docteurs en médecine ou en chirurgie non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 28 octobre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, à Bordeaux. La durée des fonctions du chef interne est de trois ans. Pendant ce temps, il est nourri, logé, chauffé et éclairé ; il reçoit un traitement annuel de 1200 francs.

— L'UNION DES ANCIENS ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES informe le public qu'elle a cette année à conférer plusieurs bourses et des subsides. Les bourses sont de 300 francs et donnent droit à la fréquentation gratuite des cours de l'Université de Bruxelles. Les jeunes gens qui voudraient obtenir une bourse ou un subside, doivent en adresser la demande, avant le 1er octobre, à M. Albert Picard, président de l'UNION, rue de la Fiancée, 16, à Bruxelles. Ils doivent joindre à leur requête leur acte de naissance et des renseignements sur les études qu'ils ont faites et sur celles qu'ils se proposent de faire.

— Par décret du 23 août, M. Lamonta, médecin-major de 1re classe au 2e régiment des tirailleurs algériens, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 28 juillet dernier, M. le docteur Ricord, membre de l'Académie de médecine, a été nommé médecin ordinaire de la maison de S. A. I. le prince Napoléon.

— L'Académie du Gard met au concours pour 1863 une NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR PIERRE-JOSEPH AMOREUX, médecin naturaliste, né à Beaucaire, mort à Montpellier, auteur de nombreux ouvrages, dont plusieurs anonymes, sur la médecine, l'histoire naturelle, la botanique et l'agriculture, et qui a légué sa riche bibliothèque à la ville de Nîmes. Le prix consistera en une médaille d'or de 300 francs. Les mémoires doivent être affranchis et adressés, avant le 1er juillet 1863, à M. Nicot, secrétaire perpétuel de l'Académie du Gard, à Nîmes.

(1) Vol. in-8, Paris, 1862, J.-B. Baillière et fils.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR L'ADMINISTRATION COUP SUR COUP D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 litres et plus dans les vingt-quatre heures), par le docteur *A. Netter*. In-8 de 20 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

LEÇONS THÉORIQUES ET CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES PARASITAIRES, professées par le docteur *Bazin*, rédigées et publiées par *Alfred Pouquet*, revues et approuvées par le professeur. Ouvrage orné de 5 planches gravées sur acier. 2e édition, revue et augmentée. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE APRÈS LA MORT DE LA MÈRE, réponse à M. le docteur *Depaul*, par M. le docteur *Villeneuve*. In-8 de 160 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE ET DE SES INDICATIONS (clinique ophthalmologique du docteur Desmarres), par le docteur *Xavier Galezowski*. Brochure in-8 de 55 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, par le professeur *A. Trousseau*. Tome II et dernier. In-8 de 880 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.
L'ouvrage complet, 2 vol. in-8. 20 fr.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES ATTENTATS AUX MŒURS, par le professeur *Ambroise Tardieu*. 4e édition, accompagnée de 3 planches gravées. In-8 de 224 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

NOUVELLE LOI MORALE ET RELIGIEUSE DE L'HUMANITÉ, ANALYSE DES SENTIMENTS MORAUX, par le docteur *Félix Voisin*. Grand in-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr. 50

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES MENTALES, par le docteur *L.-V. Marcé*. In-8 de 650 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, par le docteur *Prosper Hullin*. In-8 de 528 pages, avec 4 planches lithographiées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE, ET EXPOSITION DE LA LOI DIVINE DE L'HARMONIE, ou TRAITÉ DE LA DISTRIBUTION LÉGALE DES ESPÈCES DANS LA NATURE, par le docteur *S.-E. Cornay*. In-18. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Thèses.

Thèses subies du 30 juin au 2 août 1862.

99. BENOIST DE LA GRANDIÈRE, né à la Tremblade (Charente-Inférieure). [*Relation médicale d'une traversée de Cochinchine en France à bord du transport mixte la Saône, année 1861.*]

100. FAIVRE, C.-E.-Adolphe, né à Besançon (Doubs). [*Des vins et de leur emploi dans le traitement des maladies.*]

101. MORESTIN, Charles-Amédée, né à Saint-Pierre (Martinique). [*Considérations sur les tumeurs sanguines des os.*]

102. NAFILYAN, Andon-Gomidas, né à Constantinople. [*Opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain de M. Marion Sims.*]

103. CASALIS, Eugène-Arnoud, né à Moriah, pays des Bassoutes (Afrique méridionale). [*Considérations sur la formation des dilatations bronchiques.*]

104. LE BRETON, Émile, né à Urville (Calvados). [*Des vices de conformation du bassin. Céphalotripsie répétée sans traction.*]

105. BONNEJOY, Octave-Ernest, né à Marine (Seine-et-Oise). [*Des applications de l'électricité à la thérapeutique.*]

106. LANELONGUE, J.-B.-Pierre, né à Casseuil (Gironde). [*Essai sur les tumeurs fibro-plastiques.*]

107. BÉAL, Benjamin-Augustin, né à Pont-l'Abbé (Charente-Inférieure). [*Quelques considérations sur les maladies observées au Sénégal.*]

108. CHAMPSAUR, Alphonse, né à Aix (Bouches-du-Rhône). [*De l'affection tuberculeuse du rocher.*]

109. BÉCHADE, Jean-Ernest, né à Mauvezin (Lot-et-Garonne). [*De l'hérédité.*]

110. HERBOUT, Élisée, né à Frévent (Pas-de-Calais). [*De l'ulcère simple chronique de l'estomac.*]

111. COSTA DE CERDA (le vicomte). [*Du typhus épidémique.*]

112. LEMARCHAND, Albert, né à Landerneau (Finistère). [*Étude sur quelques points de l'histoire des oblitérations vasculaires.*]

113. FERNANDEZ, Manuel-Rosa, né au Pérou (Amérique du Sud). [*Prophylaxie de la phthisie.*]

114. VIGNES, Léon, né à Toulouse (Haute-Garonne). [*Des tumeurs dites cancéreuses primitives des muscles de la vie de relation.*]

115. CONTESSE, Alphée, né à Montfleur (Jura). [*Étude sur l'alcoolisme et sur l'étiologie de la paralysie générale.*]

116. DEMARLE, Louis-Gustave, né à Paris. [*Essai sur la coca (Erythroxylon coca) du Pérou.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 12 SEPTEMBRE 1862. N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Question de jurisprudence médicale : De la responsabilité médicale. — Lettre à Me Paul Andral, conseil de l'Association générale des médecins de France. — II. **Travaux originaux**. Hygiène publique : Sur la boulangerie au point de vue de l'hygiène publique. — III. **Correspondance**. Questions de zootechnie, à propos des mariages consanguins. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Bibliographie**. Bulletin de la Société de chirurgie de Paris. — Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. — Bulletins de la Société anatomique de Paris. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**.

I

Paris, 11 septembre 1862.

QUESTION DE JURISPRUDENCE MÉDICALE.

De la responsabilité médicale.

A Me PAUL ANDRAL, CONSEIL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Monsieur,

Si le savoir et le talent que vous déployez, avec tant de désintéressement, dans la défense de nos intérêts professionnels n'avaient pour vous d'autre conséquence que de nous encourager à en user librement, ce ne serait pas pour votre zèle, j'en suis sûr, un épouvantail, mais plutôt une incitation. Par malheur, vous vous êtes exposé en même temps à devenir le confident naturel de ceux qui, n'appartenant ni au barreau, ni à la magistrature, auraient la fantaisie de discourir sur la jurisprudence médicale. C'est ce genre de désagrément que je viens vous prier de vouloir bien tolérer aujourd'hui. Je n'ai pas d'ailleurs l'outrecuidance d'engager avec vous une discussion. Il ne s'agit dans ce qui suit que d'un exposé d'opinions à l'usage des lecteurs de la GAZETTE, mais que je vous demande la permission de vous adresser à cause de quelques scrupules légaux dont votre haute compétence saura apprécier la valeur.

Mes remarques porteront sur la question si délicate de la *responsabilité médicale*, qui vient d'être, de votre part, et à l'occasion d'un arrêt de la Cour impériale de Rouen, le sujet d'un mémoire important. Cet arrêt se trouvant en ce moment, dit-on, déféré à la Cour de cassation, vous comprenez tout de suite qu'il ne me convient pas d'entrer dans l'examen des circonstances spéciales de la cause. Je n'ai en vue qu'une thèse générale, une question de principe : la question que vous posez si clairement dans votre consultation, à savoir : quand et à quelles conditions le médecin et le chirurgien

FEUILLETON.

SOMMAIRE. — L'ancienne Faculté de médecine de Paris. — Le doyen. — L'enseignement. — Les examens. — La thèse. — L'examen particulier. — La licence. — Le doctorat (1).

I. Le doyen était à la fois le plus haut dignitaire et le premier champion de la Faculté, le gardien de la discipline et des statuts : *Vindex disciplinæ et custos legum*. Revêtu d'une charge considérée comme la plus grande récompense et le suprême honneur de toute une vie de travail, il porte suspendues à son cou, comme emblème de son autorité, les clefs du sceau de l'Académie et de la Faculté (2). Il répond sur son propre patrimoine de la bonne administration des biens de la Compagnie. Il a la part double dans toutes les distributions. C'est lui qui convoque les assemblées, qui recueille les voix, et qui est chargé de conclure. Sans son consentement, on ne peut s'assembler que sur un arrêt de la cour. Il a voix à l'élection du recteur. Il forme avec lui, avec les autres doyens et les procureurs des Quatre-Nations, un tribunal dont la juridiction s'étend à toutes les affaires scolastiques. Veiller à la discipline de l'École et à la prospérité des études; maintenir la bonne harmonie entre les confrères; si quelqu'un d'eux a commis une faute grave, la signaler à l'animadversion de tous, et requérir contre lui les peines disciplinaires, depuis la simple amende jusqu'à l'exclusion : telles sont les principales fonctions du doyen.

Il doit, en outre, inscrire sur de grands registres appelés *Commentaires de la Faculté* tous les faits intéressant la corporation, qui se passent pendant le cours de son administration. Ces registres sont de grands *in-folio* reliés en parchemin, qui

(1) Extrait de l'ouvrage intitulé : LES MÉDECINS AU TEMPS DE MOLIÈRE.

(2) Le doyen avait même le droit de battre monnaie. Les *méraux*, ou jetons de présence, distribués aux docteurs pour leur assistance aux actes publics, portaient l'empreinte de ses armes. Guy-Patin, le premier, y fit frapper sa propre effigie. — Ces méraux sont devenus aujourd'hui excessivement rares. Il en existe une belle collection à la Bibliothèque impériale.

Digitized by Google

sont responsables des accidents résultant soit de leurs traitements, soit de leurs opérations.

Vous mettez, et je mets avec vous, hors de cause, la question de l'irresponsabilité absolue. Je repousse une immunité dont ne jouit aucune des professions qui s'exercent, comme la profession médicale, sous des garanties publiques d'idonéité : celles de notaire, d'avocat, d'avoué, etc. Je repousse un avantage de corporation qui porterait atteinte aux droits de la société. Je suis d'avis, contrairement à l'opinion du *Congrès médical* de 1845, et conformément aux décisions de la jurisprudence, que l'article 29 de la loi de l'an XI, parce qu'elle a établi le recours à l'indemnité contre l'officier de santé, dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance d'un docteur, n'en a pas pour cela exonéré en toute circonstance le docteur lui-même. Cet article, qui punit une infraction, ne résout pas la question générale de la responsabilité ; mais ce qu'on peut dire avec vérité, c'est qu'il en pose les bases. Il signifie que le fait d'avoir occasionné des accidents graves par une opération ne suffirait pas à lui seul pour engager la responsabilité de l'opérateur. Il dit à l'officier de santé : « Il y a contre vous présomption légale d'incapacité à l'égard de certaines pratiques chirurgicales ; vous avez outrepassé les droits de votre diplôme ; vous avez agi à vos risques et périls ; la loi cesse de vous protéger. » Là donc gît implicitement une déclaration de principe en faveur de l'irresponsabilité de l'homme de l'art. C'est un grand pas sans doute, mais ce n'est point, comme on l'a dit, la négation de toute responsabilité. On ne reconnaît pas par là que, de client à médecin, il y ait convention tacite, par laquelle le premier tiendrait pour suffisante la capacité du second et accepterait sans recours *toutes* les conséquences de son libre choix. L'officier de santé, dans le cas de l'article 29 de la loi de ventôse, est responsable des accidents qui résultent de son opération, uniquement parce que les accidents existent, parce qu'ils ont causé un dommage, et sans considérer s'ils auraient pu ou non être évités. La question pour les cas ordinaires reste donc entière, et il était juste que, dans ce contrat bilatéral où l'une des parties met en jeu sa santé et sa vie, l'autre ne pût pas manquer impunément à certaines obligations essentielles. *Volenti non fit injuria* est une maxime de droit qui ne peut absoudre le médecin que si le tort éprouvé est bien celui auquel on s'est volontairement exposé.

La responsabilité médicale existe donc. A quelles conditions? Aux conditions déterminées par les articles 1382, 1383 du Code civil, et 319, 320 du Code pénal. C'est l'application de ces deux ordres d'articles aux faits médicaux qu'il s'agit d'examiner.

I. Au civil, le Code distingue deux cas : celui où le dommage causé à autrui l'a été « par le fait » de l'auteur de ce dommage (art. 1382), et celui où le dommage résulte d'une « négligence » ou d'une imprudence de ce même auteur (art. 1383). Exemple : Je jette par la fenêtre une tuile qui atteint un passant et le blesse; le mal est arrivé *par mon fait;* j'en suis la cause directe. Ou bien, la tuile qui a frappé le passant s'était détachée de mon toit laissé dans un état manifeste de délabrement : le mal est le résultat de ma *négligence;* j'en suis la cause indirecte. Dans les deux cas, je dois réparation. La distinction est tout aussi claire en pratique médico-chirurgicale. Je cause directement un dommage en lésant l'artère brachiale dans une saignée, et j'en cause indirectement un autre en laissant la veine ouverte, faute d'un bandage approprié. Jusque-là, tout va de soi; mais voici où commence la difficulté : l'article 1383, en spécifiant certaines conditions qui doivent entraîner réparation du dommage causé (imprudence et négligence), et en enfermant par là dans un cercle défini le juge du fond, laisse subsister et rappelle même la disposition fondamentale de l'article précédent, attachant l'obligation de réparer à *tout fait quelconque de l'homme* qui cause à autrui un dommage, sous cette condition, toutefois, qu'il y ait « faute » de la part de celui par qui le dommage est arrivé. Le juge ici a donc à déterminer pour chaque particulier la circonstance constitutive de la faute. La chose est d'ordinaire facile pour les accidents d'ordre commun. Ma voiture, passant la nuit sur un grand chemin, rencontre un homme endormi, qui n'a pas été aperçu, et l'écrase : le fait ne saurait m'être imputé. Mais il en est tout autrement si pareil malheur est venu de ce que la voiture, lancée trop rapidement ou mal conduite, n'a pu être évitée par un passant. Dans certaines professions, même astreintes à des garanties de capacité, souvent la faute est facile à indiquer, parce que ces professions, dans toutes les conditions de leur exercice, sont soumises à des règles précises, opèrent sur des éléments connus. Un notaire n'a pas tenu compte du degré de parenté des témoins instrumentaires dans un contrat de mariage : il a commis une faute évidente; il est responsable. De même pour un avoué ou un huissier auxquels peut être imputé un vice dans la procédure

---

appartiennent aujourd'hui à la bibliothèque de l'École de médecine, et qui contiennent une foule de documents curieux. Le compte rendu de chaque décanat commence ainsi : « † In » nomine omnipotentis Dei Patris, et Filii et Spiritus sancti. » Incipit commentarius rerum in decanatu *** gestarum. » On y trouve, outre le chapitre des comptes de la gestion, la liste des docteurs en vie, celle des réceptions et des questions proposées aux candidats (1); une notice nécrologique sur les membres décédés; l'exposé des différentes contestations qui ont pu se présenter, etc.

Tous les deux ans, le premier samedi après la fête de la Toussaint, tous les docteurs, après avoir entendu la messe, se réunissaient en assemblée générale. Le doyen sortant de charge déposait ses insignes, et exposait dans une allocution l'état dans lequel il laissait les affaires de la Faculté. Alors tous les noms des docteurs présents étaient jetés dans deux urnes séparées, l'une pour les anciens, l'autre pour les jeunes. Dans chacun des deux ordres, l'urne était confiée au plus ancien. Après avoir agité les billets, le doyen tirait trois noms de la première urne et deux de la seconde : il les proclamait aussitôt. Les cinq docteurs ainsi désignés par le sort, sans communiquer avec personne, prêtaient serment de choisir les plus dignes. Ce jour-là, en effet, ils étaient électeurs, et par cela même cessaient d'être éligibles. Ils se retiraient dans la chapelle pour implorer les secours d'en haut, et élisaient entre eux, à la majorité des voix, les trois hommes, parmi les membres présents, qui leur semblaient les plus dignes du décanat : deux anciens et un jeune. Au milieu d'un silence solennel, le doyen sortant tirait un de ces trois noms au hasard. Celui dont le nom était sorti était proclamé doyen pour les deux années suivantes.

Séance tenante, on procédait à la nomination des profes-

(1) La liste de ces questions, rangées par ordre de date, a été publiée en 1752 par le doyen Baron, et peut donner une très bonne idée de l'état de la science et du mouvement des idées pendant une période de plus de trois siècles.

Digitized by Google

ou l'acte dont ils sont chargés. Mais la faute du médecin agissant dans l'exercice de son art ne peut être si aisément établie ; un peu, comme on l'a dit, parce que la médecine est conjecturale, et aussi parce que ses règles, fussent-elles fixes, sont données par la science, par le progrès, et non instituées par lois, décrets, arrêts de cour suprême, ordonnances ou règlements, par actes enfin émanés des délégués de la puissance publique, et qu'ainsi l'homme de l'art n'emprunte ou ne doit emprunter qu'à son savoir et à sa conscience les motifs de sa conduite.

Comment donc déterminer la faute du médecin, qui ne sera ni la négligence ni l'imprudence, et qui pourtant peut exister aux termes de l'art. 1382? Les difficultés que je viens de rappeler créent-elles un obstacle insurmontable à l'action civile? Passant par-dessus les fautes qui peuvent se rencontrer dans tous les rapports des hommes entre eux, comme le *dol*, la *mauvaise foi*, etc., je pose directement la question d'*incapacité*.

A cet égard, monsieur, vous laissez plutôt deviner votre sentiment que vous ne l'exprimez; ou plutôt, consulté sur l'opportunité d'un pourvoi en cassation, vous vous bornez, non sans raison, à mettre l'arrêt attaqué en présence de la jurisprudence et du célèbre réquisitoire de M. Dupin. Je puis être plus affirmatif, et je le serai. A mes yeux, il est de toute équité que le médecin réponde des suites de son ignorance devant la société. L'induction que Montesquieu tire de l'obligation actuelle du diplôme en faveur de l'irresponsabilité, par opposition à la liberté absolue de la profession médicale dans l'ancienne Rome, mais avec une responsabilité qui avait pour sanction la déportation ou la mort, cette induction, outre qu'elle s'évanouit devant la loi existante, me paraît tout à fait inadmissible. Si les médecins « sont censés connaître leur art », est-ce une raison pour que le public, qui n'est pas intervenu dans la déclaration de capacité, ait à souffrir de l'erreur de ceux qui s'en sont portés garants; et, retournant l'argument, ne pourrait-on pas dire, au contraire, que le public a le droit d'exiger une capacité réelle de celui qui la dit garantie par un diplôme?

N'exagérons rien pourtant. Si je ne trouve pas bon qu'on revienne à ces arrêts de parlement qui, aux XVII^e et XVIII^e siècles, mettaient d'une manière absolue à l'abri de l'action civile l'ignorance et l'impéritie des médecins, à quelque degré qu'elles fussent portées, je voudrais encore moins qu'on rendît la médecine responsable de toutes les conséquences de son traitement. Les principes posés par M. Dupin en 1835, qui sont d'ailleurs ceux de Domat, mais plus développés et plus fortement motivés, sont conformes au bon sens comme à la justice. Que l'homme de l'art, que celui qui tient dans les mains la vie de ses semblables, demeure irresponsable quant à son diagnostic, quant à ses moyens de traitement, quant à ses systèmes, quant à ses erreurs, ce n'est pas trop ; mais c'est assez. Si un malheur résulte de son *ignorance de ce qu'on doit savoir*, suivant l'expression de Domat, de son *ignorance crasse*, comme s'exprime M. Dupin, on ne voit pas pourquoi il échapperait à la responsabilité qu'encourent l'avoué et le notaire pour des omissions qui résultent souvent de la négligence, mais parfois aussi de l'ignorance, et qui sont, à ce dernier titre, tout à fait assimilables aux fautes qu'atteint chez le médecin l'art. 1382 du Code civil. Où sera, demande-t-on, la limite entre l'ignorance permise et l'ignorance défendue? Elle sera où la placera chaque espèce particulière. Aux tribunaux à apprécier, comme l'a dit encore M. Dupin : et l'on peut dire encore que ce n'est pas seulement une nécessité de la loi, mais encore une marque de sagesse, que les délits ou les quasi-délits, comme dans la circonstance actuelle, soient désignés par des expressions générales, telles que le mot *faute*, au lieu d'être l'objet de spécifications qui ne s'accorderaient jamais, ni en nombre, ni en nature, avec les faits.

Ici je me permettrai une remarque au sujet d'un passage de votre mémoire, en vous demandant pardon de vous y avoir amené par un aussi long détour. Si « l'ignorance de ce qu'on doit savoir », la négligence et l'imprudence, sont reprochables en justice au médecin et au chirurgien, il importe que ces fautes ne puissent être déguisées par des circonstances de la cause qui leur seraient plus ou moins étrangères. Or, je ne suis pas rassuré à cet égard par l'une de vos interprétations. Je m'explique, en écartant encore une fois toute allusion au cas dont vous vous occupez, et qui, pour le dire en passant, a trait à un genre d'accident assez commun dans la pratique des meilleurs chirurgiens, et que Lafayette, atteint d'une fracture du col du fémur, a connu, dit-on, entre les mains de Boyer. Un traitement quelconque, pansement, opération, médication interne, est suivi d'accidents graves imputables au moyen employé. Ce vice dans le choix ou l'application du moyen est, je le suppose, le fait de l'*ignorance crasse* ou de l'*imprudence*. Jusqu'ici, l'homme de l'art est responsable, à vos yeux comme aux miens. Mais les accidents lui ont été signalés à leur début par les assistants, et il n'a pas tenu compte de l'avis, et il a maintenu son traitement! Alors,

---

seurs, avec la même combinaison de la voie du sort avec celle de l'élection. Contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, le doyen n'était jamais professeur... On remarquera encore que, par une disposition très judicieuse, sur les trois noms jetés dans l'urne pour le professorat, il y avait deux jeunes pour un ancien (1).

II. Les éléments d'instruction, eu égard au temps, abondaient dans la Faculté : et d'abord l'enseignement oral. Il y existait à deux degrés. L'enseignement secondaire était donné par les bacheliers, auxquels on ne reconnaissait le droit que d'interpréter les auteurs anciens, qu'ils ne pouvaient même choisir; ils avaient un programme. Les professeurs se réservaient le privilége de l'enseignement supérieur, des leçons dogmatiques et originales, faites selon telle méthode qu'il leur plaisait d'adopter, sauf l'approbation du doyen. Cette distinction se traduisait même par des formes extérieures bonnes à rappeler. Les professeurs seuls parlaient du haut de la grande chaire de l'amphithéâtre, *ex superiori cathedra*. Des siéges moins élevés étaient réservés aux bacheliers, et devaient leur rappeler que leur rôle était plus modeste.

Dans l'origine, et pendant de longues années, il n'y avait eu que deux professeurs. Tout l'enseignement médical était partagé en deux catégories : 1° *les choses naturelles*, savoir l'anatomie et la physiologie; *les choses non naturelles*, ou l'hygiène et la diététique; 2° *les choses contre nature*, c'est-à-dire la pathologie, et avec elle la matière médicale et la thérapeutique. Le premier cours se faisait à six heures du matin, le second à midi. Chaque professeur traitait tour à tour toutes les questions comprises dans ce double cadre, de sorte que, arrivé à la fin de la seconde année, il se trouvait avoir parcouru le cercle complet.

Dans le courant du XVII^e siècle, cet enseignement fut reconnu

(1) Étaient également nommés tous les deux ans, le samedi avant la fête de la Purification, et avec des formalités semblables, quatre docteurs chargés d'examiner les candidats au baccalauréat.

Digitized by Google

dites-vous, il y a eu de sa part *attention*, *propos délibéré*, *obstination* même, et l'erreur, s'il y en a une, n'est qu'une *erreur scientifique*. Partant elle échappe à toute responsabilité. Vous voulez bien reconnaître que, l'interprétation admise, le chef d'ignorance crasse pourrait subsister, et il resterait à savoir si l'ignorance n'est pas suffisamment qualifiée dans un considérant par l'expression de *faute*, qui est le seul terme par lequel nous avons vu qu'elle était comprise dans la loi; mais vous déclarez inadmissible le chef d'imprudence. Là est peut-être un sujet de doute. L'imprudence n'exclut pas toujours la réflexion, tant s'en faut, et il ne manque pas d'imprudents obstinés! Remarquez que cette difficulté a une portée sérieuse, puisqu'il s'agit de savoir, en cas de poursuite judiciaire ou d'action civile, si l'on devra être réputé prudent ou imprudent, selon qu'on aura été ou non averti. Le cas s'est présenté plusieurs fois, et M. Orfila, dans son TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, fait allusion à un exemple dont il a écarté les noms propres, mais qui est bien connu. Un médecin d'hôpital prescrit une potion contenant 40 ou 50 centigrammes d'un sel de *strychnine* qui ne doit être donné au début qu'à la dose de 1 ou 2 milligrammes. Le pharmacien présente des observations, résiste; mais le médecin, son chef, lui enjoint d'exécuter l'ordonnance. La potion est administrée, et le malade meurt empoisonné (1). Je le demande encore, les avertissements du pharmacien couvrent-ils l'imprudence de l'homme de l'art?

II. Peu de mots sur les articles 319 et 320 du Code pénal, relatifs à la responsabilité dans les cas d'*homicide*, *blessures et coups involontaires*. L'applicabilité de ces articles à la responsabilité médicale a été définitivement consacrée par la jurisprudence, et reconnue par plusieurs médecins légistes, notamment par Orfila, contrairement à l'opinion que lui prête le RÉPERTOIRE GÉNÉRAL (t. IX, p. 424, art. 115). Mais elle est repoussée avec force par d'autres médecins légistes, très autorisés également, comme MM. Briand et Chaudé. Quant à moi, je crois volontiers avec ces derniers auteurs, avec le rapporteur de la question au Congrès médical, que les articles susindiqués n'avaient trait, dans l'esprit du législateur, qu'aux violences exercées dans les rixes, aux homicides et blessures résultant d'une inobservation des règlements de police (2). Je comprends très bien que des actes de la profession médicale comme de toutes les autres, comme de la magistrature elle-même, tombent sous le coup des articles 1382 et 1383 du Code civil, qui a en vue la question très générale de la réparation des dommages, et des dommages de toute nature, y compris déjà les plaies et blessures. Il n'en est plus de même à l'égard d'articles afférents à un genre de dommages tout particulier, et dont l'esprit et le but sont par là même restreints. Mais en même temps je professe en principe, avec M. Orfila, que les médecins doivent répondre, même correctionnellement, des accidents arrivés par leur faute. Cela revient à dire que la justice a raison de vouloir exercer contre eux l'action pénale, qu'il est naturel qu'elle en cherche le moyen dans les dispositions du Code, mais que ce moyen n'a pas été créé pour le but. J'ajoute qu'il y est mal approprié, et j'appelle votre attention sur une remarque qui terminera cette trop longue lettre.

Tout à l'heure l'interprétation des art. 1382 et 1383 du Code civil, j'entends l'interprétation de la jurisprudence et de M. Dupin, nous conduisait à cette conséquence, à ce principe, que, hors les cas de dol, mauvaise foi, malice, inattention, négligence, imprudence, ignorance crasse, le médecin est irresponsable. La maladresse pure et simple, ne procédant pas de l'inattention ou de l'ignorance, ne compte pas parmi les éléments constitutifs de la *faute lourde*. M. Dupin le dit même expressément dans son réquisitoire : « Il ne s'agit pas, dit-il, de savoir... si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, *adresse ou malhabileté à l'exécuter*. » Et en effet, l'adresse n'est pas un élément du savoir, une notion distincte, une chose qu'on puisse acquérir une fois pour ne jamais la perdre; ce n'est pas enfin un élément fixe d'appréciation. Un chirurgien très adroit peut commettre à tel jour, dans telle circonstance, une maladresse, et il n'en est pas, parmi les plus habiles, à qui cela ne soit arrivé. Or, que dit l'art. 319? « Quiconque par *maladresse*, imprudence, inattention, etc... » La maladresse est donc la première faute qu'atteigne cet article. D'où il suit qu'il y a sur ce point désaccord manifeste entre la loi pénale et la loi civile. Et comme il est impossible d'admettre que l'étendue de la responsabilité médicale varie avec la juridiction, il me paraîtrait urgent, et c'est ma conclusion, que cette responsabilité en matière pénale fût définie par de nouvelles dispositions.

A. DECHAMBRE.

(1) Il y a eu, je crois, plusieurs victimes dans cette malheureuse circonstance.

(2) « ART. 319. Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. »

---

insuffisant. Il existait déjà, comme on le verra par la suite, un cours de chirurgie fait en français pour les apprentis barbiers. Sous le décanat de C. Guillemeau, en 1634, fut créé un cours de chirurgie *en latin*, auquel étaient admis les seuls étudiants en médecine. On commençait à reconnaître que, si la Faculté voulait garder sérieusement sur les chirurgiens cette suprématie à laquelle elle tenait tant, il n'était pas mauvais qu'elle en sût autant que ses disciples (1).

Pour des raisons analogues, une chaire de botanique fut érigée en 1646, sous le décanat de Jacques Perreau, qu'il ne faut pas confondre avec Claude Perrault, celui qui,

Laissant de Galien la science suspecte,
De méchant médecin devint bon architecte,

et qui ne fut jamais doyen, bien qu'il fût un médecin fort instruit, malgré le dire de Boileau. Cette chaire fut occupée pendant dix ans par François Blondel; après quoi, le professeur de botanique fut élu à la manière des autres.

Nous aurons terminé cette énumération lorsque nous aurons mentionné deux professeurs de pharmacie, qui étaient en même temps chargés de l'inspection des boutiques d'apothicaires, l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche de la Seine.

Le tout se faisait, d'ailleurs, à peu de frais. Un budget annuel de 800 livres tournois était mis à la disposition du doyen, et suffisait à rétribuer tout le personnel enseignant. L'assistance aux cours de la Faculté était de rigueur. Ils se faisaient avec cette solennité qu'elle savait donner à toutes choses. Au

(1) Voici la liste des livres de chirurgie que l'on expliquait aux élèves : *Hippocrate*, livres des ulcères, des fistules, des plaies de tête, des fractures, des articulations, de l'officine du médecin. — *Galien*, livres des os, des administrations anatomiques, les commentaires sur les ouvrages d'Hippocrate ci-dessus. — *Oribase*, traité des bandages, traité des machines. — *Paul d'Égine*, livre VI. — *Celse*, livres VII et VIII. — *Albucasis*. — *Guy de Chauliac*. — *Tagault*, livre IV. — *Gourmelin*, art de chirurgie. — Pour Ambroise Paré, il était censé n'avoir jamais existé.

Digitized by Google

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hygiène publique.

SUR LA BOULANGERIE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, par M. le docteur RIGAUD. (*Mémoire lu à la Société de médecine de Paris.*)

« Tout ce qui entoure l'homme peut devenir pour lui » le principe d'une infinité de maladies; il faut donc » chercher le procédé vicieux, traiter l'industrie si l'on » ne veut pas se voir forcé de traiter l'homme lui-même. »

(A. DUBOST, *Dictionnaire politique.*)

Jusqu'à présent on s'est occupé de la question de la boulangerie, bien plus sous le rapport de l'économie sociale que sous celui de la salubrité publique, c'est-à-dire de l'hygiène des artisans boulangers et du consommateur. C'est à ce dernier point de vue que je viens développer quelques réflexions qui m'ont semblé présenter un certain intérêt.

L'autorité, soucieuse de la santé de ses administrés, a appelé l'attention sur l'emploi des eaux des puits de Paris dans la boulangerie, elle a désiré que l'on ne pût se servir que d'eau offrant les meilleures conditions de salubrité et de propreté. Elle a fondé ses craintes sur ce qui a été dit et répété, sans examen attentif, depuis Parmentier jusqu'à Amb. Tardieu : « qu'à Paris, un pain dont la pâte est pétrie avec l'eau des » puits, qui est très séléniteuse, peut présenter des inconvé» nients qui disparaitraient par l'emploi d'une eau moins crue, » pure relativement, telle que l'eau de la Seine. » (Ambroise Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène.*)

Il suffit de consulter les hommes pratiques et désintéressés, pour apprendre d'eux que les sels, les sulfates, les chlorures à l'état de dissolution dans les eaux des puits de Paris, sont utiles à la panification ; et l'expérience prouve que ces eaux qu'on appelle dures et crues sont préférables aux eaux douces et courantes pour donner du corps à la pâte. Conséquemment, pas d'inconvénients à en user.

Quant aux eaux qui contiendraient des substances délétères comme de l'urine ou des matières fécales, ainsi que cela peut arriver quand les puits sont voisins des fosses d'aisances, il est évident que le boulanger qui les emploierait ne confectionnerait qu'un pain détestable au goût, et que la concurrence et le consommateur en auraient bientôt fait prompte et radicale justice.

Pour les sels dangereux ajoutés à ceux contenus dans l'eau, si l'ignorance, la cupidité, ou tout autre motif de spéculation les ont parfois exploités, ils ont été rapidement abandonnés, car la déception, le tribunal de police correctionnelle, le déshonneur ont atteint ceux qui se livraient à des fraudes si pleines de périls pour la santé publique.

Le pain, qui, comme on l'a dit, est un de ces produits de l'industrie que tout le monde consomme et qui n'étonne personne, remonte à la plus haute antiquité. Aussi loin qu'on puisse pousser les recherches, il est impossible d'indiquer l'époque de la découverte de la panification.

La Bible en fait mention dès le temps d'Abraham et de Moïse, 2281 ans avant J. C. (*Genèse*, chap. XIV et XVIII ; *Exode*, chap. XIII) ; le *Lévitique*, le livre des *Nombres* en parlent aussi. Le pain avec ou sans levain était déjà connu, ce qui prouve encore une fois de plus que c'est en Orient que l'on trouve le germe de presque toutes les connaissances humaines ; seulement quelques passages de l'*Exode* semblent indiquer que la panification publique n'existait pas. Ce n'est que 174 ans avant J. C., l'an 580 de la fondation de Rome, que l'on trouve des traces de boulangerie publique. Les Romains, à leur retour de Macédoine, amenèrent en Italie des boulangers grecs qui fabriquaient le pain d'après des notions spéciales, qu'eux-mêmes avaient tirées d'Asie, et ce sont ces Grecs qui auraient transmis leurs usages aux Gaulois et aux Francs. Dans les ruines de Pompeï, englouti en 832, on a retrouvé une boutique de boulanger. Enfin, d'après une note sur les villages lacustres ou aquatiques communiquée tout récemment à l'Académie des sciences par M. Dépine, on aurait découvert, dans le lac de Constance, un ancien magasin contenant cent mesures d'orge et de blé en épis, et un pain à demi consumé par le feu, et fait avec de l'orge grossièrement broyée. Suivant quelques archéologues, ce pain daterait de quarante siècles. Ces citations sont suffisantes ; elles prouvent que l'usage du pain se perd dans des temps inconnus.

Partout, à toutes les époques, les hommes qui se sont occupés d'hygiène et particulièrement de l'hygiène des artisans, ont signalé comme insalubre la profession de boulanger ; mais aucun, ni Ramazzini, ni Patissier, son savant commentateur, à peu près les seuls auteurs classiques qui aient écrit sur les maladies des artisans, n'indiquent les moyens de remédier aux graves et nombreux inconvénients du travail laborieux de la panification. Quand on visite un fournil, on est facilement convaincu que les ouvriers boulangers sont dans les conditions hygiéniques les moins bonnes : travail de nuit, dans des caves presque toujours sales et mal aérées, chaleur vive, nudité à peu près complète, transition brusque et sans précaution aucune d'une température élevée à un froid intense et rigoureux ; respiration au milieu d'une atmosphère chargée de poussière ténue ; action simultanée et fatigante des muscles du thorax et des bras ; sueur abondante, soif vive et satisfaction de ce besoin au moyen de boissons alcooliques. « Les boulangers, dit » Ramazzini, sont des ouvriers nocturnes ; tandis que le reste » des hommes, débarrassés de leurs travaux, se livrent au som» meil et réparent leurs forces, ces ouvriers travaillent, et, » pendant le jour, semblables à ces animaux qui fuient la

---

moment de leur nomination, les professeurs prêtaient le serment suivant :

« Nous jurons et promettons solennellement de faire nos leçons en robe longue à grandes manches, ayant le bonnet carré sur la tête, et la chausse d'écarlate à l'épaule (1)... » C'était là leur premier devoir. Professeurs d'aujourd'hui, vous pour qui robe et bonnet carré ont perdu tous leurs charmes, vous que les invitations les plus pressantes de l'autorité ne peuvent décider à vous revêtir de ce costume, vous doutez-vous que, sous le régime où ont vécu vos prédécesseurs, cette négligence eût été un véritable parjure?

Leur second engagement était celui-ci : « Nous jurons de faire nos leçons sans interruption ; de les faire *nous-mêmes* et non par des suppléants, à moins d'urgente et absolue nécessité, chacune d'elles pendant une heure au moins, tous les jours de l'année qui ne seront pas jours de fête, soit pour la ville de Paris, soit pour toute l'Académie. » Il est vrai d'ajouter que les fêtes abondaient : outre les vacances, qui s'étendaient de la veille de Saint-Pierre à la veille de l'Exaltation de la Croix, c'est-à-dire du 28 juin au 13 septembre ; outre les grandes solennités religieuses, on chômait encore la Sainte-Catherine, la Saint-Luc, les deux fêtes de Saint-Nicolas ; l'anniversaire de l'entrée d'Henri IV à Paris, la grande fête de la foire du Landit (1), le mardi gras, etc. ; sans compter que le premier samedi de carême, le samedi saint, la veille de la Pentecôte, de l'Assomption, de la Toussaint, de Noël, les écoles étaient fermées *confessionis causa*, disent les statuts.

Ajoutez, comme complément à ces différents cours, ceux

(1) Voy. Sabatier, *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*, Paris, 1837. On trouvera dans cet ouvrage un bon nombre de documents, la plupart empruntés aux discours académiques de Hazon, imprimés en 1778.

(1) Grande foire qui se tenait à Saint-Denis, et dont l'origine remontait aux croisades. Pendant longtemps c'était là que l'Université faisait provision de parchemin. Elle s'y rendait en corps, le recteur en tête.

» lumière, ils sont forcés de dormir et sont ainsi, au milieu » des villes, des antipodes dont la façon de vivre est opposée et » contraire à celle de tous les autres habitants. »

Du temps des Romains, il en était ainsi.

Martial a dit :

Surgite, jam vendit pueris jentacula pistor,
Cristatæque sonant undique lucis aves.

« Levez-vous, déjà le boulanger vend les déjeuners des » enfants, et les coqs annoncent le jour. » Ces pains avaient été fabriqués et cuits pendant la nuit.

« Ceux qui pétrissent la pâte, ajoute M. Patissier, et la for- » ment en pains, font des efforts assez considérables qui les » disposent aux maladies du cœur; obligés de travailler debout, » ils sont sujets aux varices et aux ulcères des jambes; ils sont » souvent atteints de dartres furfuracées, de la gale et de ma- » ladies vénériennes; ils meurent épuisés entre quarante et » cinquante ans. Stoll a remarqué que ces artisans, quand ils » sont attaqués de maladies aiguës, succombent plus souvent et » plus promptement que les autres, et qu'ils sont très sujets » aux fièvres malignes dont ils reviennent avec peine. Dans la » peste de Marseille, en 1720, tous les boulangers périrent, et » l'on fut obligé d'en faire venir des villes voisines pour suffire » aux besoins du peuple. »

Ils sont sujets aux éruptions squameuses sur les mains. Turner Thackrah rapporte cette affection à une variété de psoriasis. Suivant le même observateur, dans un rapport de l'institut de Hambourg, le rhumatisme aigu frappe un sixième des boulangers. Les maladies de poitrine sont fréquentes chez eux; souvent on observe des bronchites qui, sous l'influence de l'entretien permanent des mêmes causes, passent à l'état chronique et dégénèrent parfois en phthisie incurable.

Dans un relevé statistique du professeur Hannover, dans les hôpitaux civils de Copenhague, traduit par le docteur Beaugrand, on trouve 161 décès par la phthisie, sur 1000 décès. L'âge auquel les malades sont emportés a une importance notable pour déterminer le degré de l'influence professionnelle. L'âge moyen chez les boulangers est de 35,1; et pourtant, observation très importante, à Copenhague, les conditions dans lesquelles se trouvent les boulangers sont un peu meilleures que dans les autres pays; le travail de nuit y est très peu considérable.

Bien que les muscles des bras et du thorax soient développés d'une façon athlétique, ces ouvriers présentent une grande pâleur de la face, un état anémique qui leur est commun d'ailleurs avec tous ceux qui travaillent et vivent dans une température élevée, comme les pâtissiers, les cuisiniers, etc.

N'avez-vous pas été bien des fois saisi d'une impression pénible en entendant les ouvriers pétrisseurs dans l'exercice de leur laborieux travail? Mais non; chaque jour nous les entendons et nous n'y prêtons que l'attention la plus vulgaire, tant l'habitude émousse toute sensibilité. Le consommateur se préoccupe peu de ce que coûte de travail, de soins, de peine, de fatigue, de labeur difficile, ardu, la confection du pain, son aliment le plus salubre, celui dont il ne se lasse jamais, celui qui fait le complément de tous ses autres aliments.

« Le pétrissage (Boland, *Traité de la boulangerie*) est une opé- » ration par laquelle on parvient à combiner ensemble l'eau, » la farine et le levain pour former un corps mou et sensi- » blement élastique, auquel on a donné le nom générique de » pâte; c'est l'ouvrier le plus robuste qui est chargé de cette » pénible opération. On donne communément à cet ouvrier » la qualification d'aide et non de gindre, comme on pourrait » le supposer par le cri qu'il pousse souvent avec exagération » et que lui arrachent les efforts qu'il fait pour accomplir sa » tâche. Cette opération est la plus importante de la panifica- » tion, et, pour son opération, il ne faut pas être doué seule- » ment de force physique, il faut aussi avoir une certaine in- » telligence.

» Le but du pétrissage ne consiste pas seulement à mélanger » la farine avec l'eau pour former la pâte, il faut encore in- » corporer à celle-ci le levain, de manière que chaque molé- » cule de ce dernier soit répartie également dans la masse et » incorporée avec elle pour lui donner son germe de fermen- » tation. »

Cette opération, on le voit, est difficile et nécessite une dépense considérable de force qui ne se fait qu'au détriment de la santé de l'ouvrier. Le pétrissage de 250 à 300 kilogrammes de pâte oblige à un travail de trente à trente-cinq minutes. Supposez seulement six à huit fournées de pain, c'est une transpiration abondante, de violents efforts musculaires et une énorme fatigue pendant trois ou quatre heures chaque nuit.

Je crois avoir esquissé les inconvénients qui résultent pour les artisans boulangers du travail auquel ils sont obligés de se livrer.

Je vais examiner en quelques lignes si le consommateur obtient tout ce qu'il est en droit d'attendre. Si l'on ne ressent pas quelque pitié pour les fatigues pénibles du boulanger, on est au moins pénétré d'un profond sentiment de dégoût en voyant ces hommes dont la propreté chez le plus grand nombre est plus que problématique, plonger, au milieu de la pâte, leurs mains rarement lavées, leurs bras d'où découle une sueur abondante, du corps desquels sortent des émanations plus ou moins nauséabondes; qui, enfin, ne prennent aucune précaution pour accomplir leur tâche avec toute la propreté qu'elle exige; je ne parle pas du pétrissage qui se fait avec les pieds, comme cela se pratique dans quelques localités en France et dans quelques contrées de l'Allemagne.

Aussi, que de fois, outre des débris d'insectes logés dans les

---

qui se faisaient au Jardin-Royal et au Collége de France (1), et qui, tout indépendants qu'ils étaient alors comme aujourd'hui de la Faculté, étaient faits cependant par des docteurs régents choisis dans son sein, et vous aurez à peu près épuisé le compte des ressources intellectuelles offertes à la jeunesse studieuse.

Quant à l'enseignement pratique, tout en reconnaissant les louables efforts tentés par la Faculté pour satisfaire à cette partie importante d'un programme sérieux d'études, on est obligé de reconnaître tout ce que cet enseignement avait alors d'insuffisant.

L'anatomie, quel que soit d'ailleurs le talent de ceux qui l'enseignent, ne peut s'apprendre réellement que par l'étude des cadavres. Comment cette science si nécessaire aurait-elle pu prendre tout son développement, à une époque où les corps des criminels étaient seuls disséqués? Sous ce rapport, malgré tout son bon vouloir, la Faculté était condamnée à attendre qu'il se commît des crimes pour en profiter. Et comme, évidemment, on ne pouvait rien prévoir à cet égard, lorsqu'une exécution avait lieu, le lieutenant criminel faisait prévenir le doyen, qui envoyait le grand bedeau convoquer les docteurs et les étudiants. Lorsqu'on était en paix avec les chirurgiens, on leur faisait la grâce de les convier à ces réunions solennelles. C'était ce qu'on appelait *faire une anatomie*. Par un mélange d'idées bizarres sur la dignité de la science et l'indignité des exercices manuels, le professeur était réputé un savant, qui, se tenant dans les hauteurs de la théorie, ne devait pas descendre jusqu'à manier le scalpel; celui qui disséquait, au contraire, était censé un simple manœuvre, à qui il était formellement interdit d'être un savant. Pour remplir ces fonc-

(1) Le Jardin-Royal, devenu depuis le Muséum d'histoire naturelle, avait été fondé en 1620 par Richelieu, sur un terrain du faubourg Saint-Victor, offert par Guy de Labrosse, premier médecin de Louis XIII. Son petit-neveu, le célèbre Fagon, donna plus tard à cet établissement un développement plus grand. On y enseignait la chirurgie. Quant au Collége de France, fondé, comme on sait, par François I[er], il a toujours possédé une chaire de médecine.

fissures du sol et des murs jamais nettoyés, outre les excrétions de certains rongeurs, ne rencontre-t-on pas dans le pain, même celui sortant des boulangeries les plus renommées, des objets qui inspirent une invincible répugnance! Il m'est souvent arrivé de trouver du mucus nasal entouré de poussière de tabac, ce qui empêche de se tromper sur la nature de ce corps étranger à la panification; j'ai mis la dent sur un petit bouton de cuivre oxydé; j'ai coupé en deux un morceau de tabac à mâcher, *vulgo chique*; enfin, j'ai découvert un insecte du genre *Cimex* dans un pain auquel on apporte le plus de soin, un pain dit à grigne. Tout cela n'est-il pas capable de révolter les estomacs les plus robustes, les moins délicats?

Quels sont donc les moyens qui peuvent annihiler tous ces inconvénients que je viens de signaler, et qui intéressent tout à la fois et l'ouvrier et le consommateur?

Je n'en connais qu'un seul, c'est l'emploi du pétrissage mécanique; et que l'on ne vienne pas crier à l'impossibilité, à l'utopie! Mais c'est avec ce mot utopie que l'on reste dans un déplorable *statu quo;* c'est avec ce mot qu'on encourage la paresse, qu'on arrête toute espèce de progrès au lieu de lui venir en aide, même quand on n'y croit pas; utopie! mais ce mot devrait être banni du vocabulaire; l'utopie, a dit un grand poëte de notre temps, est toujours une vérité dans l'avenir : que d'utopies, il y a soixante ans, qui, aujourd'hui, sont des réalités? Ce travail serait incomplet si je ne donnais quelques détails sur le pétrissage mécanique; je serai bref. A l'époque où Parmentier écrivait sur la boulangerie, en 1778, on tentait en Italie et en Espagne des essais de panification mécanique qui n'eurent aucun résultat. Plus tard, en France, en 1810, la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, proposa un prix de 1500 francs « pour une machine ou des » machines qui, prenant la pâte après qu'elle est frasée, l'amè» nent avec les soins des ouvriers pétrisseurs, mais sans efforts » pénibles de leur part, à l'état le plus parfait de pâte ferme, » bâtarde ou molle à volonté. »

Un boulanger de Paris, nommé Lembert, concourut; des expériences furent faites avec la machine de son invention par la commission de la Société d'encouragement, par les Sociétés d'agriculture de Lyon, d'émulation de Rouen, etc., etc. Le prix lui fut décerné en 1811. Ce pétrisseur mécanique, appelé du nom de l'auteur, *Lembertine*, n'eut point le succès qu'on espérait, et depuis longues années, il est relégué au Conservatoire des arts et métiers; depuis, de nombreux essais furent tentés, tous restèrent infructueux. Toutes ces machines ne remplissaient pas certaines conditions indispensables à la panification, et, en particulier, celle qui les résume toutes « de produire le déplacement de la matière par un mouvement successif et alternatif. » (Boland.) En 1835, les frères Mouchot installèrent au petit Montrouge une boulangerie munie d'une machine de l'invention de M. Fontaine. En 1839, M. Gaultier de Claubry fut chargé par la commission d'hygiène et de salubrité d'examiner sept pétrisseurs mécaniques, et de déterminer les avantages comparatifs du pétrissage à bras et par machines; les conclusions du rapport furent en faveur de ces dernières.

En 1852, M. Rolland, boulanger à Paris, reçut de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, une médaille de platine, sur les conclusions d'un rapport de M. Gaultier de Claubry. Déjà, un premier rapport présenté à l'Académie des sciences par MM. Poncelet, Boussingault et Payen, avait payé un tribut d'éloges à l'invention de M. Rolland.

En 1854, un *pétrisseur à circulation d'air chaud ou froid*, de M. Bouvet, fut l'objet d'une expérimentation suivie à l'hôtel impérial des Invalides, et le 13 août 1855, M. le maréchal Vaillant, dans un rapport à l'Académie des sciences, sans donner une approbation exclusive à ce système nouveau, disait : « Chaque jour, pendant trois semaines, le pétrin a servi » à faire une fournée de 140 pains; on a ainsi distribué aux » diverses parties prenantes plus de 2000 pains fabriqués par » ce procédé mécanique, et ni les consommateurs, ni la com» mission de réception n'ont élevé de réclamations sur la qua» lité de ces rations. »

Un de nos confrères n'a pas dédaigné de s'occuper du pétrissage mécanique. Le docteur Raboisson (de Bordeaux) envoya à l'Exposition universelle de 1855 une machine qui obtint l'approbation de l'Académie des sciences de cette ville, et qui a été appliquée dans plusieurs boulangeries.

Le pétrisseur Fleschelle qui fonctionne dans plusieurs villes de France, à Amiens, à Saint-Malo, etc., à l'étranger, à Turin, à Valparaiso, mérite de ne pas être oublié.

M. Boland, qui avait étudié avec succès l'architecture, et qui avait été élève de l'Ecole des beaux-arts, et concouru pour le grand prix de Rome, fut, par des causes indépendantes de sa volonté, obligé d'abandonner la route qu'il avait choisie et de continuer la carrière que son père avait parcourue pendant de longues années avec une grande honorabilité, et où il avait acquis une réputation des plus méritées. Considérant son état comme un art véritable, il voulut qu'il marchât dans la voie du progrès comme les autres industries. Il chercha un appareil qui pût remplacer le travail intelligent de l'homme, et il arriva à en créer un comme un boulanger artiste pouvait le faire.

L'administration de l'Assistance publique a fait exécuter un modèle du pétrisseur mécanique de M. Boland. Il fonctionne à la boulangerie générale de la place Scipion.

Les avantages de ce pétrisseur, comme de ceux dont je parlerai tout à l'heure, sont :

Perfection de ses produits;
Economie dans la fabrication du pain et de son rendement;
Salubrité des ouvriers boulangers;
Propreté irréprochable.

---

tions infimes, on ne pouvait mieux rencontrer qu'un barbier-chirurgien. Malgré tout, il arrivait souvent que le modeste préparateur en savait autant que le maître. Celui-ci devait sévèrement réprimer cet abus. « *Doctor non sinat dissectorem dicagari, sed contineat in officio dissecandi*, » disent les statuts. Ce qu'il y a de curieux, c'est que la Faculté ne daignait même pas payer ce pauvre compagnon. Il devait recevoir son salaire de ses confrères. Je dois ajouter toutefois qu'avec plusieurs hommes éclairés de son temps, l'illustre Riolan, qui malgré bien des défauts et des préjugés était du moins réellement animé du feu de la science, protesta, et souvent avec une véritable éloquence, contre ces distinctions absurdes.

Sous les ordres du professeur était placé un *archidiacre des écoles*. Ce fonctionnaire n'avait, du reste, rien d'ecclésiastique que le nom. C'était un prosecteur. Il devait, de concert avec le doyen, veiller à tout ce qui concernait l'anatomie. Lorsque le professeur avait fini sa démonstration, l'archidiacre récapitulait la leçon en latin. Il était pris parmi les écoliers, et choisi par ses camarades. Cependant les bacheliers avaient droit à la préférence. C'est ainsi que Riolan, dont je viens de parler, n'avait été archidiacre qu'en faisant casser une élection qui avait eu lieu contrairement à son privilége...

MAURICE RAYNAUD.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— Un concours pour quatre places d'internes-chirurgiens et cinq places d'internes-pharmaciens près des hôpitaux d'Alger, s'ouvrira à Alger le 10 novembre prochain. Les émoluments attachés à l'emploi sont de 900 francs par an, plus la nourriture les jours de garde, et tous les matins.

Dix de ces pétrisseurs suffisent, chaque jour, au pétrissage de 17 000 kilogrammes de farine, produisant aux environs de 22 000 kilogrammes de pain. Le pain de deuxième qualité, dont l'Assistance publique approvisionne les marchés de Paris, ne le cède en rien à celui de première qualité le mieux confectionné ; une légère nuance les différencie seulement tous les deux.

Deux autres inventions doivent encore être signalées ; c'est celle de M. Drouot, qui peut être mue par la chaleur même du four ; puis celle de M. de Meaupou, perfectionnée par M. Victor Frick.

Je n'ai fait qu'indiquer sommairement les principales machines propres à la panification ; les brevets dépassent actuellement le chiffre 100. Toutes ces machines, du reste, pétrissent en huit ou dix minutes ce que les bras ne peuvent faire qu'en trente ou trente-cinq minutes.

Devant un tel nombre d'inventions, on est en droit de se demander pourquoi le système du pétrissage mécanique n'est pas plus répandu : par plusieurs motifs ; et, le plus grand obstacle, sans contredit, est la routine, la plus terrible et la plus incurable des maladies ; la routine aveugle des ouvriers qui ont la crainte de voir diminuer le prix de leur salaire, et l'apathie, l'insouciance, l'ignorance d'un grand nombre de patrons qui n'ont aucune connaissance de leur art, qui ne sont que les agents des grands meuniers qui approvisionnent la capitale, qui sont dans leur complète dépendance, qui ne sont enfin que des boulangers à cuisson ; un autre obstacle à l'adoption de ces machines est inhérent aux machines elles-mêmes qui ne peuvent pas être disposées dans les petits ateliers, qui sont difficiles à manœuvrer, qui sont d'un prix élevé.

Il faut pourtant faire une exception en faveur de l'invention Rolland, complétée aujourd'hui par un four aérotherme, et qui fonctionne non pas seulement chez quelques boulangers de Paris, mais encore à Lyon, à Fontainebleau, et qui a été adoptée d'emblée dans beaucoup de départements, et dans quelques-uns que l'on a l'habitude de regarder comme encore éloignés de la civilisation ; je citerai les départements des Côtes-du-Nord, du Finistère, du Morbihan. Les appareils Drouot et de Meaupou sont très faciles à mettre en œuvre, occupent peu de place et sont d'un prix relativement minime ; le premier a été appliqué avec succès à Paris ; le deuxième, suivant M. Frick, marcherait avec avantage dans le département des Bouches-du-Rhône, plus spécialement depuis la dernière grève des ouvriers boulangers.

Il me resterait à examiner quelques questions relatives à mon sujet, telles que l'adoption des meuneries-boulangeries, à l'instar de l'usine de la place Scipion, proposée par le sénateur préfet de la Seine, la liberté de la boulangerie, etc. ; mais ce serait faire une excursion dans le domaine de l'économie sociale, et je m'écarterais de mon but. Pourtant, en présence des opinions si contradictoires de M. Dumas, président du conseil municipal, et de M. le Play, membre du conseil d'État, il est permis de demander une nouvelle étude de ces questions, et, en même temps, l'examen du pétrissage mécanique dont M. Dumas paraît être partisan, par des hommes compétents, exempts de toute prévention, sans aucune partialité, sans idée préconçue. Pour moi, le pétrissage mécanique est acquis à la boulangerie, et il me semble qu'il serait facile, dans un temps donné, d'obliger tous les boulangers à ne se servir du travail à bras que dans des circonstances exceptionnelles. L'adoption des machines aurait pour les artisans de ce laborieux et meurtrier travail et pour le consommateur d'incontestables avantages.

Je termine :

Si les sociétés scientifiques ont le droit d'indiquer les inconvénients, les abus, c'est à l'autorité qu'incombe le devoir d'appliquer les moyens de les supprimer. La science signale le danger, l'autorité le fait cesser.

Dr Rigaud

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Questions de zootechnie, à propos des mariages consanguins.

Mon cher rédacteur,

Il a été beaucoup question de zootechnie dans la presse médicale, depuis quelques semaines, à propos de la discussion sur les mariages consanguins. Votre Gazette, qui a pris une part remarquable et remarquée à cette discussion, notamment par la plume de votre distingué collaborateur M. E. Dally, est peut-être le seul journal de médecine qui ne se soit pas mépris sur la signification des termes usités dans notre science, pour cette excellente raison qu'elle ne s'est point crue en mesure de nous l'enseigner. Il s'est produit, à cet égard, d'assez singulières théories, que je vous demande la permission de réduire à leur valeur, pour édifier les médecins sur l'importance que les faits empruntés à l'observation des animaux peuvent avoir dans le débat.

D'abord on a fait du *croisement* un terme opposé à celui de *consanguinité*. Tel n'est point le sens que la zootechnie accorde à ces mots. Le croisement ne s'entend pas de l'union de famille à famille, mais bien de race à race, de même que l'hybridité s'applique à l'union de deux espèces différentes. L'union de reproducteurs appartenant à la même race, lorsqu'elle est précédée d'un choix opéré en vue d'un but déterminé, constitue le procédé que nous appelons *sélection*. L'accouplement de deux individus de la même famille, et par conséquent *consanguins*, n'en est, ainsi que je l'ai déjà dit ailleurs, qu'un cas particulier. C'est seulement le plus haut degré de la sélection.

Mais ce qui a été surtout méconnu jusqu'à présent dans la discussion, c'est le rang qui appartient à ce procédé dans le perfectionnement de la race ou de l'espèce, quelle que soit l'étendue que l'on accorde à l'expression. Il semble que les modifications qui constituent ce perfectionnement n'aient d'autre source que la procréation des individus par leurs parents. Là est l'erreur, qui a trop longtemps régné, mais que la zootechnie moderne, mieux éclairée, a fait disparaître. On sait maintenant que les améliorations se multiplient, s'étendent dans la famille, dans la race, dans l'espèce, par voie de génération, mais que ce moyen est impuissant tout seul à les créer. C'est un des facteurs du perfectionnement, comme nous disons en zootechnie, mais un facteur secondaire. Le facteur principal est celui qui provoque le développement effectif de la modification constituante du perfectionnement : c'est le modificateur hygiénique qui agit directement sur l'individu.

La science du zootechnicien consiste précisément à connaître le mode d'action de chacun des modificateurs qui peuvent imprimer aux individus des caractères utiles pour leur exploitation industrielle, puis les conditions de la puissance héréditaire de ces caractères, pour arriver à leur multiplication par l'union des individus qui les présentent, soit qu'ils aient apparu sous l'influence d'une intervention consciente de l'homme, ou bien qu'ils se soient montrés spontanément. L'art de l'éleveur a pour objet d'en diriger l'application.

Dans les observations bien faites, on ne trouve chez les individus observés que les caractères qu'ils ont hérité de leurs procréateurs, et ceux qui se sont ensuite développés sous l'influence des modificateurs hygiéniques.

Les êtres vivants naissent avec des aptitudes qui dépendent de leur organisation. Ces aptitudes sont héréditaires. L'exercice méthodique les développe en accroissant la puissance de leurs organes. D'où il suit que la gymnastique fonctionnelle est le point de départ de toutes les modifications d'aptitude qui, chez les animaux, à cette seule condition qu'elles aient pour effet d'atteindre un but utile, sont considérées comme des améliorations. Ces simples propositions sont le fondement

Digitized by Google

de la zootechnie, telle que nous nous efforçons de la déduire de l'observation des faits. Elles s'appliquent également à toutes les aptitudes et à toutes les fonctions. Qu'il s'agisse de sélection ou de croisement, de force musculaire, d'aptitude intellectuelle (comme c'est le cas pour bon nombre de races canines et même chevalines), d'activité des mamelles, de développement précoce ou de prédisposition à l'engraissement : dans toutes ces circonstances, à chaque génération le perfectionnement s'augmente du contingent que lui apporte chacun des reproducteurs améliorés par la gymnastique fonctionnelle. La génération, en créant l'individu perfectionné, ne crée pas ce qui le fait ainsi qualifier ; elle le transmet seulement.

De même pour les dégradations de type que l'on appelle abâtardissement ou dégénérescence. Je défierais sans crainte qui que ce soit de produire, à cet égard, autre chose que des assertions sans preuve. Il n'y a pas dans la science un seul fait bien observé qui puisse être invoqué contre cette proposition, c'est-à-dire un seul fait établissant au compte de l'acte générateur, dans quelques conditions qu'il se soit accompli, des phénomènes qui ne puissent être imputés ni à l'hérédité, ni à l'influence de quelque cause extérieure, immédiatement appréciable ou non. Tout ce qui a été avancé sur ce sujet n'a donc nullement le caractère scientifique ; ce sont de pures allégations.

Il ne m'appartient pas d'examiner celles qui se rapportent à l'espèce humaine ; mais, pour ce qui concerne les animaux, il me serait facile de faire voir que les prétendus exemples qui ont été cités témoignent d'une remarquable incompétence de la part de ceux qui les ont invoqués. Je n'en veux donner pour preuve que la curieuse étiologie attribuée aux quelques cas de cachexie qui se sont montrés, au siècle dernier, dans le troupeau de Bakewell. Ces faits ont été mis, sans plus de façons, à la charge de la consanguinité. Cela ressemble fort à la classique explication de Toinette : « *Le poumon !...* »

Dans les pratiques auxquelles s'est livré l'illustre éleveur de Dishley-Grange, il y aurait au moins vingt raisons à invoquer pour expliquer la production de la cachexie, avant de l'attribuer à l'influence de la consanguinité. Une seule suffira : c'est que la maladie régnait alors sur les moutons du comté de Leicester, et, en outre, que l'aptitude dont Bakewell poursuivait le développement n'était point, tant s'en faut, de celles qui favorisent la rusticité. D'où vient que la cachexie, assez fréquente sur les races New-Leicester et New-Kent, ne se montre point sur celles de Southdown et de Cotteswold, également améliorées au moyen de la consanguinité? C'est que ces dernières sont des races rustiques, vivant sur les dunes calcaires du Sussex et sur les collines de Glocestershire, tandis que les deux autres habitent les terres humides du comté de Leicester et de Romney-Marsh.

Toutes les allégations zootechniques opposées aux faits précis sur lesquels je me suis appuyé pour démontrer que la génération consanguine, pas plus qu'aucune autre, ne peut faire apparaître, dans l'individu procréé, que les qualités bonnes ou mauvaises des ascendants, sont de la même force. Quand elles ne sont pas incompréhensibles, elles ont le caractère de l'erreur manifeste pour quiconque est un peu au courant de la science dont il s'agit. Il demeurera donc établi, j'espère, aux yeux de ceux qui savent ce qu'est une démonstration, que la consanguinité n'agit pas autrement qu'en favorisant l'hérédité, et que les unions consanguines sont le plus puissant auxiliaire de la sélection.

Cela me paraît vrai pour toutes les bêtes et à tous les points de vue. J'y tiens en ma qualité de zootechnicien, parce que aucune considération ne s'oppose à ce que nous en tirions, nous autres, grand parti pour la *fabrication* de la matière animale. Mais vous me permettrez bien de faire, en terminant, une toute petite remarque.

A part le point de vue fort judicieusement indiqué par M. Dally, et qui est celui de la tranquillité des familles unies en consanguinité, je ne vois pas trop à quoi peuvent aboutir, pour l'espèce humaine, tous ces débats, à moins que l'on ne vienne à décréter qu'il n'y aura plus que des *mariages de convenance* et avec permission du médecin, auquel cas je m'estimerai fort heureux de n'être plus moi-même à marier.

Veuillez agréer, etc. A. Sanson.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Physiologie. — *Des phénomènes oculo-pupillaires produits par la section du nerf sympathique cervical ; ils sont indépendants des phénomènes vasculaires calorifiques de la tête*, par M. *Claude Bernard*. — Nous extrayons de ce travail les principaux passages suivants :

Dans ma première communication, j'ai rappelé que Pourfour du Petit avait le premier fait connaître l'influence de la section du filet cervical du grand sympathique sur l'œil. Cet auteur signala comme effets de cette paralysie, le resserrement de la pupille, le rapetissement de l'œil et la rougeur de la conjonctive. Mais, dans les expériences qui furent faites ultérieurement, presque tous les physiologistes négligèrent d'étudier les phénomènes produits sur l'ensemble de l'œil, pour ne considérer que les modifications de la pupille, qu'on regarda comme le symptôme en quelque sorte essentiel et caractéristique de la section du sympathique cervical.

En 1845, M. Biffi (de Milan) ajouta un fait nouveau en apprenant que, lorsque la pupille a été rétrécie par suite de la paralysie du grand sympathique cervical, on peut reproduire sa dilatation en appliquant le galvanisme sur le bout supérieur du nerf divisé.

En 1851, MM. Budge et Waller désignèrent la portion de la moelle épinière d'où naissent les nerfs ciliaires, sous le nom de région *cilio-spinale* de la moelle.

En 1852, j'attirai particulièrement l'attention des physiologistes sur la complexité des phénomènes qui résultent de la section du grand sympathique dans la portion moyenne du cou, et je montrai qu'il fallait ranger au nombre des résultats spéciaux de cette opération : 1° une augmentation de chaleur et de vascularisation du côté correspondant de la tête avec augmentation de la sensibilité des parties ; 2° un rétrécissement de la pupille ; 3° une rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite avec saillie de la troisième paupière au-devant de l'œil ; 4° un aplatissement de la cornée et une diminution consécutive du globe de l'œil.

Je fis voir, en outre, que, quand on galvanise le bout supérieur du nerf cervical sympathique coupé, on ne produit pas seulement une dilatation de la pupille, mais encore un élargissement de l'ouverture palpébrale et une projection de l'œil en avant ou exophthalmie.

Il faut encore ajouter que, par cette galvanisation du bout céphalique du sympathique, on obtient une diminution ou une abolition de la sensibilité en même temps que le rétrécissement des vaisseaux.

Sans entrer dans l'explication de tous ces phénomènes, ce qui sera l'objet d'études ultérieures, je veux seulement établir aujourd'hui que dans les résultats mixtes et complexes de la section du sympathique cervical, il faut distinguer deux ordres de symptômes : 1° les symptômes vasculaires et calorifiques tenant à une modification des vaisseaux qui se produit, sous l'influence de nerfs sympathiques de même nature, dans toutes les parties du corps ; 2° les symptômes que j'appelle *oculo-pupillaires*, parce qu'ils sont spéciaux à l'œil et à la pupille, et parce qu'ils sont produits par des nerfs distincts des premiers.

J'ai d'abord cherché à limiter exactement l'origine des nerfs oculo-pupillaires à la moelle épinière, et après un très grand nombre d'expériences instituées spécialement dans ce but, je

suis arrivé à trouver que chez le chien ce sont les racines antérieures des deux premières paires dorsales qui fournissent spécialement ces nerfs; rarement la troisième paire dorsale y participe.

Quand on coupe dans le canal vertébral les deux premières paires rachidiennes dorsales, on obtient non-seulement le resserrement de la pupille, mais encore tout l'ensemble des phénomènes que j'ai signalés du côté de l'œil à la suite de la section du sympathique dans le cou. Par conséquent, cette région de la moelle ne donne pas naissance seulement aux nerfs ciliaires, et, au lieu de l'appeler région *cilio-spinale*, il serait plus exact de la nommer région *oculo-spinale*. Quand ensuite on galvanise le bout périphérique coupé de l'une ou l'autre des deux premières racines dorsales, on obtient du côté de l'œil exactement les phénomènes que produit la galvanisation du bout céphalique du sympathique après sa section dans la portion cervicale, à savoir la dilatation de la pupille, l'élargissement de l'ouverture palpébrale et une exophthalmie considérable.

Mais ce qu'il importe de dire après tout ce qui précède, c'est que la section des deux premières racines rachidiennes dorsales donne lieu aux phénomènes oculo-pupillaires sans amener dans la tête les effets vasculaires et calorifiques. La condition essentielle de l'expérience est de n'opérer la division que des deux premières paires dorsales, et de la faire sans blesser la moelle ni le premier ganglion thoracique. Si parfois il arrive quelques phénomènes calorifiques, ils ne sont que passagers, et pourraient être considérés comme des résultats d'actions réflexes.

Pour qu'il soit complétement démontré que les nerfs oculo-pupillaires sont distincts des nerfs vasculaires et calorifiques, il ne suffit pas d'avoir obtenu les phénomènes oculo-pupillaires séparés des effets vasculaires et calorifiques. Mais il faut encore réaliser la condition inverse, et prouver qu'on peut produire la vascularisation et la calorification de la tête sans accompagnement de phénomènes oculo-pupillaires. On atteint facilement ce résultat en divisant le filet ascendant du sympathique thoracique sur le côté de la colonne vertébrale, entre la deuxième et la troisième côte.

On peut donc distinguer chez le chien, même topographiquement, les nerfs oculo-pupillaires des nerfs vasculaires calorifiques. Mais ce n'est point là une distinction absolument essentielle, parce que les nerfs peuvent présenter des intrications et des connexions variables ou encore inconnues chez les divers animaux, et quelquefois même chez les individus de la même espèce. Ce qu'il importe surtout d'établir, ce sont les distinctions fondées sur les propriétés physiologiques, et nous allons voir que les nerfs oculo-pupillaires et les nerfs vasculaires ont des propriétés réflexes tout à fait différentes.

Les actions réflexes qui se traduisent par des mouvements de l'œil ou de la pupille peuvent avoir pour point de départ toute la surface périphérique du système nerveux sensitif extérieur ou intérieur. Quand on pince un nerf sensitif d'une région quelconque du corps, depuis un rameau du nerf sciatique jusqu'à une branche du trijumeau, il y a, au moment même où la douleur se produit, un mouvement réflexe sur les deux yeux à la fois, qui se traduit par un agrandissement subit de l'ouverture des paupières et par une dilatation de la pupille. Rien n'est plus facile que de comprendre le mécanisme de ce mouvement réflexe des yeux. Il est clair que, quel que soit le point du corps d'où parte l'excitation sensitive, il faudra qu'elle arrive par la moelle épinière aux nerfs oculo-pupillaires qui naissent des premières paires dorsales. C'est, en effet, ce qui a lieu, et quand on a coupé les première, deuxième et quelquefois troisième paires rachidiennes dorsales, il n'y a plus aucun mouvement réflexe dans la pupille de l'œil correspondant. Mais si une seule racine oculo-pupillaire reste, elle suffit pour transmettre encore les mouvements réflexes à la pupille. Quand les nerfs oculo-pupillaires rachidiens sont extraits des deux côtés, l'excitation réflexe agit sur les deux yeux à la fois sans qu'on puisse saisir d'intervalle qui sépare leurs actions réflexes l'une de l'autre, suivant qu'on pince un nerf sensitif à droite ou à gauche. Quand les nerfs oculo-pupillaires n'existent plus que d'un seul côté, les actions réflexes ne se traduisent que sur l'œil du côté normal, quel que soit également le point du corps excité; ce qui prouve très nettement que les actions réflexes sur les yeux sont générales et croisées. Enfin, quand les nerfs oculo-pupillaires ont été coupés des deux côtés, l'excitation des nerfs sensitifs rachidiens ne se transmet plus du tout aux yeux ni aux pupilles; cependant les pupilles rétrécies peuvent encore être le siége de mouvements réflexes très restreints, et seulement susceptibles d'être provoqués par des influences lumineuses.

Les actions réflexes qui se traduisent sur les nerfs vaso-moteurs sont caractérisées par un rétrécissement passager des vaisseaux qui est suivi (chose singulière!) de leur dilatation avec accompagnement de phénomènes calorifiques; ces effets réflexes vasculaires ont une autre physionomie que les mouvements réflexes oculo-pupillaires. D'abord les actions réflexes vasculaires ne sont pas croisées. En effet, quand on pince l'oreille d'un animal ou mieux quand on excite même légèrement le tronc des nerfs auriculaires du plexus cervical mis à découvert, on voit que l'oreille du même côté, après avoir offert un resserrement brusque de ses vaisseaux, devient extrêmement chaude et vascularisée, tandis que celle du côté opposé reste sensiblement dans le même état de vascularisation et de calorification. Quand on coupe simplement le nerf auriculaire, la même chose a lieu; l'excitation produite par la section nerveuse réagit plus énergiquement sur les nerfs vasculaires de l'oreille où se rend le nerf sensitif, et produit dans cette partie une vascularisation et une calorification réflexes considérables qui peuvent durer parfois un certain nombre d'heures. Quelques physiologistes se sont trompés à cet égard, et ont pris ces phénomènes calorifiques réflexes de l'oreille pour les effets directs dus à la section de filets vaso-moteurs qui se seraient trouvés dans les nerfs auriculaires.

En résumé, les nerfs vasculaires et les nerfs oculo-pupillaires ne se comportent pas de même, puisque l'excitation légère d'un nerf auriculaire ne produit de vascularisation que du côté correspondant, tandis que cette même excitation amène des mouvements réflexes dans les deux yeux à la fois. Les actions vasculaires réflexes ne paraissent donc pas s'opérer d'une manière croisée, et en outre elles sont bornées et ne s'étendent pas au delà d'une certaine circonscription déterminée, ce qui est encore un autre contraste frappant avec les actions oculo-pupillaires, qui sont, au contraire, très générales. De ces différences entre les actions réflexes oculo-pupillaires et les actions réflexes vasculaires pourrait-on induire que les unes, celles qui sont générales, ont leur centre de réflexion dans la moelle, tandis que les autres, celles qui sont locales et plus circonscrites, ont leur centre de réflexion dans les ganglions sympathiques? C'est un point qui ne peut être décidé que par de nouvelles recherches. Mais la seule conclusion que je veuille tirer de ce travail en le rapprochant de mes précédentes communications, c'est que la distinction des nerfs vasculaires et calorifiques se poursuit partout dans l'organisme. Ces faits me semblent démontrer qu'il s'agit réellement là d'un système de nerfs spéciaux dont il faudra faire l'histoire à part avec celle des circulations locales qu'ils régissent, et dont l'étude intéresse au plus haut degré la physiologie et la médecine.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur l'application de la méthode diaclastique au redressement du membre inférieur dans le cas d'ankylose angulaire du fémur*, par M. *Maisonneuve*. — Il arrive fréquemment, à la suite des coxalgies graves, que le membre inférieur reste ankylosé dans une position vicieuse. Lorsque cette position est telle que le malade se trouve dans l'impossibilité absolue de marcher, le chirurgien est autorisé à intervenir pour redresser le membre et lui permettre de toucher le sol.

Jusqu'à présent les ressources de la chirurgie se bornaient, en pareille circonstance, à deux méthodes : l'une qui consiste à rompre, par des manœuvres ou des moyens mécaniques, les adhérences des surfaces articulaires, c'est la méthode de la *rupture de l'ankylose* ou méthode usuelle ; l'autre, imaginée par Rhéa-Burton, consiste à scier le col ou la partie supérieure du fémur pour en opérer le redressement.

Convaincu de l'insuffisance ou des dangers de ces deux méthodes, M. Maisonneuve a conçu la pensée d'appliquer à ces lésions la méthode diaclastique, dont il avait déjà fait de nombreuses applications à l'amputation des membres. Cette méthode, qui permet de rompre l'os dans le point précis que l'on désire, sans esquilles, sans biseaux même, a l'avantage de ne point exiger d'incision à la peau, et par conséquent d'avoir toute l'innocuité des opérations sous-cutanées, sans compter qu'elle est d'une promptitude extrême et d'une facilité qui permet au chirurgien de la pratiquer seul et sans aides.

Obs. — Jeune femme de vingt-six ans, ankylose coxo-fémorale avec luxation spontanée du fémur, consécutive à une coxalgie qui a duré trois ans ; flexion de la cuisse à angle très aigu ; impossibilité de poser le pied à terre. Tentatives nombreuses pour opérer la rupture de l'ankylose. On y renonce par crainte de disloquer le bassin. — Opération le 27 juin 1861 par la méthode diaclastique. Rupture du fémur au-dessous des trochanters. Traitement ordinaire des fractures de la cuisse. Guérison complète en soixante jours.

Aujourd'hui qu'une année s'est écoulée depuis l'opération, la malade a recouvré toute la fraîcheur et la santé d'autrefois. La cuisse est parfaitement solide, le raccourcissement de 8 centimètres est habilement dissimulé par une chaussure bien faite, et la jeune malade marche avec une aisance parfaite, et ne se prive même pas du plaisir de la danse.

(*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Physiologie. — *Sur les nerfs vaso-moteurs des extrémités*, par MM. *Schiff* (de Francfort). — Il y a plus de vingt ans que Stilling, en résumant les faits connus jusqu'alors sur le rôle et le mode d'action des nerfs vaso-moteurs, a émis une théorie selon laquelle les organes des animaux supérieurs seraient animés par trois ordres différents de nerfs : les moteurs, les nerfs sensitifs et les nerfs vaso-moteurs. L'origine des vaso-moteurs, selon Stilling, serait exclusivement dans le grand sympathique, qui se montrerait indépendant de la moelle épinière dans son influence sur le système vasculaire, et Stilling est le premier qui a proposé de substituer au nom insignifiant de système nerveux sympathique celui de *système vaso-moteur*.

M. Schiff rappelle les expériences qu'il a pratiquées en 1844 et 1845, en 1854 et 1855, sur les nerfs vaso-moteurs du mésentère, du foie, de l'estomac, des extrémités antérieures et postérieures, des parois thoraciques et abdominales chez les mammifères, expériences d'où il résulte que les nerfs vaso-moteurs naissent de la moelle allongée, parcourent la moelle épinière pour en sortir avec les racines antérieures des nerfs rachidiens, et se rendre dans les ganglions du grand sympathique.

Dans ces expériences, ajoute M. Schiff, nous avons assez souvent constaté *de visu* la dilatation vasculaire paralytique, mais plus souvent encore nous n'avons tenu compte que de l'élévation de la température. Car, d'après nos expériences, nous ne pouvons pas admettre l'existence de nerfs dits *calorifiques*, qui agiraient sur la température animale indépendamment de la distribution et de l'accumulation du sang.

Si l'on ouvre le canal rachidien et qu'on coupe à côté de la moelle les racines antérieures des nerfs qui donnent naissance au tronc du sciatique, on observe une élévation durable et considérable de la température dans le *pied* et dans le tiers ou le quart inférieur de la *jambe* du côté correspondant. Mais tout le reste du membre inférieur paralysé reste normal sous le rapport de la chaleur et de la vascularisation.

Si à la section indiquée on ajoute celle des racines du crural, l'élévation de la température reste limitée aux parties que nous venons de désigner.

Il résulte de cette expérience que les racines du sciatique et du crural ne contiennent que des nerfs vaso-moteurs du pied et de la partie inférieure de la jambe. Mais nous ne prétendons pas que toutes les fibres vaso-motrices des parties indiquées se trouvent dans ces racines ; car il y en a dont l'origine médullaire remonte plus haut vers la partie lombaire et dorsale de la moelle.

C'est dans cette même partie lombaire, et surtout dans la thoracique inférieure de la moelle, que nous avons trouvé l'origine médullaire des nerfs vasculaires de la région pelvienne, de la cuisse, des deux tiers supérieurs de la jambe et des parois abdominales.

La section des cinq ou même des trois dernières racines dorsales chez le chien, sans aucune lésion du tissu médullaire, augmente toujours la chaleur dans la jambe et la partie inférieure de la cuisse, sans que les mouvements de ces parties soient gênés ou altérés. La même opération amène très souvent un échauffement dans le pied et dans la partie supérieure de la cuisse. Mais il y a des cas où les filets nerveux vasculaires des parties dernièrement indiquées manquent tous ou en grande partie dans les racines thoraciques pour se trouver dans les racines lombaires supérieures.

Nos expériences prouvent qu'on ne peut attribuer aucune action propre au sympathique sur les vaisseaux des membres inférieurs, mais que, sous tous les rapports connus, le sympathique n'agit sur ces vaisseaux que comme une commissure entre les troncs des nerfs spinaux, qui amène vers le train postérieur les filets des racines spinales thoraciques.

Les filets nerveux que le sympathique amène des parties supérieures de la moelle n'entrent pas tous dans les troncs du sciatique ou du crural avant de se distribuer dans le membre inférieur. Les fibres vaso-motrices de la jambe et de la cuisse paraissent se diriger directement vers les vaisseaux pour les accompagner dans leurs ramifications.

Il résulte de ce que nous venons de communiquer, que la section d'un filet interganglionnaire du grand sympathique dans la région thoracique postérieure ou lombaire antérieure, c'est-à-dire dans un point assez éloigné de l'extrémité postérieure, peut donner lieu à un échauffement assez étendu de cette extrémité. Cet effet se montre, sans qu'on ait touché aux ganglions, qu'une certaine école physiologique considère comme les centres indépendants de l'action vaso-motrice.

Une prochaine communication traitera des nerfs vaso-moteurs des extrémités antérieures et de l'action de la moelle sur les nerfs vasculaires des membres. (*Comm. :* MM. Rayer, Cl. Bernard.)

Physiologie. — *Sur la sensibilité des artères viscérales*, par M. *G. Colin*. — ... J'ai soumis à divers genres d'irritation, sur un grand nombre d'animaux, et dans les conditions les plus variées, les artères de la tête, du cou, de la poitrine, des parois abdominales et des membres sans produire de douleur appréciable. Les mêmes excitations portées sur les artères viscérales, sur celles de l'estomac, de la rate, du foie, du pancréas, des reins, de l'intestin grêle, du gros intestin, ont, au contraire, toujours provoqué des douleurs plus ou moins vives. Il faut donc distinguer les artères des organes de la vie animale qui sont à peu près insensibles des artères viscérales qui jouissent d'une sensibilité manifeste.

La sensibilité des artères viscérales est très prononcée. Non-seulement elle donne à l'animal conscience de l'impression produite par le pincement ou par la ligature, mais elle devient la cause d'une douleur assez vive pour provoquer des réactions brusques, des secousses de tout le corps, même des plaintes ou des cris.

Elle est évidemment communiquée aux parois artérielles par les nerfs ganglionnaires qui les enlacent en formant autour d'elles des plexus serrés et des réseaux anastomotiques. Les filets des nerfs vagues y concourent probablement aussi pour celles de l'estomac, du foie et de la rate.

Cette sensibilité paraît plutôt extrinsèque qu'inhérente aux artères dont les divers éléments pris à part sont peu impres-

sionnables. Elle appartient surtout à la tunique celluleuse, car c'est à sa surface que s'étalent les filets nerveux, et c'est dans son intérieur qu'ils pénètrent en proportion très notable.

Les causes qui sont susceptibles de mettre en jeu la sensibilité artérielle sont, sans aucun doute, celles qui modifient la violence des pulsations et la tension du sang. On conçoit que l'effort exercé sur les parois vasculaires par les ondées sanguines, à chaque systole, ou par un accroissement momentané dans la pression du sang, donne lieu à une impression plus ou moins forte, quoique non perçue. Il n'est guère probable que les changements apportés à l'état et à la composition du sang puissent exercer sur elle une action analogue.

Quant au rôle de cette propriété, tout porte à croire qu'il se lie à celui de la contractilité.

C'est plus particulièrement dans les organes de la vie végétative que la contractilité est souvent excitée. A certains moments le sang doit y affluer en grande quantité, et à d'autres n'y aborder qu'en faible proportion. Ainsi il se porte en grande masse à la rate lors de la course et des efforts musculaires violents, à l'estomac, au pancréas, à l'intestin pendant la digestion, puis son cours s'y ralentit dans les conditions opposées. La sensibilité dont jouissent les artères de ces organes devient le régulateur de toutes ces modifications. (*Comm.* : MM. Cl. Bernard, Jobert de Lamballe.)

Anatomie comparée. — *Note sur les différents types morphologiques de la colonne vertébrale chez les mammifères*, par M. *L.-A. Segond*. — Nous avons publié ce travail *in extenso* dans notre dernier numéro, p. 565. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards.)

Physiologie. — *Question des mariages consanguins.* — M. le docteur *F. de Ranse* adresse à l'Académie la note suivante :

Obs. — Deux sœurs, mesdemoiselles Du..., épousèrent l'une M. De.., l'autre M. Le..., habitant tous les deux l'île de Ré. Les époux Le... eurent trois fils de leur mariage; les époux De... eurent, entre autres enfants, trois filles qui plus tard se marièrent avec les trois fils Le..., leurs cousins germains. La constitution des divers membres de cette nombreuse famille ne laissait rien à désirer.

Du mariage de l'aîné Le... sont nés un garçon et deux filles ; ces trois enfants jouissent de tous leurs sens.

Du second mariage sont issus cinq enfants, trois garçons et deux filles. L'aîné des garçons a parlé, mais avec un accent qui l'aurait facilement fait prendre pour un étranger. Le deuxième garçon est sourd-muet de naissance ; il s'est marié avec une demoiselle étrangère, et il a eu deux enfants qui parlent. Le troisième garçon est sourd-muet de naissance ; il est resté célibataire. Les deux filles ont l'usage de la parole ; mais l'une d'elles prononce difficilement certaines lettres.

Du troisième mariage sont nés deux garçons et une fille encore vivants, et un monstre qui n'a pas vécu. Les deux garçons sont sourds muets de naissance; l'aîné, marié à une étrangère, a un enfant qui parle. La fille n'a commencé à parler qu'à l'âge de six ans.

L'examen de ces faits conduit, dit l'auteur, aux conclusions suivantes : 1° L'influence de la consanguinité est ici incontestable; en effet, sur 12 enfants issus de ces trois mariages on trouve : 4 sourds-muets de naissance ; 1 qui n'a parlé qu'à l'âge de six ans ; 2 qui ont une prononciation difficile ; 1 monstre ; 4 complétement sains. 2° Pour expliquer cette influence, on ne peut invoquer l'hérédité, puisqu'on voit, d'un côté, des époux consanguins, avec de bons antécédents de famille, et sains eux-mêmes, procréer des enfants sourds-muets, et, d'un autre côté, ces mêmes sourds-muets, après avoir contracté des alliances étrangères, donner le jour à des enfants qui jouissent de l'usage de la parole. 3° Cette observation vient encore à l'appui de la proposition émise par M. le docteur Boudin, à savoir : que le nombre des mariages consanguins, et partant les accidents qui en résultent, augmentent dans les îles, et en général dans les localités où il existe des obstacles quelconques aux relations extérieures. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne communication d'une lettre de *Clot-Bey*, accompagnant l'envoi de divers opuscules relatifs à l'Égypte et à la position médicale que l'auteur y a occupée pendant trente années.

Académie de médecine.

Séance du 9 septembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet un ouvrage de M. le professeur *Boeck* (de Christiania), intitulé : *Recherches sur la syphilis.*

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Foucart* sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres) pendant l'année 1860. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un rapport sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées par M. le docteur *Renault* (d'Alençon). (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *F. Garrigou*, qui fait observer que le titre de médecin inspecteur des eaux d'Ax lui a été attribué par erreur dans le compte rendu de la séance du 26 août. — *b.* Un mémoire sur le phosphate de fer, par M. le docteur *L. Sandras*. (*Comm.* : MM. Trousseau et Devergie.)

4° Le modèle et la description d'un nouvel instrument nommé *roue révulsive*, et fabriqué par M. *Mathieu*.

Le mécanisme de cet instrument consiste en un cylindre muni d'une multitude d'aiguilles saillantes d'une longueur d'un millimètre et demi. Ce cylindre est monté sur une chappe qui est fixée sur un manche d'ébène. Il suffit de promener l'instrument sur les parties à traiter, et à l'instant même on obtient une révulsion complète.

Si l'on veut obtenir une très grande puissance, par exemple lorsqu'il s'agit de ramener la sensibilité, on peut mettre l'instrument en communication avec un courant électrique au moyen de l'anneau qui existe à l'extrémité du manche à cet effet.

Cet instrument est d'une application aussi simple que facile. (*Comm.* : M. Trousseau.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture de la réponse de M. le ministre à la communication qui lui a été faite par l'Académie du mémoire de M. Reveil, et du rapport de M. Trebuchet sur les cosmétiques, au point de vue de l'hygiène.

« En cette matière, dit M. le ministre, les lois répressives sont suffisantes pour protéger le public contre la fraude ou contre le danger de certaines préparations nuisibles. Des mesures préventives, notamment un service d'inspection spéciale, ne tendraient qu'à multiplier les occasions d'intervention dans les affaires privées, et c'est là une tendance à laquelle l'administration ne saurait adhérer. »

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une brochure sur les maladies des Kabyles; par M. le docteur *Vincent*, médecin de l'hôpital de Delhys en Algérie ; 2° une observation de rage, communiquée par un chat, observation recueillie par M. le docteur *Texier*, professeur de clinique interne à l'École de médecine d'Alger. (*Commission de la rage.*)

Lectures.

Ovariotomie. — M. le docteur *Parise*, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lille, rend compte d'une opération d'ovariotomie pratiquée pour un kyste multiloculaire de l'ovaire, suivie d'une péritonite mortelle. (Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.)

M. Parise signale la rapidité avec laquelle se sont développés les accidents de péritonite, accidents que rien ne pouvait

Digitized by Google

faire prévoir et qui ont éclaté malgré toutes les précautions prises pendant et après l'opération, et malgré l'observation rigoureuse des préceptes posés par les chirurgiens anglais et par M. Nélaton.

M. *Ségalas* rapporte l'observation d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, chez lequel il a opéré récemment avec succès l'extraction d'un fragment de sonde engagé dans la vessie, à la suite d'un cathétérisme pratiqué par le malade lui-même. L'extraction du corps étranger a été faite avec un instrument de lithotritie de petite dimension. M. Ségalas met sous les yeux de l'Académie l'instrument et le corps étranger, et explique la manœuvre à laquelle il a eu recours dans cette circonstance.

Discussion sur la docimasie pulmonaire.

— M. *Gaultier de Claubry* rappelle d'abord le mécanisme de la respiration chez les enfants et les modifications qu'imprime au tissu pulmonaire l'introduction de l'air dans les vésicules. C'est sur la présence ou l'absence de ces modifications qu'est basée principalement la solution du problème médico-légal relatif à la recherche de l'infanticide.

Que dit M. Devergie sur cette importante question? — M. Gaultier de Claubry donne lecture de quelques passages empruntés au mémoire publié par M. Devergie, en 1837, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Il résulte de ces citations, que M. Devergie indique plutôt qu'il ne décrit les changements introduits dans le tissu pulmonaire par la respiration chez le nouveau-né et les inductions qu'on en peut tirer.

L'orateur lit ensuite des fragments du *Traité de médecine légale* de M. Devergie, et il ne trouve pas que les caractères donnés par l'auteur pour les solutions médico-légales de la respiration chez le nouveau-né soient signalés dans ce livre d'une manière plus précise et plus satisfaisante qu'ils ne l'étaient dans le mémoire de 1837. M. Gaultier de Claubry en conclut qu'il n'était pas possible avec des indications aussi imparfaites de reconnaître sûrement si un poumon avait ou non respiré.

Les signes de la respiration chez le nouveau-né ont-ils été fournis d'une façon plus complète et plus précise par M. Bouchut?

M. Gaultier de Claubry n'hésite pas à répondre à cette question par l'affirmative. Il confirme son assertion par la lecture de la description que donne M. Bouchut lui-même de sa nouvelle méthode de docimasie pulmonaire.

L'œil peut-il dans tous les cas percevoir toutes les modifications que la respiration a produites dans le tissu pulmonaire? M. Vernois le pense ainsi, et dit formellement dans son rapport que le plus souvent l'œil et le doigt suffisent au diagnostic, et il ne reconnaît l'utilité de la loupe ou du microscope que pour les personnes dont la vue est affaiblie.

M. Gaultier de Claubry ne partage pas l'opinion du rapporteur : il est persuadé que la loupe et le microscope agrandissent le champ de l'observation et permettent de distinguer des éléments de conviction qui échappent à l'œil nu. Le rapport a donc méconnu à tort l'importance de la micrographie bien appliquée dans la recherche médico-légale de l'infanticide.

L'orateur réfute le reproche adressé par M. Vernois à M. Bouchut, d'avoir assigné aux éléments du tissu pulmonaire et aux globules de l'air, non point leurs dimensions réelles, mais les dimensions exagérées que leur donnent les instruments grossissants. M. Bouchut, en ceci, n'a fait que se conformer aux habitudes généralement adoptées par les micrographes.

Les recherches de M. Bouchut étaient-elles vraiment utiles, et quel est le degré de leur importance?

Il est certain qu'à l'aide de la loupe ou du microscope il est bien plus facile qu'au moyen de l'œil nu, de discerner l'air atmosphérique introduit dans les vésicules pulmonaires par la respiration et de le distinguer des gaz infiltrés dans le poumon par suite de la putréfaction. Cette méthode a, de plus, l'avantage de ne point altérer le tissu pulmonaire, et de n'apporter aucune cause d'erreur, comme le fait souvent la supernatation.

D'ailleurs, la méthode préconisée par M. Bouchut n'exclut point l'emploi d'autres méthodes jusqu'ici connues, et elle peut leur donner un contrôle important.

M. Gaultier de Claubry reproche encore à la commission d'avoir omis de signaler un fort remarquable travail de M. Depaul sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants nouveau-nés, travail publié en 1845, et duquel il résulte que M. Depaul ne s'est pas contenté d'étudier le tissu pulmonaire à l'œil nu, mais qu'il a eu recours encore à la loupe; c'est là ce que le rapport aurait dû signaler, car l'autorité de M. Depaul ajoute à l'importance de l'emploi d'instruments grossissants dans l'examen médico-légal du poumon.

Aujourd'hui la loi ne prononce plus la peine capitale contre les gens coupables d'infanticide. Toutefois, les peines sont assez graves pour que la question médico-légale de l'infanticide mérite d'être sérieusement discutée; car il s'agit pour le médecin légiste d'éclairer la religion du jury et de placer pour ainsi dire sous les yeux les pièces du procès. Il ne doit donc rien négliger pour arriver à ce but. Voilà pourquoi le rapporteur a eu tort de faire si peu de cas d'un nouvel élément de conviction dans la recherche médico-légale de l'infanticide.

M. Gaultier de Claubry conclut en demandant le renvoi du rapport à la commission, et la nomination d'un nouveau membre en remplacement de M. Adelon, décédé.

L'orateur discute la question de savoir si M. Bouchut a eu tort ou raison de publier son mémoire dans l'*Union médicale* avant la discussion du rapport de M. Vernois et l'adoption des conclusions. M. Gaultier de Claubry, s'autorisant de la publication du mémoire de M. Rilliet sur l'iodisme, dans des circonstances analogues, pense que M. Bouchut avait le droit de publier son mémoire; seulement, il aurait peut-être mieux fait d'ajourner cette publication.

Quant aux reproches adressés à M. Bouchut par M. le rapporteur à l'égard des modifications introduites dans le mémoire publié, M. Gaultier de Claubry ne saurait y souscrire. Ces modifications ne sont pas assez importantes ni assez radicales pour qu'on puisse dire qu'elles ont altéré le fond même du mémoire.

En résumé, ajoute l'auteur, le rapport est incomplet et inexact; il ne présente aucune observation à l'appui ou à l'encontre des idées soutenues par M. Bouchut; en conséquence, il n'éclaire ni l'Académie, ni le public. C'est pourquoi M. Gaultier de Claubry croit devoir insister sur le renvoi du rapport à la commission.

— M. *Depaul* remercie M. Gaultier de Claubry d'avoir bien voulu citer son mémoire de 1845, mais alors il aurait dû le citer plus justement et plus complétement. Il aurait dû surtout y voir la condamnation des prétentions de M. Bouchut, qui s'arroge la priorité de l'emploi de la loupe et du microscope dans l'examen du poumon des nouveau-nés, lorsque cette méthode avait été appliquée et nettement indiquée dès l'année 1845.

— M. *Vernois* veut se borner à dire qu'il entrera mardi prochain dans une discussion que l'heure avancée de la séance ne lui permet pas d'aborder aujourd'hui. Mais il regrette que M. Gaultier de Claubry, en traitant si incomplétement la question scientifique, et en agitant si vivement la question incidente, force le rapporteur à sortir de l'indulgente réserve où la commission avait cru devoir se renfermer à l'égard d'un confrère distingué, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté.

La séance est levée à cinq heures.

Digitized by Google

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 AOUT 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MONNERET.

ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC. — AFFECTION CUTANÉE NON CLASSÉE. — CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS DE JUILLET 1862.

M. *Bucquoy* rend un compte verbal des *Bulletins de la Société de médecine du département du Nord :* il y signale notamment quelques observations de corps étrangers introduits dans les voies digestives de quelques aliénés, par M. le docteur Jouard, et un cas remarquable d'ulcère simple de l'estomac, présentant, sauf la tumeur, tous les symptômes d'un cancer, et surtout des hématémèses et des entérorrhagies. M. Bucquoy rappelle qu'il n'existe dans la science qu'une douzaine de cas analogues, dont dix ont été relevés par le docteur Klinger, un signalé par M. Potain, et un autre qu'il a eu l'occasion d'observer lui-même à la Pitié.

— M. *Hillairet* communique à la Société l'observation et les dessins d'une affection cutanée qu'il a vue à l'hôpital Saint-Louis, et qui ne lui paraît pas avoir sa place dans les classifications dermatologiques. Elle consistait en taches rouges, existant sur le pied et la jambe d'un jeune homme âgé de dix-huit ans; ces taches étaient superficielles, fort confluentes, sans élevure, et d'une teinte vineuse presque uniforme. Au rapport du malade, elles avaient apparu quatre ans auparavant autour des malléoles, et elles avaient gagné de proche en proche. Le membre était du reste un peu atrophié, et rétracté par suite de convulsions antérieures, nullement œdémateux, nullement douloureux, plutôt un peu anesthésié. Quelle était cette affection? Le purpura chronique, qu'elle rappelait par son aspect, peut-il durer quatre ans? M. Hardy crut y reconnaître un *nævus araneus*. Après divers traitements infructueux, un vésicatoire fut appliqué. Le derme ainsi dénudé, on voyait à la loupe de petits réseaux capillaires vivement injectés en forme d'étoile à la base des poils : il n'y avait pas d'épanchements sanguins, mais entre les réseaux capillaires régnait une coloration jaunâtre qui semblait due à du pigment décoloré. M. Hillairet n'a vu mentionner que deux faits comparables au sien, c'est-à-dire où la coloration fût accompagnée d'amaigrissement et d'anesthésie. Il croit que cette maladie reconnaît pour lésion élémentaire une dilatation des capillaires.

M. *Laboulbène* demande s'il n'y avait pas d'élevures sur le membre malade. Il y a des nævus qui peuvent offrir une dilatation capillaire avec dépôts de pigment. Il y a une certaine analogie entre le développement de ces nævus, et celui de la maladie décrite par M. Hillairet.

M. *Hillairet*. L'examen microscopique de la peau, fait par M. Ordonez, n'a montré que la matière colorante du sang extravasé, mais pas de cellules pigmentaires. Il n'y avait aucune élevure sur le membre. La maladie ne paraît pas offrir d'analogie avec le *nævus araneus* de Batemann, et ne répond à aucune dénomination positive.

M. *Potain* trouve que ce fait a des rapports avec les taches brunes ou violettes observées chez les vieillards ou chez les gens atteints de varices. Ces taches sont souvent consécutives à des ulcères, mais quelquefois elles les précèdent. M. Verneuil en a montré un exemple à la Société anatomique; il y avait dilatation variqueuse des veines, dilatation plus prononcée aux veines profondes qu'aux veines sous-cutanées.

M. *Hillairet* reconnaît l'analogie d'aspect avec les taches des vieillards, mais celles-ci s'accompagnent d'induration sclérémateuse de la peau, et généralement de l'engorgement des veines et du développement de tout le membre.

M. *Chauffard* ne croit pas que les veines soient toujours dilatées. Il a vu dernièrement au Bureau central un homme sans varices présentant une coloration brune s'élevant du pied jusqu'au genou, avec amaigrissement du membre, et sans aucun épaississement du derme. Il croit cependant qu'il y avait un état variqueux des veines internes.

M. *Hillairet* maintient la différence entre le fait qu'il a signalé et les taches observées chez des variqueux et même chez des sujets non variqueux, comme celui de M. Chauffard.

M. *Chauffard* n'est pas convaincu qu'il y ait là une étiologie différente.

M. *Potain* ne croit pas l'épaississement de la peau toujours suffisant pour caractériser la nature des taches; l'amincissement est fréquent, il est souvent pris pour une cicatrice : c'est une altération progressive de la densité, analogue à l'altération de la coloration.

— M. *Potain* prend ensuite la parole pour rendre compte des maladies qui ont prédominé dans les hôpitaux de Paris pendant le mois de juillet 1862.

La constitution médicale est restée analogue à celle du mois précédent, comme l'état atmosphérique a été fort semblable. Ce sont les rhumatismes, les pneumonies qui ont surtout régné, mais on a observé en sus des embarras gastriques et des troubles intestinaux divers.

Dans tous les services, on a vu des rhumatismes articulaires avec toutes les variétés d'acuité et de localisation. Les complications endo-péricardiques n'ont pas paru plus fréquentes que de coutume. Les pneumonies et les pleurésies ont marché parallèlement. Deux opérations de thoracentèse ont été pratiquées avec succès par M. Gubler.

M. Laboulbène a observé une anasarque aiguë, *a frigore*, sans albuminurie, affection dont l'étiologie se rapproche des précédentes.

Les statistiques ont reçu une influence défavorable des variations de la température.

Dans les hôpitaux d'enfants, on a noté un *grand nombre* d'angines simples et diphthéritiques. Dans le service de M. Bouvier (hôpital des Enfants), la diphthérite a diminué et les angines tonsillaires ont prédominé; chez M. Bergeron, au contraire (hôpital Sainte-Eugénie), la diphthérite a progressé : il a traité 6 croups, dont 5 ont été trachéotomisés, et 3 angines couenneuses : 1 seul des opérés et 2 des angines ont guéri.

La méningite tuberculeuse a été fréquente dans les deux hôpitaux d'enfants et a affecté une marche rapide jusqu'à la terminaison fatale. Les rougeoles ont été assez nombreuses mais sans gravité.

Au Bureau central, MM. Laboulbène et Chauffard ont signalé la prédominance des embarras gastriques. On a signalé en divers lieux des diarrhées bilieuses, des cholérines, des syncopes, des fièvres typhoïdes légères et quelques érysipèles.

En résumé, les maladies ont prédominé surtout en raison des vicissitudes atmosphériques, mais on n'a noté aucune influence épidémique marquée.

— M. *Monneret* s'étonne de ne pas avoir entendu signaler la fréquence des embarras gastriques ou fièvres gastriques. Il insiste sur la différence qui existe entre la fièvre typhoïde et ces maladies caractérisées par les phénomènes de la gastricité, la fièvre rémittente, et la facilité avec laquelle elles cèdent aux éméto-cathartiques. Le mois de juillet lui en a offert un grand nombre ainsi que quelques ictères simples. Quant aux rhumatismes, il les a vus, plus fréquemment que d'ordinaire, compliqués de rhumatisme du cœur : dans un cas, la mort est survenue brusquement, seulement par suspension de l'action du cœur, par une atonie due au rhumatisme musculaire du cœur, car l'autopsie n'a pas révélé de lésion réelle de cet organe; ses cavités ne contenaient que des caillots récents, et les artères pulmonaires que du sang fluide; on s'est assuré qu'il n'y avait pas eu d'embolie.

M. *Potain* regrette de ne pas s'être bien fait entendre de

Digitized by Google

M. Monneret, car il a signalé au premier rang la fréquence de l'embarras gastrique, sans avoir établi d'ailleurs de distinction entre cet embarras et la fièvre gastrique.

M. *Chauffard* dit qu'il n'y a pas de différence réelle entre ces deux états ; c'est une question de plus ou de moins. Il ne croit pas qu'il y ait d'embarras gastrique sans un peu de fièvre le soir ; mais il n'y a là qu'une seule espèce morbide, pour laquelle il préfère le nom de fièvre gastrique rémittente ; c'est une maladie en tous cas passagère, et cédant facilement à la même médication, que la fièvre soit prononcée ou non.

M. *Bucquoy* signale aussi quelques accidents cholériformes dont il a vu un cas mortel, avec symptômes asiatiques très caractérisés. Il sait que M. Bourdon en a vu à l'hôpital de la Maison de santé.

M. *Laboulbène* a vu un très grand nombre d'ictères, jusqu'à huit en un jour, mais c'était au Bureau central, c'est-à-dire sur un nombre de malades beaucoup plus grand que dans un simple service d'hôpital.

Dr E. Isambert.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 2e série, 1860 et 1861, t. I et II.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, 3e série, t. I et II.

Bulletins de la Société anatomique de Paris, 2e série, t. IV et V.

Les trois Sociétés dont nous annonçons aujourd'hui les mémoires ou les comptes rendus représentent ou font pressentir mieux que toutes les autres peut-être le véritable mouvement de la science. Elles nous montrent la science d'aujourd'hui et nous donnent une idée de la science de demain en nous révélant les tendances et l'esprit des jeunes générations qui sont appelées à la développer. Quoique fondées déjà depuis un certain temps, elles sont essentiellement formées d'éléments jeunes, actifs, incessamment renouvelées, tout en conservant cependant dans leur sein ou à leur tête assez d'hommes mûrs ou expérimentés pour les rattacher aux fortes traditions du passé.

La première, sous le rapport de la position scientifique ou professionnelle de la plupart de ses membres, comme sous celui de l'influence déjà exercée, c'est-à-dire la Société de chirurgie, tend de jour en jour à devenir le centre principal de l'activité chirurgicale, soit à Paris, soit en province, et, bien qu'à l'étranger le mouvement ne le cède en rien à celui dont nous pouvons être témoins en France, on ne trouverait certainement pas une réunion aussi complète, aussi nombreuse et jouissant d'une autorité aussi incontestée.

Les tomes Ier et II de la deuxième série correspondent aux années 1860 et 1861. Rédigés par MM. Houel, Legouest, Bauchet et Béraud, les comptes rendus des séances font passer sous nos yeux toutes les questions qui ont été agitées au sein de la Société durant ces deux dernières années. Beaucoup plus complets que les comptes rendus que nous pouvons donner dans la Gazette, ils contiennent un grand nombre d'observations, de rapports et de discussions du plus haut intérêt. Parmi les discussions les plus remarquables par la lumière qu'elles ont jetée sur la question et les plus importantes au point de vue pratique, nous signalerons, pour le premier volume, la longue et importante discussion sur les polypes naso-pharyngiens, dans laquelle MM. Huguier, Robert, Verneuil, ont pris la parole à plusieurs reprises. Nous signalerons surtout le rapport de M. Verneuil sur le procédé proposé par M. Rompolla (de Palerme), qui consiste dans la création d'une voie artificielle pratiquée au niveau de la gouttière lacrymale pour arriver plus sûrement sur la surface d'implantation du polype. Le comparant aux autres opérations préliminaires faites en vue d'arriver au même but, c'est-à-dire à l'opération de Manne, perfectionnée par M. Nélaton, à la boutonnière staphyline, à l'ablation du maxillaire supérieur, il en fait ressortir les avantages dans certains cas déterminés, et, en l'absence de faits cliniques confirmatifs, fait voir que l'anatomie topographique est on ne peut plus favorable aux vues du chirurgien de Palerme.

Une autre discussion d'un grand intérêt pratique est celle qui fut soulevée par M. Bouvier à l'occasion d'une malade à laquelle M. Huguier avait pratiqué avec succès l'amputation de Chopart, accompagnée de la section du tendon d'Achille. On sait combien cette opération est discutable au point de vue de ses résultats définitifs. Les malades qui ont dû marcher sur leur genou après avoir subi la désarticulation médio-tarsienne ont été assez nombreux pour que quelques chirurgiens aient résolument abandonné cette opération. La section du tendon d'Achille, que Marc-Antoine Petit (de Lyon) pratiqua le premier en 1799, a été le plus souvent insuffisante, et la prothèse, malgré les efforts les plus ingénieux, a dû souvent s'avouer vaincue. M. Huguier cependant a eu plusieurs succès en pratiquant la section du tendon d'Achille en même temps que la désarticulation. Il propose de provoquer l'ankylose de l'articulation, afin de prévenir l'ascension du talon, et il lui paraît facile d'atteindre ce but par l'immobilisation de l'article, par un appareil inamovible laissé en place pendant un mois ou six semaines. Quel que soit l'avenir de la section du tendon d'Achille pratiquée au moment de la désarticulation, il est permis d'en espérer de meilleurs résultats que de la section tardive du tendon, qui est le plus souvent inutile ou insuffisante.

Nous signalerons encore un travail de M. Voillemier sur les fractures par pénétration, et enfin un rapport de M. Debout sur une observation de spina-bifida traitée par l'injection iodée. Le rapporteur a réuni un certain nombre d'observations dans lesquelles ce mode de traitement a été tenté ; il passe en revue les divers procédés applicables dans les diverses espèces de tumeurs, eu égard à leur volume et à leur mode d'insertion, et il se montre favorable à l'emploi des solutions aqueuses d'iode.

On trouve dans le même volume une importante communication de M. Verneuil sur le traitement de l'immobilité des mâchoires par la création d'une pseudarthrose dans les cas où une formation inodulaire est la cause de la maladie. Ce sont les faits de M. Rizzoli (de Bologne) qui font l'objet de cette communication ; antérieurement M. Verneuil avait fait connaître dans les Archives les faits appartenant à Esmarch (de Kiel).

Le deuxième volume commence par l'éloge de Bégin, par M. Legouest. Il comprend le bulletin des travaux de la Société pour 1861. Dès les premières pages, nous avons à signaler le rapport de M. Verneuil sur une observation d'absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions, par M. Patry. Partant de ce fait, le rapporteur passe en revue et discute tous les cas qui peuvent donner lieu à la création d'un vagin artificiel. Il conclut, dans les cas d'absence congénitale, à la création d'une voie à l'aide du bistouri, combiné avec les décollements par les instruments mousses.

Nous trouvons ensuite un rapport de M. Cullerier sur l'ulcère de Mozambique, à l'occasion d'un travail envoyé sur ce sujet par M. Azema ; une discussion sur les résultats consécutifs de l'amputation de Lisfranc ; une communication très intéressante de M. Follin sur les tumeurs de l'œil avec production de poils ; une importante discussion sur les perforations intestinales à l'occasion d'un malade présenté par M. Bauchet, discussion dans laquelle MM. Velpeau et Verneuil ont soutenu les thèses les plus importantes ; un rapport de M. Guersant sur qua-

Digitized by Google

torze opérations de lithotomie pratiquées avec succès en Perse par M. Tholozan; une discussion sur les corps étrangers de l'articulation du genou; une communication de M. Baizeau sur la palatoplastie; un rapport de M. Houel sur un mémoire de M. Dolbeau, relatif à l'hydarthrose qui peut accompagner l'*arthrite sèche;* un autre de M. Béraud sur l'enchondrome du testicule, et enfin de nombreuses communications sur les questions à l'ordre du jour, telles que le traitement des anévrysmes par la compression digitale, la méthode américaine pour l'oblitération des fistules vésico-vaginales, les sutures métalliques, etc.

— La Société de biologie réunit ses mémoires aux comptes rendus de ses séances. C'est une manière de faire que nous aimerions à constater dans toutes les Sociétés et dont la Société de biologie n'a eu qu'à se féliciter jusqu'ici. Elle a commencé en 1859 la troisième série de ses mémoires, et les deux volumes déjà parus nous indiquent que, sous la direction puissante de son président, elle est toujours au moins au niveau de ses brillants débuts. Parmi les mémoires qui composent le premier volume, nous signalerons : Recherches sur quelques veines portes accessoires; sur la part que prend l'une de ces veines à la dérivation du sang de la veine porte lorsqu'il ne trouve plus dans le foie un libre passage, et sur le rôle que joue ce courant dérivé dans la production des varices et des tumeurs variqueuses, par M. Sappey; — Recherches sur le sarcopte de la gale, par M. Robin; — Mémoire sur l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine, la gravelle et les calculs, par M. Gallois; — Anatomie comparée appliquée à la tératologie; mémoire sur l'analogie qui rapproche : 1° la disposition trouvée dans le système circulatoire des fœtus paracéphales de l'homme et des animaux; 2° le système lacunaire des animaux inférieurs; 3° enfin une certaine portion du système lymphatique des ophidiens, par M. Jacquart.

MM. Robin et Magitot ont inséré dans ce volume une partie de leurs recherches sur l'évolution des follicules dentaires. M. Marey y a consigné ses recherches fondamentales sur le pouls au moyen de son sphygmographe. M. Godard y est représenté par deux mémoires, l'un sur l'absence congénitale du testicule, l'autre sur l'absence congénitale du canal excréteur et du réservoir de la semence. Nous y trouvons enfin les importantes recherches de MM. Philippeaux et Vulpian sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux.

Dans le tome II nous trouvons le remarquable rapport de M. Broca sur les animaux ressuscitants, question aussi curieuse qu'importante au point de vue de l'étude générale des phénomènes et des conditions de la vie. MM. Leudet et Laboulbène y ont inséré, l'un des recherches sur les paralysies essentielles consécutives aux fièvres typhoïdes, l'autre un rapport sur une larve d'œstride extraite de la peau d'un homme à Cayenne. Le volume se termine par l'important mémoire de M. Davaine sur les anomalies de l'œuf. L'auteur montre dans ce travail que certaines anomalies ont leur origine à l'ovaire et d'autres à l'oviducte. Une seule anomalie de l'œuf ovarien est aujourd'hui bien connue, c'est celle qui détermine la formation d'un monstre double. Les anomalies qui se forment dans l'oviducte sont nombreuses et très variables; elles sont dues à des causes multiples.

Les nombreux mémoires que nous nous sommes borné à énumérer indiquent, on le voit, la multiplicité des travaux auxquels se livre la Société; les comptes rendus des séances dénotent en même temps qu'aucune des branches de son vaste programme n'est laissée dans l'oubli.

— Si les comptes rendus de la Société de biologie ne sont guère susceptibles d'analyse, ceux de la Société anatomique ne présentent pas plus de facilité sous ce rapport. C'est, pour ainsi dire, le journal anatomo-pathologique des hôpitaux de Paris; la plupart des pièces intéressantes recueillies dans les divers services ont été présentées à la Société et discutées dans son sein lorsqu'elles se rapportaient à une question importante ou nouvelle. On trouve dans les derniers volumes des rapports très consciencieux et très bien faits sur une foule de faits anatomo-pathologiques. Le tome IV a été rédigé par M. Millard pour le premier semestre et M. Charrier pour le deuxième semestre; le tome V par M. Genouville. Chaque tome, à part les extraits des procès-verbaux, contient le compte rendu général des travaux par le secrétaire annuel. Le tome V se termine par les éloges de Lenoir, par M. Trélat; d'Am. Forget (de Strasbourg), par M. Ed. Cruveilhier, et de Després, par M. Chalvet.

VI

VARIÉTÉS.

Savait-on que Dante a été pharmacien? Le fait est maintenant certain. On a retrouvé sur un registre du XV^e siècle le nom de l'illustre poète, figurant parmi les médecins et les pharmaciens, et inscrit au nombre de ces derniers en juillet 1282. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Compagnon, médecin-major.

Au grade de chevalier : MM. Germain, médecin-major de 2^e classe, Mauche, médecin-major de 2^e classe; Tamisier, médecin aide-major de 1re classe; Gillet, chirurgien de 2^e classe de la marine; Person, vétérinaire de 1re classe; Saucour, vétérinaire de 1re classe; Lomel, pharmacien-major de 1re classe.

— Une mort subite vient de frapper M. le docteur Jules de Laplagne, de la Souterraine (Creuse).

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Traité complet de chimie analytique, par le professeur *H. Rose*. Édition française originale. Paris, Victor Masson et fils. *Analyse quantitative*, 2^e fascicule. 6 fr.
L'ouvrage complet forme 2 vol.:
Analyse qualitative, 1 vol. 12 fr.
Analyse quantitative, 1 vol. 12 fr.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur *L. Wecker* Tome 1er, 1er fascicule : Maladies de la conjonctive. In-8 de 206 pages, avec une planche. Paris, J.-B. Baillière et fils. Prix du 1er fascicule. 3 fr. 50

Appréciation des appareils modelés, et documents relatifs a la revendication, en faveur de M. Laforgue, médecin-major, de la priorité de l'invention de ces appareils, réclamée par M. Merchie, médecin en chef de l'armée belge, par le docteur *Goffres*. Grand in-8 de 33 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

Études sur la pellagre, par le docteur *Hurel*. In-8 de 26 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

La lèpre kabyle (dermatologie africaine), par le docteur *Jules Arnould*. Grand in-8 de 75 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

Clinical Medicine, Observations Recorded at the Bedside with Commentaries, par *W.-T. Gairdner*. Edinburgh, Edmonston et Douglas.

Thèses.

Thèses subies du 2 au 13 août 1862.

117. Dieuzaide, Achille, né à Lectoure (Gers). [*Opération de la hernie étranglée.*]

118. Vizerie, Émilien, né à Issigeac (Dordogne). [*Essai sur les luxations tibio-tarsiennes et leurs complications.*]

119. Numa-Cornet, J.-C.-Th., né à Cussac (Dordogne). [*Essai philosophique sur l'empirisme ou sur la doctrine expérimentale en médecine.*]

120. Guérard, Léon, né à Dourdan (Seine-et-Oise). [*Des éruptions médicamenteuses pathogénétiques.*]

121. Guénard, Joseph-Adrien, né à Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne). [*Des ulcérations du col de l'utérus dans la métrite parenchymateuse chronique.*]

122. Montillot, G., né à Moulins-en-Gilbert (Nièvre). [*De la rétention d'urine envisagée comme symptôme.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 19 SEPTEMBRE 1862. N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Application de la loupe et du microscope à la docimasie pulmonaire. — II. **Travaux originaux**. Physiologie : Nouvelles études expérimentales et nouveaux faits relatifs aux mouvements de décentration latérale du cristallin dans la vision associée ou binoculaire. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Tuméfaction circonscrite dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien chez les enfants nouveau-nés. — Suture de la sclérotique dans l'opération du staphylome. — Folie attribuée à une fracture du crâne; trépanation, mort. — Tube à trachéotomie tombé dans la bronche gauche. — Traitement de la chorée par le sulfate d'aniline. — V. **Bibliographie**. Traité pratique des maladies de l'estomac. — VI. **Variétés**. Responsabilité médicale. Médecin d'un asile d'aliénés. Cas particulier de jurisprudence. — Société universelle d'ophthalmologie. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**.

I

Paris, 18 septembre 1862.

Académie de médecine : APPLICATION DE LA LOUPE ET DU MICROSCOPE A LA DOCIMASIE PULMONAIRE.

La discussion soulevée à l'Académie de médecine par le rapport de M. Vernois touche, comme on a pu voir, à une question de convenances et à une question de science. Sur l'un et sur l'autre de ces deux points, nous dirons franchement notre avis.

M. le docteur Bouchut a-t-il eu tort de publier dans un journal de médecine, avant le débat académique, le travail qui venait d'être l'objet d'un rapport? On doit lui tenir grand compte du soin qu'il a pris de joindre à ce travail une *note* indiquant les principales additions qu'il y a introduites. Mais aussi on ne peut méconnaître qu'il existe entre le texte primitif et le texte imprimé des différences dont la note ne donne pas une idée suffisante, et que les additions, retranchements ou modifications ne portent aucune marque qui permette de les distinguer du reste. Il est donc vrai de dire que les appréciations du rapport ne répondent plus exactement, en certains endroits, au contenu de cette nouvelle édition du mémoire. C'est là ce qu'on peut reprocher à M. Bouchut, comme nous le lui avons dit à lui-même. L'exemple qu'a rappelé M. Gaultier de Claubry, et qu'il a tiré de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, ne peut être cité comme un précédent dans l'espèce. Nous avons inséré, il est vrai, en 1860, le mémoire de Rilliet sur l'iodisme, au cours de la discussion et avant le vote des conclusions du rapport ; mais l'auteur n'y avait rien changé et s'était borné à y joindre quelques *pièces justificatives*. Faut-il ajouter que cette remarque n'implique aucun blâme à l'égard du collègue de la presse qui a cru devoir accueillir le manuscrit de M. Bouchut, et qui n'était aucunement tenu (quand il en aurait eu les moyens) à un travail de confrontation? La responsabilité dans un cas pareil ne saurait jamais aller jusqu'au rédacteur en chef.

FEUILLETON.

SOMMAIRE. — L'ancienne Faculté de médecine de Paris. — Le doyen. — L'enseignement. — Les examens. — La thèse. — L'examen particulier. — La licence. — Le doctorat. — *L'acte pastillaire* (1).

Suite et fin. — Voir le numéro 37.

III. Les examens pour le baccalauréat en médecine n'avaient lieu que tous les deux ans. Toutefois, lorsque le nombre des bacheliers reçus n'était pas jugé suffisant pour soutenir la dignité de l'école, elle se réservait le droit d'ouvrir, par grande exception, et sur une décision expresse, des examens supplémentaires. Pour y être admis, il fallait avoir vingt-cinq ans révolus, et avoir suivi les cours de l'école pendant deux ans au moins.

Au mois de février, une affiche signée du grand bedeau était apposée sur la porte du collége, et annonçait l'ouverture des épreuves pour le mois suivant. Au milieu du carême, un samedi, après la messe, les candidats en grande toilette comparaissaient dans les classes supérieures devant la Faculté spécialement convoquée par le doyen. L'un d'eux, au nom de tous, demandait respectueusement qu'on voulût bien les admettre à l'examen. Ils déclinaient leurs nom, prénoms, patrie, religion. Les plus anciens docteurs leur faisaient subir à chacun, comme par avance, une courte interrogation ; après quoi on leur fixait un jour pour justifier de leurs études antérieures. Ce jour-là, ils avaient à comparaître de nouveau et à présenter leur diplôme de maître ès arts ou en philosophie, plus une attestation constatant qu'ils avaient suivi pendant quatre ans les cours de l'Université. Des dispenses étaient accordées aux fils des médecins. La Faculté était jalouse, et

(1) Extrait de l'ouvrage intitulé : LES MÉDECINS AU TEMPS DE MOLIÈRE.

Sur le premier point donc, nous nous rallions entièrement aux principes que M. Vernois a si nettement exposés.

En ce qui concerne la question scientifique, les changements de texte dont nous venons de parler, s'ils étaient aussi nombreux qu'on l'a donné à entendre mardi, rendraient assez difficile l'appréciation des idées soumises par M. Bouchut au jugement de l'Académie. La chose toutefois nous paraît très possible si, comme on peut le croire, il n'y a pas de plus importantes modifications que celles qui ont été particulièrement signalées par M. le rapporteur; et nous la croyons d'autant plus opportune que, à nous en rapporter à nos impressions de lecture, le sens de l'objection fondamentale qu'on adresse à M. Bouchut n'aurait pas été bien comprise de tout le monde.

Le mémoire entier de notre confrère est entaché d'une méprise reconnaissable dès les premières pages. Nous tenons à ce mot, parce que nous n'admettons pas qu'un médecin aussi instruit, et qui l'est surtout à l'égard de la physiologie et de la pathologie des nouveau-nés, soit resté étranger à des notions de médecine légale qui sont du domaine commun et dont il trouvait la mention à chaque page, pour ainsi dire, des ouvrages spéciaux qu'il a évidemment consultés. Il y a eu, disons-nous, méprise, inattention, distraction, et voici quel en a été le résultat. M. Bouchut constate que, dans l'opinion unanime des médecins experts, « si l'*inspection des poumons* à l'œil nu permet de supposer l'établissement de la respiration, elle ne donne pas de preuves suffisantes pour établir la réalité du phénomène ». Il rappelle même dans un passage qui compte, paraît-il, parmi les additions, cette déclaration de M. Devergie : « Un médecin ne pourrait guère être admis à déclarer, d'après l'inspection seule des poumons, qu'un enfant a ou n'a pas respiré. » Le vrai sens de ces assertions, c'est simplement que les caractères physiques du poumon, *y compris ceux qu'il tire de la présence ou de l'absence de l'air*, ne suffisent pas rigoureusement à reconnaître s'il y a eu ou non respiration, parce que la couleur peut varier avec la quantité de sang contenu dans les capillaires, parce que les lobules ne se dessinent pas toujours avec la même netteté, parce que le gaz contenu dans l'organe pulmonaire peut provenir de l'insufflation ou de la putréfaction, etc.; et c'est pour cela qu'on donne le conseil de recourir à d'autres moyens d'expertise, telles que la docimasie de Galien ou la pression de tranches de poumon sous l'eau. M. Bouchut raisonne comme si l'embarras où l'inspection du poumon laisse parfois le médecin expert provenait uniquement de ce que la présence de l'air, quand elle est réelle, ne peut être constatée à l'œil nu; et conséquemment, quand il a cru trouver un moyen de mieux s'assurer s'il y a, ou non, de l'air dans les poumons, il s'imagine très sincèrement avoir levé la difficulté. Aussi annonce-t-il qu'il a trouvé un *nouveau signe*; aussi écrit-il (et c'est, au dire du rapporteur, un adoucissement au texte primitif) : « Par ce nouveau moyen d'exploration, on peut voir et faire constater même à des personnes étrangères à la médecine, à des magistrats ou à des jurés chargés de prononcer sur une affaire criminelle d'infanticide, qu'*un poumon renferme des lobules remplis de vésicules aériennes dilatées par la respiration.* » On conçoit dès lors que, sa loupe ne lui ayant montré après tout que de l'air dans le poumon, tantôt dans les vésicules quand il y avait eu respiration ou insufflation, tantôt dans le tissu intervésiculaire quand il y avait eu putréfaction, ses descriptions n'ont pu que ressembler trait pour trait à celles des auteurs. D'où il résulte que M. Bouchut, après avoir promis, au nom du microscope, un *nouveau signe*, n'en donne point, et que M. Devergie, qui avait vu les mêmes choses que M. Bouchut sans microscope, a pu légitimement se croire autorisé à élever une réclamation personnelle.

Maintenant, est il vrai que l'emploi de la loupe ou du microscope à un faible grossissement permet, comme le dit M. Bouchut dans sa troisième conclusion « de constater ce qu'on ne voit pas à l'œil nu »? Nous sommes obligé de le répéter, l'auteur n'en administre pas la preuve, puisque, encore une fois, les résultats de sa docimasie *optique* ne diffèrent pas de ceux de la docimasie *oculaire*; mais conformément à l'opinion de M. Gaultier de Claubry, il ne nous paraît pas démontré que l'emploi d'instruments grossissants, pour les investigations délicates dont il s'agit, ne puisse conduire, dans des recherches ultérieures, à des déterminations utiles, soit sous le rapport de la présence ou du siége de l'air, soit quant à l'état des vaisseaux sanguins. Les expériences de M. Depaul, souvent rappelées dans le débat, déposent en attendant contre un jugement si sévère.

Ceci nous amène à une dernière question. M. Bouchut, qui n'a pas tiré d'avantages particuliers de l'emploi de la loupe ou du microscope, qui avait d'ailleurs été devancé par M. Depaul dans l'application de cet instrument à l'étude comparative du poumon insufflé et du poumon qui a respiré; M. Bouchut a-t-il le mérite d'avoir le premier proposé d'appliquer ce mode d'inspection à la docimasie pulmonaire pro-

---

pour cause, de maintenir ce privilége de la naissance, dont elle trouvait, disait-elle, la justification dans un des préceptes d'Hippocrate (1).

L'examen durait une semaine. Outre les examinateurs spécialement désignés, chaque docteur présent avait le droit de faire, s'il le voulait, un certain nombre de questions aux candidats. Ils étaient successivement interrogés sur les choses naturelles, sur les choses non naturelles, sur les choses contre nature, c'est-à-dire sur toutes les matières de l'enseignement pendant les deux années précédentes. On leur donnait à chacun, pour terminer, un aphorisme d'Hippocrate à commenter. A la fin de la semaine, les examinateurs faisaient leur rapport à la compagnie assemblée, et l'on allait aux voix sur l'admission ou l'ajournement des candidats.

(1) Juro me... eos item qui ex præceptore nati sunt, artem hanc si discere voluerint, absque mercede et pacto edocturum (*Jusjur.*, v. 4.)

Au moment de leur réception, on présentait aux bacheliers le serment à prêter (1).

Bien qu'en possession de leur grade, les bacheliers devaient, pour le conserver, se soumettre à de nouvelles épreuves. Au

(1) SERMENT. — « 1° Vous jurez d'observer fidèlement les secrets d'honneur, les pratiques, les coutumes et les statuts de la Faculté, de tout votre pouvoir, et, quoi qu'il arrive, de n'y contrevenir jamais; 2° de rendre hommage et respect au doyen et à tous les maîtres de la Faculté; 3° d'aider la Faculté contre quiconque entreprendrait quelque chose contre ses statuts ou contre son honneur, et surtout contre ceux qui pratiquent illicitement, toutes les fois que vous en serez requis, comme aussi de vous soumettre aux punitions qu'elle inflige en cas de faute; 4° d'assister en robe à toutes les messes ordonnées par la Faculté, d'y arriver au moins avant la fin de l'Épître, et de rester jusqu'à la fin de l'office, fût-ce même une messe d'anniversaire pour les morts, sous peine d'un écu d'amende; comme aussi, et sous peine d'une égale amende, d'assister tous les samedis à la messe de l'École, le temps des vacances excepté; 5° d'assister aux exercices de l'Académie et aux argumentations de l'École pendant deux ans, de soutenir une thèse sur une question de médecine et d'hygiène; enfin d'observer toujours la paix et le bon ordre, et un mode décent d'argumentation dans les discussions scientifiques prescrites par la Faculté. » (Ce serment est emprunté à M. Sabatier.)

Digitized by Google

prement dite, c'est-à-dire à l'*épreuve* (δοκιμάζειν, éprouver) qui a pour but de savoir si un enfant a exécuté ou non l'acte naturel de la respiration ? Ce mérite serait certainement atténué, d'une manière sensible, par l'exemple qu'avait donné M. Depaul, quoique dans un autre but ; néanmoins il ne serait pas équitable de n'en tenir aucun compte. Or, sans mettre en doute la sincérité de ceux qui affirment se servir fréquemment de la loupe ou du microscope pour l'examen médico-légal des poumons, et en nous permettant de leur faire observer que, s'ils s'en servent, c'est qu'ils ne les trouvent pas mauvais ou inutiles, nous devons constater un fait ; c'est que ce procédé n'est recommandé ni mentionné, que nous sachions, dans aucun traité de médecine légale.

Nous ne pouvons terminer sans signaler le talent déployé dans cette discussion par les deux membres qui se sont donné la réplique, M. Gaultier de Claubry et M. Vernois. Tous deux ont fait remarquer la clarté méthodique de leur argumentation, l'habile enchaînement de leurs moyens ; et M. Vernois, en particulier, a porté à la tribune ce genre de talent, brillant et souple, qui caractérise principalement l'éloquence du barreau.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie.

Nouvelles études expérimentales et nouveaux faits relatifs aux mouvements de décentration latérale du cristallin dans la vision associée ou binoculaire. — Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris par le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, lauréat de l'Académie des sciences.

Au chapitre x de notre Traité de la physiologie de la vision binoculaire, consacré à l'étude de l'influence des lunettes sur la vision associée, nous avons reconnu que l'usage de ces instruments, appliqués aux deux yeux à la fois, créait à la vue des conditions nouvelles et antiphysiologiques. Ces conditions se formulaient dans le principe suivant : l'usage binoculaire des lunettes amène une discordance manifeste, un défaut de rapport absolu entre l'accommodation de chaque œil et la convergence mutuelle de leurs axes optiques. En d'autres termes, lors de l'emploi des lunettes, l'adaptation de chaque œil est en rapport avec une distance d'autant plus en désaccord avec celle du point de croisement des axes optiques, que le verre employé a une courbure plus forte.

La vision simple, en de telles circonstances, repose, comme nous l'avons vu, sur le fusionnement sur des axes secondaires des images virtuelles pour lesquelles chaque œil est adapté ; et nous avons vu au paragraphe 239 quel devait être le mécanisme de ce fusionnement. Il s'opère, ainsi que nous l'avons démontré objectivement, après l'avoir établi rationnellement, par un mouvement de transport en dehors ou en dedans, suivant les cas, c'est-à-dire suivant le genre des lunettes concaves ou convexes, du centre du cristallin. Nous avons nommé ce mouvement *la décentration latérale du cristallin*.

A la démonstration expérimentale objective que nous avons donnée au § 239 C, nous sommes en mesure d'ajouter aujourd'hui l'appui d'une démonstration, expérimentale encore, mais subjective cette fois-ci, de ce même phénomène que nous pourrions appeler de physiologie pathologique.

Reprenons, à cet effet, en les variant comme nous allons dire, les épreuves consignées au paragraphe ci-dessus rappelé, et qui consiste dans l'analyse du fusionnement des images doubles que fait naître l'interposition d'un prisme entre une source lumineuse définie et les organes de la vue.

Notre regard associé étant fixé sur une bougie située à quelques mètres devant nous, étudions les phénomènes observés subjectivement et objectivement lors de l'interposition d'un prisme à sommet *interne* devant l'un des yeux.

Que se passe-t-il, qu'observe-t-on en pareille circonstance ?

Premier fait observé. — Au moment de l'interposition du prisme, premier phénomène : apparition de deux bougies au lieu d'une ; l'image fausse est à droite (le prisme étant placé devant l'œil gauche). Si l'attention a fait effort pour demeurer fixe sur le premier point de mire, on observe que ni l'un ni l'autre œil *ne bougent aucunement*.

Et l'on s'assure de ce fait par la remarque subsidiaire suivante, que si, pendant ce même temps, l'attention se porte alternativement sur l'une ou l'autre des images, alors l'observateur remarque que vos deux yeux se portent à la fois, et sans changer leur angle mutuel, sur l'une ou sur l'autre, oscillant en partie liée sur celle qui sert de but à l'attention.

Deuxième fait. — A partir de ce moment, *veut-on* réunir les deux images, amener leur coalescence, on observe :

Que l'attention commune binoculaire étant fixée ainsi sur l'une des images, *c'est cette image qui semble marcher vers l'autre*, cette dernière demeurant dans la plus parfaite immobilité.

Troisième fait. — Un observateur, fixant pendant ce temps-là son attention sur nos yeux, remarque alors que, des deux yeux, un seul fait un mouvement notable, un mouvement de convergence : c'est *l'œil placé du côté de l'image qui marche*, l'œil, par conséquent, qui n'a rien de commun avec cette image (puisque les images sont croisées).

---

mois de mai ou de juin suivant, ils avaient à subir l'examen sur la botanique, sagement placé à l'époque de la floraison des plantes. Le reste de l'été était occupé par des disputes et des leçons privées, qui leur servaient de préparation pour les grandes luttes qui les attendaient à la rentrée.

L'hiver suivant, en effet, ils rentraient en lice (1). Depuis la Saint-Martin jusqu'au carnaval, ils avaient à soutenir, en grand appareil et en nombreuse assemblée, leurs thèses *quodlibétaires*, c'est-à-dire choisies sur un sujet quelconque de physiologie ou de médecine. Il devait, autant que possible, s'en passer une par semaine. Depuis le mercredi des Cendres jusqu'aux vacances, c'était le tour des thèses *cardinales*, qui seraient mieux nommées thèses du *cardinal*, car on les désignait ainsi en l'honneur du cardinal d'Estouteville qui les avait instituées. Elles roulaient presque toujours sur un sujet emprunté à l'hygiène. C'est parmi ces dernières qu'on a pris la plupart de ces questions bizarres et quelquefois puériles, qu'on a souvent citées comme une preuve des divagations de la Faculté. Il y aurait peu d'intérêt à rapporter ici les sujets sérieux qui en forment, après tout, la majeure partie, et dont la plupart pourraient être encore utilement discutés aujourd'hui. Mais je ne puis m'empêcher de citer, à titre d'échantillon, les incroyables questions que voici : Les héros naissent-ils des héros? Sont-ils bilieux ? — Est-il bon de s'enivrer une fois par mois? — La femme est-elle un ouvrage imparfait de la nature ? — L'éternument est-il un acte naturel ? — Les bâtards ont-ils plus d'esprit que les enfants légitimes ? — Faut-il tenir compte des phases de la lune pour la coupe des cheveux ? — sans compter les jeux de mots, comme celui-ci : *An medicus sibi, medicus sibi ?* etc...

Les thèses de la Faculté avaient une forme invariable. Elles se composaient de cinq articles : dans le premier on donnait l'exposition du sujet, et on posait la *majeure* ; dans le second

(1) Hiemo proxima, ex hac domestica et umbratili exercitatione quasi in aciem educantur. (Statuts, art. 14.)

Celui-là qui seul voit l'image mobile est celui qui demeure immobile.

Quatrième fait. — Après la coalescence produite, relève-t-on subitement le prisme, les deux images réapparaissent pour se fusionner à l'instant. Dans ce moment, lors de ce mouvement de restitution de la vue simple, c'est encore la même *image, celle qui a marché déjà qui revient encore vers la première.*

Cinquième fait. — La fatigue principale s'observe dans l'œil qui ne bouge pas et dans lequel semble marcher l'image ; c'est celui, comme nous le verrons, dans lequel s'accomplit la décentration.

Sixième fait. — La fusion ne semble pas se faire notablement plus près de l'observateur que n'est la *bougie* elle-même.

Une considération puissante en faveur de la décentration du cristallin découle même de cette remarque : elle prouve, en effet, que la fusion est obtenue *sur un axe secondaire dans l'œil qui ne remue pas et sur l'axe polaire* pour l'œil qui remue. Si la coalescence avait lieu sur les deux axes principaux et à leur croisement en O, la bougie serait manifestement vue plus rapprochée et très notablement, tandis qu'elle est vue toujours simple en L ou H.

Quel est le sens de ces expériences? Leur discussion va nous le montrer :

Soit L le point lumineux (la bougie) ; H, l'image fausse ou celle procurée par le prisme, et que, dans l'expérience, on peut colorer en prenant un prisme de couleur pour être bien sûr de ne pas confondre les images.

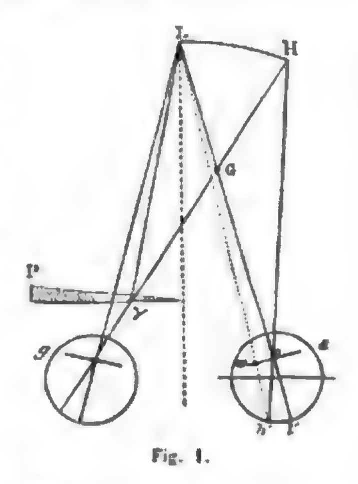


Fig. 1.

Avant tout essai de fusionnement, les axes optiques principaux de droite et de gauche sont fixés sur L ; mais l'*attention* se porte (par l'œil droit sur L, par son axe polaire) par l'œil gauche sur H, au moyen d'un axe secondaire. Telle est la conséquence du premier fait observé.

Tout d'un coup, *intentionnellement*, l'attention de l'œil gauche est *tendue* sur H, et l'on observe alors que l'œil droit ne bouge pas extérieurement et que l'œil gauche, au contraire, se porte en convergence sur H, de façon à lui présenter son axe principal.

Attention et axe polaire sont donc en concordance à gauche. A droite, au contraire, l'axe polaire est demeuré sur L (l'œil droit n'a pas bougé), et cependant l'image, objet de l'attention, a marché ; elle s'est transportée sur un axe secondaire OH.

Comment peut donc s'être effectué ce transport de L en H pour l'œil droit, si, pendant qu'il s'opérait, on a observé que le globe de l'œil ne remuait pas? Voilà deux observateurs, l'un extérieur, fixant son attention sur les globes oculaires du sujet en expérience, et ce sujet lui-même observant ses sensations. Ce dernier dit : « En ce moment l'image marche dans mon œil droit (l'image croisée ou gauche L); elle marche vers celle de droite de L en H (fig. 1). »

Au même moment l'observateur extérieur dit : « Cet œil droit ne bouge pas, c'est le gauche qui remue, et il se porte dans la convergence. » Que conclure de là, si ce n'est un changement opéré *à l'intérieur de l'œil droit*, et le transport automatique, en dedans, du centre de son appareil dioptrique ? Nous demandons à tout critique, si notre théorie a dû en soulever contre elle, comment il expliquerait ce fait important et de si facile observation que chacun peut le répéter en quelques minutes. Pour nous, nous chercherions vainement une autre manière de nous en rendre compte que par la décentration en dedans du cristallin de l'œil droit, et nous nous assurons que toute personne qui répétera ces expériences sera de la même opinion.

B. Dans l'expérience représentée graphiquement dans la figure précédente, l'œil immobile était celui qui recevait directement la lumière de la bougie, celui dépourvu de prisme. L'image sur laquelle se faisait la coalescence était, au contraire, l'image fausse, l'image correspondant au prisme déviateur.

Fig. 2.

Dans d'autres expériences, nous avons fixé notre attention sur cette dernière : alors comme nous l'avons vu dans les faits consignés au premier paragraphe, les deux axes des yeux, faisant toujours le même angle, se sont transportés sur H comme dans la figure ci-contre :

Que se passe-t-il alors?

Le sensorium a conscience du mouvement de l'image fausse H vers l'image vraie L; or, où est le siége de cette image fausse H? Évidemment dans l'œil gauche, puisque l'œil droit voit L et non pas H. Comment donc expliquer le mouvement de H en L, si ce n'est par le transport de l'impression H en L au fond de l'œil, ou du centre du cristallin de *o* en *o'*.

---

on la développait ; le troisième et le quatrième article étaient consacrés, l'un à établir, l'autre à commenter la *mineure*. Enfin, dans le cinquième, on réfutait les objections, et on tirait la conclusion des prémisses. — On voit que la Faculté était encore au XVII^e siècle, quant à la forme du moins, dans les traditions les plus pures de la scolastique.

L'argumentation était d'une durée effrayante. Pour les thèses quodlibétaires, on disputait de six heures du matin à midi. La présidence appartenait à tous les docteurs-régents à tour de rôle, en commençant par le plus jeune. Elle était de rigueur. Un docteur qui n'aurait pas présidé à son tour aurait encouru la radiation. Le feu était ouvert par les bacheliers présents : de six heures à huit heures, chacun d'eux présentait au candidat un argument que celui-ci devait réfuter de son mieux. Après ces escarmouches préliminaires, la bataille s'engageait, plus vive et plus générale. Neuf docteurs désignés *ad hoc*, trois du grand banc et six du petit banc, descendaient successivement sur le terrain, et poussaient l'argumentation avec une nouvelle vigueur. Cela durait trois heures. Enfin, la séance se terminait par un assaut général : de onze heures à midi, tous les assistants avaient le droit d'intervenir, et d'accabler sous une grêle de questions et d'arguments le récipiendaire, seul, contre tant d'ennemis à la fois.

Aux thèses cardinales, c'était pis encore. On disputait de *cinq heures du matin à midi*, et chaque bachelier était tenu de proposer deux arguments au répondant. Ce devait être une chose terrible que ces énormes séances. Quelle situation que celle de ce pauvre bachelier, obligé, de par les statuts, d'avoir pendant sept grandes heures plus d'esprit, de littérature, d'érudition, que toute la Faculté ensemble ; de répondre, sans désemparer, aux plus subtiles arguties que puisse inventer l'esprit de controverse ; de se surveiller à tous moments, pour ne hasarder ni une phrase, ni un mot que l'on puisse retourner contre lui, et que dix adversaires sont prêts à saisir au passage, pour l'en écraser, au moment décisif! Et, comme pour rendre la partie plus inégale encore, l'usage voulait que,

puisque, dans ce cas encore, on a constaté que le globe de l'œil ne bougeait pas?

Telle est donc la première conséquence de ces deux faits constatés dans la première observation : la coalescence se produit par la décentration du cristallin s'opérant dans l'œil, dont l'axe polaire est en rapport normal avec l'image sur laquelle la fusion doit se faire; en d'autres termes, l'axe polaire ou principal se fixe sur l'image objet de l'attention, choisie pour la coalescence. Cet œil est en rapport perpendiculaire avec les rayons effectifs; l'autre n'y est pas, mais s'y met pendant l'effort de coalescence. De telle sorte qu'après cette coalescence obtenue, les deux yeux offrent tous deux leurs cornées perpendiculairement aux rayons incidents. Mais dans l'un d'eux, celui qui n'a pas eu à remuer, dont le rapport avec les rayons incidents n'a pas changé, le cristallin a dû bouger : c'est lui qui a produit la coalescence. Ce ne peut pas être autrement, puisque, pendant le mouvement extérieur de l'autre œil, c'est chez lui que se passait la translation de la sensation lumineuse.

Nous sommes donc en droit d'établir les deux propositions suivantes.

1° Lors de la coalescence des deux images qui naissent de l'interposition d'un prisme à sommet interne devant un œil, la fusion des deux impressions en une est procurée par la décentration d'un ou des deux cristallins;

2° Quand la fusion est opérée, l'axe polaire ou principal de chaque œil est en rapport normal ou perpendiculaire avec la direction des rayons réels qui le viennent frapper;

3° En ce moment, les deux axes font ainsi un angle plus grand que celui qui correspond à la distance de l'objet lumineux;

4° Mais les axes virtuels font entre eux l'angle même qui correspond à cette distance; ils se mettent en rapport avec l'accommodation.

Il semble donc résulter de là que, dans toutes circonstances de la vision binoculaire où il y a discordance entre la distance des images et l'accommodation, les axes polaires se mettent en rapport avec la direction réelle des rayons lumineux qui frappent alors la cornée normalement; *mais la coalescence a toujours lieu à la distance des objets, des images ou de l'accommodation*, et cela par la décentration des cristallins, lesquels se mettent en rapport avec les axes secondaires déterminés par l'adaptation ou distance des objets et des images. On se convainc de ce fait, — que la coalescence a lieu à la distance même des objets ou des images, — par une remarque consignée au § 6 de cette série d'observations. La fusion des deux images s'est faite à leur propre et commune distance.

La grande différence angulaire de la position L ou H d'une part, et du point de croisement C de l'autre, dans les deux figures ci-dessus, se révélerait infailliblement au sensorium si la coalescence se faisait en ce dernier point.

L'analyse de la position de l'objet et des images dans l'emploi binoculaire des lunettes montre que c'est bien là ce qui se passe dans ces circonstances : les cornées se mettent en rapport avec la position de l'objet par leurs axes polaires; les cristallins, par leurs centres, avec les axes secondaires déterminés par la position des images.

Avant de finir, revenons sur la quatrième observation :

« Après la coalescence produite, relève-t-on subitement le prisme, les deux images réapparaissent pour se refusionner à l'instant. Dans ce mouvement de retour à la vue simple, on observe, en outre, que c'est encore la bougie qui a marché déjà, qui *revient* sur la première. »

Comment expliquer ce fait?

Bien simplement :

Reportons-nous à la figure II et supposons le prisme subitement enlevé. Qu'arrive-t-il? La direction des rayons lumineux demeure la même pour l'œil qui est demeuré nu; mais elle redevient LO pour l'œil dépourvu subitement du prisme. Ce rayon LO trouve le cristallin décentré en ω; il donne alors l'impression OK.

Mais cette décentration ne saurait se maintenir; le centre revient à sa place, de dedans en dehors dans l'œil, de dehors en dedans à l'extérieur; l'image marche encore de K vers L, comme auparavant elle avait été de L vers H.

C. On peut reprendre ces expériences en sens inverse, et l'on se voit conduit aux mêmes résultats.

Ainsi, le regard associé ou binoculaire étant fixé sur un objet (une bougie), si l'on interpose devant l'un des yeux un prisme à sommet dirigé en dehors, l'objet de l'attention est doublé; il y a production de diplopie ici homonyme.

Cela posé, si l'angle du prisme est assez fort (10 degrés ou plus), aucun effort de fusion ne réussit à réunir les deux images en une, cependant cet effort instinctif les rapproche plus ou moins.

En cette situation d'équilibre, si l'attention binoculaire se porte sur l'une quelconque des deux images, virtuelle ou réelle, on observe l'ensemble de phénomènes que voici :

Observation objective. — L'un des yeux demeure immobile et fixe : c'est celui qui est du côté de celle des images sur laquelle se porte l'attention binoculaire.

L'autre se porte dans la convergence, d'un mouvement continu, et jusqu'à venir loger sa cornée dans l'angle interne de l'orbite.

Observation subjective. — En même temps, du côté des images, le sujet en expérience observe ce qui suit :

L'image placée du côté de l'œil en mouvement demeure immobile en apparence.

---

dans les thèses quodlibétaires, le candidat fournit lui-même à ses rivaux et à ses juges les moyens de réparer leurs forces. Dans une pièce attenante à la salle des Actes, étaient servis, *à ses frais*, du vin et des rafraîchissements. Chaque docteur pouvait, à son gré, aller puiser à la buvette des idées et des inspirations; et il est à croire que parfois l'ardeur de la dispute n'était pas la seule qui échauffât les têtes. Seul, le malheureux restait sur la brèche, sans un moment d'interruption, argumentant, argumenté, criblé d'objections, jusqu'à ce que les douze coups de la grande horloge vinssent mettre un terme à cette longue épreuve.

IV. Deux ans s'écoulaient dans ces exercices... Après ces deux années, la compagnie devait être édifiée sur la capacité, sur les connaissances théoriques de chacun des bacheliers. Il ne restait plus qu'à s'assurer s'ils avaient acquis quelque expérience des malades, s'ils possédaient ce bon sens pratique, que la science doit compléter, mais qu'elle ne remplace jamais. Appréciation délicate et toute personnelle, pour laquelle un examen ne saurait suffire; car ces qualités sont de celles qui ne se jugent qu'à l'œuvre. Dans ce but, les bacheliers comparaissaient de nouveau en corps devant les docteurs, et venaient réclamer leur admission à *l'examen particulier*. C'était là qu'ils devaient une dernière fois justifier de leurs antécédents et de leurs mœurs, dissiper tous les doutes qui pouvaient exister sur le caractère honorable de leurs familles et de leurs relations; c'était là qu'un obstacle infranchissable arrêtait, en dépit du talent et des recommandations, tout homme en qui la Faculté pouvait voir poindre un futur ennemi, un traître à ses institutions, ou seulement un membre indigne. C'était là enfin que, s'il se trouvait un bachelier qui eût exercé la chirurgie *ou tout autre art manuel*, il devait, avant d'être admis à la licence, non plus seulement prêter un serment, mais s'engager par un acte passé devant notaire à renoncer pour jamais à l'exercice de cet art : « Car, ajoutent les statuts, il convient de garder dans

Tandis que l'image sur laquelle se porte l'attention fuit en dehors d'un mouvement continu, parfaitement en rapport avec le mouvement de l'œil qui se porte dans la convergence, elle devient en même temps de plus en plus confuse, participe aux propriétés des images de la polyopie monoculaire et disparaît enfin sur les limites externes du champ de la vision.

MÉCANISME DE CES PHÉNOMÈNES. — L'image qui remue et s'éloigne est donc celle qui correspond à l'œil qui ne bouge pas et qui est seul à la percevoir, tandis que l'image immobile est celle en rapport exclusif avec l'œil qui bouge.

Le second de ces faits est très simple : l'œil en mouvement mettant, à chaque instant, un nouvel axe en rapport avec le même objet, a toujours conscience de la direction réelle et exacte de cet objet ; l'objet paraît donc immobile.

Le second fait est moins simple : l'œil en rapport avec l'image qui fuit est invariablement fixe ; l'objet ou la direction réelle des rayons incidents ne varient pas davantage. Qu'est-ce qui reste donc qui soit passible de mouvement entre l'objet et la rétine? Un seul organe : l'appareil dioptrique.

Le cristallin de l'œil immobile déplace donc son centre dans son plan équatorial en sens opposé et proportionnel au mouvement angulaire de l'image ; celle-ci fuit en dehors, le cristallin se décentre en dedans.

Ainsi donc, les axes du globe étant dans une convergence asymétrique, les axes des systèmes dioptriques corrigent ce défaut d'harmonie : le système dioptrique de l'œil immobile se met avec celui de l'œil en mouvement dans une convergence différente de celle des axes, plus grande qu'elle et sans doute déterminée par la loi de symétrie qui préside à l'attention binoculaire et surtout de l'accommodation.

En résumé :

Dans toutes circonstances où des images réelles ou virtuelles semblables sont offertes à l'attention binoculaire dans des conditions de convergence ou de divergence en désaccord avec leur distance ou l'adaptation des organes, il se crée dans ces organes, par le déplacement des centres dioptriques ou de réfraction, et dans le sens commandé par le degré d'adaptation ou la distance, de nouveaux axes pour la direction virtuelle des sensations rétiniennes ; la fusion des images doubles se fait sur ces nouveaux axes, devenus les axes de l'attention.

Cette démonstration rétrospective, et à posteriori, met dans une clarté nouvelle et confirme d'une façon éclatante les vues que nous avons précédemment exposées sur le mécanisme de la vision binoculaire ou associée. Elle montre l'empire de la loi de synergie qui unit ensemble les appareils dioptriques au détriment même des relations en apparence plus intimes qui rattachent l'appareil dioptrique d'un œil à cet œil même. La loi d'association domine, dans la vision binoculaire, la loi de composition et d'harmonie qui préside aux rapports des différentes parties d'un même organe. (Voir p. 603 un rapport sur ce travail.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Précautions destinées à assurer la pureté de l'eau distillée servant à la boisson des hommes embarqués.* — M. *Chevreul* communique sous ce titre, au nom de M. *M.-A. Lefèvre*, directeur du service de santé au port de Brest, une NOUVELLE NOTE SUR LES EFFETS DU PLOMB DANS LA PRODUCTION DE LA COLIQUE SÈCHE.

M. Lefèvre, ajoute M. Chevreul, poursuit avec une louable persévérance ses *recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement.*

Ne doutant pas que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, elle est produite par la présence d'un composé plombeux dans l'eau employée sur les navires comme boisson ou comme servant à la préparation des aliments, et parce qu'il attribue l'origine de ce composé à l'étamage impur dont on se sert pour le fer et pour le cuivre, et encore au lut de minium, il propose, pour détruire la cause du mal, de proscrire l'usage de ce lut dans les appareils économiques destinés à la préparation des aliments, et celui de l'étain plombeux dans l'étamage ; et sans doute, dans l'intérêt de l'hygiène publique, l'administration doit, en effet, proscrire l'usage du plomb *partout où ce métal est susceptible de nuire.*

M. Chevreul rappelle le rapport présenté à l'Académie des sciences, en 1841, sur différents procédés de distillation de l'eau de mer, et notamment sur le procédé de MM. Peyre et Rocher, et il poursuit :

J'ai reconnu la présence du cuivre dans les produits fractionnés de la distillation de l'eau de mer soumise à l'appareil de MM. Peyre et Rocher par le procédé suivant : l'eau se colorait en brun par l'acide sulfhydrique ; elle se colorait en rougeâtre par le cyanoferrite de cyanure de potassium, et le résidu de son évaporation repris par l'acide azotique donnait une solution dans laquelle l'ammoniaque développait une couleur bleue ; enfin l'azotate ammoniacal de cuivre, évaporé à sec et calciné, laissait un résidu qui, dissous par l'acide sulfurique, donnait du cuivre métallique quand la solution était mise sur une lame de fer.

S'ensuit-il que je rejette l'opinion de M. Lefèvre, qui attribue la colique sèche à des composés plombeux contenus dans

---

toute sa pureté et toute son intégrité la dignité du corps médical. »

Cela fait, les candidats devaient se rendre révérencieusement au domicile particulier de chaque docteur. Là, seul à seul, dans le silence du cabinet, loin de l'appareil pompeux des écoles et des fascinations d'un examen public, qui peuvent si bien donner le change sur le mérite réel des hommes, et faire accepter les vices de l'esprit ou du caractère, sous le bénéfice d'une forme brillante et d'une diction facile, on procédait à l'examen *sur la pratique*. Chaque examinateur pouvait à son aise interroger le candidat sur tous ces mille détails qui ne sont dans aucun livre, et par lesquels une expérience réelle se distingue d'une instruction hâtive et forcée ; il pouvait lui faire voir un malade, et lui dire : « Dans ce cas particulier, que pensez-vous, et que feriez-vous ? »

Ces épreuves confidentielles, faites isolément par chaque docteur, et pour chaque candidat, devaient durer fort longtemps. Lorsqu'elles étaient terminées, la Faculté assemblée par le doyen prononçait au scrutin secret sur l'admission ou le rejet des bacheliers. Dès lors, ceux dont les noms sortaient victorieux de l'urne fatale étaient, non pas encore licenciés, mais *licentiandes*, c'est-à-dire déclarés aptes à être revêtus de ce caractère que, pour me conformer exactement à l'esprit du temps, je ne puis mieux comparer qu'à un sacerdoce.

Ils se rendaient processionnellement à la demeure du chancelier de l'Académie, auquel ils étaient présentés par le doyen, et qui, sur leur demande, leur fixait le jour où ils devaient recevoir la licence. C'était encore là une des plus vieilles et des plus chères traditions de l'Université. L'Université, toute gallicane qu'elle était, tenait à honneur de faire remonter au saint-siége ses priviléges et sa constitution : origine qui ne la gênait guère, et dont, au besoin, elle savait se prévaloir contre l'autorité du roi et du Parlement. Le chancelier était un chanoine de la métropole de Paris. Autrefois chef des études du cloître épiscopal et de son territoire, il avait joui, pendant longues années, d'une juridiction souveraine sur les écoles ; et

Digitized by Google

l'eau distillée dont on fait usage à la mer comme boisson? Non certainement, car je reconnais avec lui les inconvénients, les dangers mêmes que le plomb d'un mauvais étamage peut avoir.

Conformément à cette manière de voir, M. Chevreul termine sa note par une récapitulation de faits qu'il a exposés à l'Académie à plusieurs reprises, et qui sont applicables à plusieurs arts, à l'économie domestique et à des cas de médecine légale.

PHYSIOLOGIE. — *Des nerfs vaso-moteurs des membres antérieurs*, par M. *Schiff*. — Les nerfs vaso-moteurs des membres antérieurs et des parois thoraciques montrent une disposition analogue à celle des nerfs vasculaires des extrémités postérieures.

Si l'on coupe, à côté de la moelle, les racines qui contiennent les nerfs du mouvement volontaire de l'extrémité antérieure, il n'y a que la main et le quart inférieur de l'avant-bras qui deviennent plus chauds, et l'on voit très bien la dilatation permanente des vaisseaux dont la membrane est interdigitale.

L'humérus et la partie supérieure du bras reçoivent leurs nerfs vasculaires d'une autre partie de la moelle. Pour l'extrémité inférieure, les racines qui vont aux vaisseaux de la cuisse naissent de la partie lombo-thoracique de la moelle, c'est-à-dire beaucoup plus *en avant* ou plus haut que les racines pour le mouvement volontaire du membre. L'extrémité antérieure montre une disposition inverse. Comme nous l'avons déjà dit il y a sept ans, et comme nous l'avons souvent confirmé depuis, les nerfs vasculaires de l'humérus et de la partie supérieure de l'avant-bras naissent de la partie thoracique de la moelle, *en arrière* ou plus bas que les nerfs du mouvement volontaire de ces parties

Il y a donc pour la main, comme pour le pied, une double origine des nerfs vasculaires. Une partie de ces nerfs nait du *plexus brachial* proprement dit, c'est-à-dire des trois dernières racines cervicales et des deux premières dorsales. Ces nerfs se rendent directement dans les troncs du plexus nerveux axillaire.

Une autre partie de ces nerfs naît de la troisième, quatrième, jusqu'à la sixième racine dorsale, et cette partie, dont l'origine est commune avec les nerfs vasculaires de l'humérus, parcourt, comme les nerfs de l'humérus, la partie supérieure thoracique du cordon sympathique, avant de se rendre dans le bras ou dans la région sous-claviculaire.

Lorsqu'on a échauffé la main par la section des racines médullaires du plexus brachial et que l'on coupe ensuite les nerfs paralysés dans le creux de l'aisselle, la main devient encore plus chaude et la chaleur augmente dans une plus grande étendue de l'avant-bras. Mais la température de l'humérus reste encore normale, comme celle des parois thoraciques.

Pour agir sur la chaleur de l'humérus et des parois thoraciques, il faut couper, ou les racines des nerfs thoraciques postérieures au plexus brachial, ou déchirer les filets de communication entre les troncs qui correspondent à ces racines, et les ganglions du sympathique, ou déchirer le filet interganglionnaire du sympathique entre le premier et le second ganglion thoracique, ou arracher le premier ganglion thoracique et le cervical inférieur.

Après la section des racines indiquées de la moelle qui contiennent les nerfs vaso-moteurs de la main, l'arrachement des ganglions du sympathique reste sans effet sur la chaleur de l'extrémité antérieure.

Ce fait prouve que les ganglions du sympathique ne sont pas dans le sens physiologique l'origine même d'une partie des nerfs vaso-moteurs de l'extrémité antérieure. (*Comm.:* MM. Rayer, Cl. Bernard.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Nouvelle note sur les effets du plomb dans la production de la colique sèche*, par M. *A. Lefevre*. — On sait que M. Lefevre, dans différents travaux soumis à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, a soutenu que la *colique sèche* des pays chauds n'est qu'une des formes de l'empoisonnement par le plomb, dont on a méconnu jusqu'à ce jour la véritable nature et dont on n'a pu préserver les marins, précisément parce qu'on s'est refusé à admettre la possibilité de sa production.

Parmi les causes pouvant produire cet empoisonnement, l'auteur indique : 1° les mastics au minium et à la céruse qu'emploient les chauffeurs et les mécaniciens, et les peintures à base de plomb dont on se sert fréquemment dans la marine ; la manipulation de ces produits explique la fréquence des accidents saturnins observés dans cette catégorie du personnel ; 2° l'usage longtemps continué des siphons de fer-blanc ou de plomb adaptés aux charniers, où ils servaient à l'aspiration de l'eau acidule destinée à la consommation des équipages dans les pays chauds, qui a déterminé plusieurs fois l'intoxication en masse des équipages, intoxication dont on n'avait pas soupçonné la nature ; 3° l'usage longtemps continué de l'eau distillée par des appareils qui n'ont été jusqu'à ce jour l'objet d'aucune surveillance hygiénique, qui produit des effets semblables à ceux des siphons métalliques ; 4° l'emploi de vases d'étain fabriqués avec des alliages à bas titre contenant de trop fortes proportions de plomb qu'ils abandonnent au vin ou aux liquides avec lesquels ils sont mis en contact : ce sont les malades et les infirmiers qui, en santé, se servent constamment de ces vases, qui en subissent ordinairement l'influence fâcheuse ; 5° l'étamage des vases culinaires et distillatoires pratiqué souvent à bord avec l'alliage pour soudure

---

bien qu'au XVIIe siècle cette autorité ne fût plus que nominale, nul du moins ne lui contestait le droit de représenter, pour cette circonstance spéciale de la bénédiction des licenciés, le souverain pontife, chef suprême de l'enseignement dans tout l'univers catholique. Il est curieux de retrouver dans Riolan (1) cette reconnaissance explicite de la suprématie du saint-siége sur l'Université.

En attendant le jour de leur institution solennelle, les *licentiandes*, accompagnés des bacheliers nouvellement reçus, se rendaient en corps chez les membres du Parlement et des cours souveraines, chez les ministres, chez les hauts fonctionnaires de l'État, chez le prévôt des marchands et les échevins, pour prier ces grands personnages de se trouver, au jour dit, aux écoles inférieures, pour y apprendre du *paranymphe* les noms et les titres des médecins que la Faculté se préparait à présenter à la ville et à l'univers entier. « *Quos, quales et quot medicos urbi atque adeo universo orbi medicorum collegium isto biennio sit suppeditaturum* (1). »

En présence d'une illustre assistance, le paranymphe venait présenter au chancelier les jeunes fiancés confiés à sa garde, et dont il ne manquait pas de relever éloquemment les mérites divers. Un orateur, bachelier ou autre, portait la parole au nom du chancelier, et invitait l'assemblée à se rendre, à jour fixe, à la grande salle de l'archevêché.

Là, nouvelles cérémonies. A cinq heures du matin, les docteurs y tenaient une assemblée préparatoire, destinée à établir l'ordre de réception des candidats. L'importance donnée à ce classement était un des principaux moyens d'émulation dont on disposait alors. Obtenir *le premier lieu* à la licence

(1) Riolan, *Curieuses recherches sur les Escholes en médecine de Paris et de Montpellier*, 1651. — Du Boulay, *ouv. cit.*

(1) παρανύμφιος. C'était, chez les Grecs, le nom donné à l'ami qui accompagnait le fiancé quand celui-ci conduisait l'épouse à la maison conjugale. Ici le paranymphe est le doyen, le fiancé est le candidat, et l'épouse la Faculté.

contenant 40 à 50 pour 100 de plomb; 6° le choix du fer-blanc et des soudures plombifères employés dans la construction des caisses d'endaubages altérant parfois ces préparations et donnant lieu à la colique sèche parmi les personnes qui en font un usage exclusif et longtemps continué, ou, ce qui est plus commun, parmi celles qui se servent de ces vases pour conserver des boissons acides et préparer leurs aliments, et ne sont atteintes qu'en petit nombre.

A l'occasion d'une épidémie de prétendues coliques sèches qui a régné dernièrement pendant plusieurs mois dans quelques communes des environs de Chartres, MM. Maunoury et Salmon ont prouvé, par leur persistance à en rechercher les causes, combien il fallait apporter de ténacité dans ces sortes d'investigations avant d'arriver à la vérité. On avait été détourné d'abord de poursuivre le plomb, disaient-ils, par le récit des faits publiés en opposition à ceux signalés par M. Lefèvre, médecin de la marine. Ils ne se découragèrent pas, et, après un grand nombre de recherches, ils sont parvenus à démontrer que la maladie sur la cause de laquelle on avait été si longtemps incertain n'était qu'une maladie de plomb déterminée par des masses de ce métal qu'on avait coulées dans les *éveillures*, c'est-à-dire dans toutes les cavités des deux paires de meules d'un moulin où se fabriquait la farine consommée par toutes les personnes qui avaient été malades.

Depuis 1858, dit M. Lefèvre, le ministre de la marine ayant pris en considération les diverses propositions que je lui avais soumises au sujet des réformes qu'il était nécessaire d'apporter dans plusieurs parties du matériel naval, afin de prévenir les chances d'intoxications plombiques auxquelles sont exposés les navigateurs, et divers arrêtés ayant été pris dans ce but, il devenait utile de constater l'influence qu'ils ont pu avoir sur le développement de la colique sèche. Parmi les navires armés depuis le commencement de 1859, un seul, à ma connaissance, l'aviso à vapeur *l'Achéron*, attaché à la station des Antilles, a vu en 1860 la prétendue colique sèche se développer dans son équipage avec ce caractère épidémique auquel on attribuait naguère une signification caractéristique de sa nature non saturnine. Une recherche intelligente a prouvé, sans contestation possible, que le plomb en avait été la cause, et que c'était la saturnisation de l'eau distillée produite par un appareil dont l'étamage contenait une proportion de plomb plus forte que ne le prescrit le règlement, qui avait été le point de départ des accidents observés.

Depuis la même époque, les rapports des médecins appartenant aux autres stations navales prouvent que, si plusieurs d'entre eux conservent la croyance à une colique spéciale aux climats chauds, qui serait distincte de la colique saturnine, tous ont appris à compter avec le plomb et ses composés, dont ils ne méconnaissent plus la funeste influence.

La fréquence de la colique sèche sur les navires français stationnant sous la zone tropicale, opposée à sa rareté sur les bâtiments anglais, où on la qualifie de maladie française, était un point inexpliqué et inexplicable avec la théorie miasmatique de sa production.

La théorie de l'influence saturnine explique cette différence par celle des installations qui sont spéciales aux deux nations; mais il est une coutume qui doit, à chances égales d'empoisonnement par le plomb sur les navires des deux nations, favoriser le développement des accidents parmi les marins français : c'est l'usage habituel du vin, et surtout de vins acerbes de France délivrés en rations. (*Commission du prix dit des arts insalubres.*)

— M. *Jacquart* soumet au jugement de l'Académie un nouveau procédé pour la mesure de la capacité du crâne. (*Comm :* MM. Pouillet, Milne Edwards.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté, après une rectification demandée par M. *Vernois.*

Correspondance.

1° M. le ministre transmet : *a.* Des rapports d'épidémies, par M. le docteur *Prévost fils* (d'Hazebrouck) et par M. le docteur *Baterel* (de Saint-Malo). — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Meuse et de la Haute-Saône. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un *Essai sur la climatologie et la topographie médicales de la principauté de Monaco*, par M. le docteur *Gilibert Dhercourt.* (*Comm.* : MM. Tardieu, Bouchardat et Béclard.) — *b.* Un travail intitulé : *Nouveau procédé de suture des tendons, ou suture à hélice*, par M. le docteur *Pize* (de Montelimart). (*Comm.* : MM. Velpeau, Laugier et Jobert.) — *c.* Une note de M. le docteur *Saint-Martin de Laplagne* (de Toulouse), sur la nature parasitaire de la syphilis. (*Comm.* : M. Robin.)

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. *le président.* La liste des orateurs étant épuisée, je mets aux voix les conclusions du rapport de M. Trousseau, qui sont de renvoyer au *comité de publication* le *Mémoire* de M. Aran et l'*Observation* de M. Hiffelsheim.

Ces conclusions sont adoptées, et la discussion sur le goître exophthalmique est déclarée close.

Lecture.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Poggiale* lit trois rapports officiels, relatifs à des demandes en autorisation d'exploiter les sources minérales suivantes : Saint-Yorre (Allier), Villaines-Saint-Aubin (Loiret) et Bardicalet (Dordogne).

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

était pour un jeune homme la plus belle des récompenses, et d'ordinaire le gage d'un brillant avenir. Aussi ce vote était-il entouré d'un appareil extraordinaire. Pour y prendre part, les docteurs devaient fournir la preuve qu'ils avaient assisté à la majeure partie des disputes publiques. Ils s'engageaient chacun, par un serment prêté entre les mains du chancelier, à ne rien accorder à la faveur, à ne tenir compte que du seul mérite. Puis ils jetaient dans l'urne la liste que leur dictait leur conscience. De la comparaison des listes ainsi faites résultait l'ordre définitif des admissions.

A dix heures, la salle s'ouvrait aux représentants des grands corps de l'État, à la magistrature, à l'administration, à toutes les notabilités convoquées pour la circonstance. La liste qui venait d'être arrêtée était proclamée à haute voix. Alors les récipiendaires tombaient à genoux, et, tête nue, dans l'attitude du recueillement, ils recevaient la bénédiction apostolique que le chancelier leur donnait en ces termes : « Auctoritate sanctæ » sedis apostolicæ, qua fungor in hac parte, do tibi licentiam » legendi, interpretandi, et faciendi medicinam hic et ubique » terrarum, in nomine Patris, et Filii, et Spiritus sancti. » Ici et par toute la terre! C'était là cette glorieuse prérogative dont la Faculté était si fière, et qui, toujours contestée, mais toujours vaillamment défendue, lui fit des ennemis dans l'univers entier, qu'elle espérait bien voir un jour à ses pieds.

Alors le chancelier proposait une question au licencié qui venait d'obtenir le premier rang, et celui-ci la traitait immédiatement. Comme le chancelier n'était pas médecin, que c'était là d'ailleurs un discours d'apparat destiné à une assemblée composée d'éléments fort divers, la question proposée avait presque toujours une physionomie religieuse ou littéraire, propre à toutes les amplifications et à toutes les subtilités. Disons à l'honneur de la Faculté que les sujets qu'elle traitait étaient plus sérieux lorsqu'elle était chez elle. Voici quelques-unes de ces questions, que Hazon (1) appelle poliment

(1) Hazon, *Éloge historique de la Faculté de médecine de Paris*, 1770.

Discussion sur la docimasie pulmonaire.

M. *Vernois.* J'ai deux points à traiter pour répondre à M. Gaultier de Claubry : 1° un point moral ; 2° un point scientifique.

J'aurais renoncé à aborder le premier point, si M. Gaultier de Claubry ne s'y était pas arrêté avec quelque insistance.

Et d'abord je vais parler du droit de publication en général ; puis je parlerai du fait particulier de M. Bouchut.

Quand un auteur vient lire un mémoire à l'Académie, ou l'on fait un rapport sur son travail, ou l'on n'en fait point.

Si l'on ne fait point de rapport, l'auteur peut publier son mémoire ; il en a le droit, c'est incontestable. Il peut alors le publier comme il l'entend, avec ou sans modifications.

Si un rapport a été fait, l'auteur a-t-il le droit de publier son travail ? Oui, encore ; mais alors il se trouve sous le coup d'une obligation morale, à laquelle il ne peut échapper. Il doit publier son travail tel qu'il l'a communiqué à l'Académie ; ou, s'il juge à propos d'y introduire des modifications, il doit les indiquer nettement et les signaler sans réticence, sans restriction. Autrement, que transmet-il au public, sinon des documents apocryphes, inexacts ? Est-ce là de la loyauté scientifique ?

Maintenant, dans quel cas s'est trouvé M. Bouchut ? Le 4 mars dernier, M. Bouchut a lu un mémoire ayant pour titre : NOUVELLE MÉTHODE DE DOCIMASIE PULMONAIRE, OU MÉTHODE OCULAIRE, MÉTHODE OPTIQUE.

M. Bouchut signale cette méthode comme *nouvelle*, et donne comme caractère *nouveau* la constatation de l'air dans les vésicules pulmonaires, à l'aide de la loupe et du microscope. M. Bouchut ajoute que ce signe est *pathognomonique*, *absolu*, de la respiration chez un enfant nouveau-né. Il dit bien qu'on pourra se servir concurremment d'autres méthodes d'investigation, mais ces méthodes sont rejetées sur un plan tellement éloigné, que l'auteur ne leur accorde évidemment qu'une valeur très secondaire.

La commission a déclaré que M. Bouchut n'avait pas tenu un compte suffisant des travaux antérieurs ; qu'il avait donné une description inexacte, incomplète des caractères de la respiration chez le nouveau-né. La commission a conclu enfin que le travail de M. Bouchut ne renfermait aucune opinion nouvelle, ni aucun fait utile. Et en formulant ainsi son jugement, la commission s'est montrée remplie d'indulgence et de réserve.

Qu'a fait M. Bouchut ? Il a publié son mémoire, mais son mémoire singulièrement revu et corrigé. Il dit bien dans une *note*, qu'il a fait des additions, qu'il a répondu à des attaques de M. Devergie ; mais voilà ce qu'il se borne à dire. Quant aux soustractions, aux retranchements, il n'en parle point. Il se contente de signaler à cet égard quelques mots retranchés, quelques expressions modifiées ; mais, encore une fois, il ne dit rien des changements importants, des changements de phrases, des soustractions ou des additions qui modifient profondément une pensée, une opinion.

(Ici l'orateur signale les modifications principales introduites par M. Bouchut dans son mémoire imprimé.)

M. Gaultier de Claubry, poursuit l'orateur, avant de défendre M. Bouchut, aurait dû se mettre d'accord avec son client. En effet, M. Gaultier a passé près d'une demi-heure à prouver que M. Devergie n'avait signalé dans aucun de ses ouvrages les signes formels de la respiration chez le nouveau-né. Eh bien ! dans une des additions glissées par M. Bouchut dans la deuxième édition de son mémoire, ce médecin rend pleinement justice à M. Devergie, et reconnait que cet auteur a nettement posé la détermination médico-légale de la respiration chez l'enfant naissant.

M. Bouchut a cru d'abord que docimasie *optique* ou docimasie *oculaire* étaient deux expressions synonymes ; mais nullement : optique et oculaire sont deux expressions différentes. M. Bouchut a fini par le reconnaître, et, s'apercevant qu'il n'était point l'inventeur de la docimasie oculaire, il a réclamé la priorité de la docimasie optique ; mais on nous a dit dans la dernière séance que sur ce point encore il avait été prévenu par M. Depaul.

Je n'insisterai pas davantage. Je me bornerai à dire que quand un auteur n'est pas satisfait d'un rapporteur et en appelle à une nouvelle juridiction, il est juste que cet auteur mette sous les yeux de ses nouveaux juges les pièces exactes et authentiques du procès. L'Académie et le public apprécieront si telle a été la conduite de M. Bouchut, et tireront des conclusions.

J'arrive à la question scientifique.

M. Vernois définit la docimasie pulmonaire et en indique les diverses variétés : docimasie hydrostatique, physique, chimique, tactile, oculaire, optique, microscopique, etc.

L'orateur se demande ensuite si tout a été fait et dit sur ce point dans la science. Peut-être ; seulement tout n'est pas indiqué sous le titre de docimasie dans les livres classiques ; ainsi, on ne trouve ni la docimasie oculaire, ni la docimasie optique à l'article *docimasie ;* mais dans d'autres chapitres et entre autres dans celui qui traite des *caractères optiques* du poumon chez l'enfant nouveau-né, on trouve tout, absolument tout ce qu'a écrit M. Bouchut ; on y trouve son mémoire d'un bout à l'autre.

Dilatation des vésicules pulmonaires par l'air ou absence de dilatation, voilà, suivant M. Bouchut, les deux termes du problème médico-légal dans la recherche de l'infanticide.

Tout ce qui tient à la présence de l'air a sans doute une grande importance dans ce problème, mais ce n'est qu'un des éléments de la respiration chez le nouveau-né ; l'entrée

---

ingénieuses : « An quartanæ curandæ conveniat ebrietas ? (1658.) » — Utrum Tobiæ ex piscis felle curatio naturalis ? (1668.) — » An qui mel et butyrum comedit, sciat reprobare malum et » eligere bonum (1) ? (1670.) — Ex qua parte manaverit aqua, » quæ profluxit e mortui Christi latere perforato lanceæ acuto » mucrone ? (1692.) » On se croirait à Byzance, la veille de la prise de la ville par les Turcs, plutôt qu'à Paris, en plein règne de Louis XIV.

Ce discours achevé, le chancelier, les docteurs, les licenciés, escortés de toute l'assistance, se transportaient à la cathédrale pour remercier la sainte Vierge d'avoir mené à bien les travaux commencés sous ses auspices. La main étendue sur l'autel des Martyrs, le chancelier prononçait à demi-voix une courte prière, qui rappelait aux nouveaux élus qu'appartenant désormais à l'Eglise d'une manière plus particulière, ils devaient être disposés à tout sacrifier pour elle, même leur vie : *Usque ad effusionem sanguinis.* Ainsi se terminaient les cérémonies de la licence.

V. Le doctorat, qui venait ensuite, n'en était, pour ainsi dire, qu'une conséquence naturelle, et n'exigeait pas comme aujourd'hui de nouvelles épreuves. Ce grade suprême était comme une dernière consécration qui ajoutait au droit de pratiquer déjà acquis, celui d'avoir voix délibérative aux écoles et de jouir de tous les honneurs de la profession. La licence introduisait un médecin dans le public où il devait exercer son art ; le doctorat l'introduisait dans le sanctuaire de la Faculté : d'où le caractère particulier des cérémonies qui l'accompagnent. Plus d'intervention des autorités civiles et religieuses ; plus d'assistance étrangère. Tout se passe à huis clos, et comme en famille, avec une solennité non moins grande, mais plus intime, si je puis ainsi dire, et d'un caractère à la fois plus scientifique et plus simple...

Après la supplique préalable faite dans les formes ordinaires,

(1) Isaie, cap. VII, v. 15.

Digitized by Google

du sang dans les capillaires et les vaisseaux du poumon est un autre élément dont il faut tenir un compte rigoureux, car il introduit des modifications qui changent singulièrement l'aspect, la densité, le volume du tissu pulmonaire.

M. Gaultier de Claubry a d'abord accepté avec admiration les études de M. Bouchut; puis il a présenté avec enthousiasme les *planches* de M. Bouchut; il les a présentées comme des signes incontestables, comme des pièces irrécusables. Eh bien! ces planches sont aussi défectueuses, aussi décevantes que la doctrine de M. Bouchut.

La présence de l'air dans les poumons signifie non-seulement *respiration*, mais encore *emphysème congénital, emphysème putride* et *insufflation pulmonaire*. Vous voyez donc que la dilatation des vésicules pulmonaires par l'air n'est point un signe caractéristique, certain, pathognomonique de respiration; si bien que les caractères tels que les a donnés M. Bouchut appartiennent, non point à la *respiration*, mais à l'*insufflation*.

Ceci m'amène, ajoute M. Vernois, au mémoire de M. Depaul. M. Gaultier de Claubry a parlé de ce mémoire avec éloge, et l'a produit comme un document en faveur de sa cause; il a reproché à la commission de n'avoir pas mentionné ce mémoire, et peut-être même d'en avoir ignoré l'existence. Eh bien! il se trouve que le mémoire de M. Depaul est devenu entre les mains de M. Gaultier de Claubry le pavé de l'ours. C'est M. Gaultier, et non la commission, qui connaissait mal le travail dont il a parlé si haut; il le connaissait à peine; il l'avait lu la veille et il l'avait mal lu; M. Depaul le lui a déjà prouvé dans la dernière séance. En effet, M. Depaul a établi dans son mémoire qu'il n'y avait aucune différence, aucun moyen de diagnostic entre la dilatation des vésicules pulmonaires par l'insufflation et la dilatation par la respiration. M. Gaultier a donc cité un document qui condamne M. Bouchut et sa théorie de la recherche médico-légale de l'infanticide par la docimasie oculaire.

M. Devergie a bien autrement raison quand il déclare insuffisants les caractères de la docimasie oculaire, et qu'il proclame la nécessité d'autres signes, d'autres preuves anatomiques, tirées du volume, de la densité et de la couleur du tissu pulmonaire.

La docimasie optique ou oculaire suffit-elle davantage pour établir le diagnostic de l'emphysème putride? M. Bouchut m'a adressé une petite note avec des expériences tendant à prouver que les gaz de la putréfaction ne se développent jamais dans les vésicules pulmonaires. M. Devergie l'avait dit bien avant M. Bouchut; voici ce qu'on lit dans l'ouvrage de M. Devergie: Les gaz de la putréfaction ne se développent jamais que dans le tissu cellulaire intervésiculaire. — Quelle différence voit-on entre l'assertion de M. Devergie et celle de M. Bouchut? Cette autre assertion de M. Bouchut n'est donc pas plus nouvelle que les précédentes.

Et M. Bouchut se plaint d'avoir été dépouillé par la commission du fruit de ses recherches! L'Académie jugera de quel côté sont les spoliateurs.

Le rapport n'a pas méconnu la *nature* du mémoire et des travaux de M. Bouchut, au contraire il s'est étendu sur ce point avec une certaine complaisance. Devait-il en proclamer l'importance et l'utilité, comme l'aurait voulu l'auteur? — Nous venons de dire à ce sujet notre jugement, qui peut se résumer en quelques mots: rien de neuf, rien d'utile; au contraire, une doctrine dangereuse.

M. Vernois rappelle les procédés bienveillants dont la commission a usé envers M. Bouchut, et déclare néanmoins qu'il ne s'oppose pas à ce que l'Académie vote sur la proposition de M. Gaultier de Claubry, tendant à renvoyer le rapport à la commission; mais il pense qu'un nouvel examen du mémoire de M. Bouchut ne modifierait point les sentiments de la commission, et ne changerait pas les conclusions qu'elle a adoptées.

En somme, dit M. Vernois, M. Bouchut dans son ardeur, dans son zèle pour la science, a été un peu vite; il s'est trop hâté de saisir l'Académie et le monde médical du résultat de ses recherches. Je me plais à rendre justice à son talent et à sa bonne volonté, mais j'affirme que dans cette circonstance il s'est entièrement trompé. *Errare humanum est.* Cela n'atténue en rien le mérite des services incontestables rendus à la médecine par notre distingué confrère.

— M. *Gaultier de Claubry* explique les raisons qui l'ont déterminé à demander le renvoi du rapport à la commission, puis il affirme, contrairement aux allégations de M. Vernois, qu'il connaissait très bien le mémoire de M. Depaul. Il maintient que M. Bouchut n'a pas donné comme *absolus* les signes tirés de la docimasie optique, mais qu'il a conseillé de les faire entrer en ligne de compte avec les caractères fournis par les autres modifications de l'organe respiratoire. L'orateur termine en demandant de nouveau le renvoi du rapport de M. Vernois à la commission.

— M. *Devergie* nie que l'insufflation produise sur le tissu pulmonaire identiquement les mêmes effets que la respiration; aussi pense-t-il qu'à l'œil nu seulement, et sans le secours des instruments optiques, on peut distinguer si le poumon d'un nouveau-né a respiré ou s'il a été insufflé.

— M. *Gibert* estime que la constatation de la présence de l'air à l'aide de la loupe ou du microscope est d'assez grande importance en médecine légale pour qu'on sache gré à M. Bouchut d'avoir insisté sur ce fait. Il voudrait que les expressions sévères dont M. Vernois s'est servi dans son rapport fussent retranchées ou modifiées.

---

le doyen était chargé de faire une dernière et minutieuse enquête sur la vie et les mœurs du licencié postulant. Si le vote de la Faculté lui était favorable, il était admis à la *vespérie*.

C'était un acte préparatoire qui se tenait, comme le mot l'indique, dans l'après-dînée. La présidence n'y pouvait être exercée que par un docteur de l'ordre des anciens. Le président ouvrait la séance par un solennel discours dans lequel il retraçait au candidat l'importance, la dignité de la profession médicale, lui exposait les devoirs qu'il aurait à remplir, et les maximes d'honneur et de probité auxquelles il devait conformer sa vie. Naturellement l'éloge de la très salutaire Faculté de médecine faisait le fond de ce discours. On n'y pouvait revenir trop souvent. Le discours de Hazon, que j'ai cité plus haut, et auquel j'ai emprunté bon nombre des détails qu'on vient de lire, peut être considéré comme un des modèles du genre. Le président proposait, en outre, au candidat une question à résoudre, et engageait une discussion avec lui. Deux ou trois autres discours terminaient la séance.

Quelques jours après, le futur docteur, escorté de deux bacheliers et des appariteurs de l'École, allait rendre visite à chacun des docteurs régents, et les invitait à venir assister, en grand costume, à sa réception. Comme on le voit, l'usage des visites académiques ne date pas d'hier.

Le jour venu, le récipiendaire, précédé des massiers et des bacheliers, ayant son président à sa gauche, et suivi des docteurs chargés d'argumenter contre lui, se rendait à la grande salle de l'École, et montait en chaire avec le président. Le grand appariteur s'approchait de lui, et, après l'avoir salué, lui disait: « Domine doctorande, antequam incipias, habes » tria juramenta. » Et il lui proposait ces trois articles du serment: « 1° Vous observerez les droits, statuts, lois et coutumes respectables de la Faculté; 2° vous assisterez le lendemain de la Saint-Luc à la messe pour les docteurs décédés; 3° vous lutterez de toutes vos forces contre tous ceux qui pratiquent illicitement la médecine, et vous n'en épargnerez aucun, à quelque ordre ou à quelque condition qu'il appartienne. » — Vis

Digitized by Google

— M. *Vernois* ne demanderait pas mieux que d'acquiescer à ce désir ; mais, par malheur, le *Bulletin* de l'Académie est imprimé.

M. *le président* met aux voix la proposition de M. *Gaultier de Claubry* tendant à renvoyer le rapport à la commission.

L'Académie rejette cette proposition et adopte les conclusions du rapport de M. Vernois. La discussion est close.

Lecture.

Médecine légale. — M. le docteur *Gallard*, médecin des hôpitaux, lit le commencement d'un travail intitulé : Considérations médico-légales sur l'empoisonnement par la strychnine. (Nous publierons une analyse de ce travail, quand il aura été lu complétement devant l'Académie.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

RAPPORT DE M. DEBOUT SUR LE TRAVAIL DE M. GIRAUD-TEULON, RELATIF A LA DÉCENTRATION DU CRISTALLIN

Messieurs,

M. le docteur Giraud-Teulon est venu vous lire à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de médecine un mémoire intitulé : Nouveaux faits a l'appui de la théorie des mouvements de décentration latérale du cristallin dans certaines conditions de la vision associée ou binoculaire. Vous m'avez renvoyé l'examen de ce travail, je viens aujourd'hui vous rendre compte de ma tâche.

Dans la première partie de ce travail, M. Giraud-Teulon a repris l'étude d'analyse expérimentale du mécanisme suivant lequel s'obtient le fusionnement des deux images qui se présentent devant les yeux, lorsque, le rapport étant fixé sur un objet, on place devant l'un d'eux un prisme à sommet dirigé en dedans ou en dehors.

L'expérience faite et observée avec soin repose sur deux éléments distincts : 1° l'observation objective, celle d'un observateur placé devant la personne en expérience, et qui suit, pour les noter scrupuleusement, les mouvements de totalité du globe, et ceux de la pupille ; 2° l'observation subjective fournie par les sensations accusées par la personne même en expérience. Ces deux sources de renseignements expérimentaux nous apprennent que, lors du fusionnement des images doubles produites par l'interposition du prisme, celle des images qui va au-devant de l'autre se *meut* dans l'œil qui demeure *immobile*. Celle au contraire qui demeure fixe comme direction par rapport à l'individu, appartient à l'œil dont le globe accomplit visiblement un mouvement de convergence ou de divergence.

Cette double expérience, confirmative des expériences antérieures, dans lesquelles l'auteur a suivi, pendant ces mêmes phénomènes, la marche des images par réflexion fournies par la cornée et les cristalloïdes, démontre donc de derechef que pendant le fusionnement des images doubles, le cristallin de l'œil immobile transporte latéralement son centre optique en synergie avec le mouvement de l'œil mobile. La coalescence des images a donc lieu d'un côté sur un axe polaire ou principal, de l'autre sur un axe secondaire.

Ces expériences démontrent encore que pendant le fusionnement des images doubles, si les axes optiques proprement dits se mettent en rapport avec la direction réelle et effective des pinceaux lumineux, les systèmes dioptriques se mettent, eux, en rapport avec la distance des images réelles ou virtuelles, d'où l'accommodation.

En résumé, comme le dit l'auteur du mémoire, dans toutes circonstances où des images réelles ou virtuelles sont offertes à l'attention binoculaire, dans des conditions de convergence, ou de divergence, en désaccord avec leur distance ou l'adaptation des organes de la vue, il se crée dans ses organes par le déplacement des centres dioptriques, ou de réfraction, et dans le sens commandé par le degré d'adaptation, ou la distance, de *nouveaux axes* sur lesquels s'exerce l'attention du regard associé.

Si l'on nous demande maintenant quelles conséquences pratiques il y a à tirer des propositions expérimentales de M. Giraud-Teulon, nous répondrons qu'il est impossible de les prévoir toutes, tant elles sont nombreuses, mais que dès maintenant on peut signaler les suivantes :

1° Une connaissance exacte et toute nouvelle des conditions antiphysiologiques, ou mieux de physiologie supplémentaire dans lesquelles s'exerce la vision binoculaire, toutes les fois qu'un instrument d'optique est appliqué simultanément aux deux yeux. Tout instrument d'optique ayant pour effet et pour but de substituer à un objet son image réelle ou virtuelle, à une distance différente de celle de cet objet, son application aux deux yeux place nécessairement les axes optiques dans un degré de convergence en désaccord avec celui qui correspondrait à l'accommodation ou distance de l'image substituée à l'objet. Il se crée dès lors des axes nouveaux pour l'attention ; ces axes ne sont plus les axes polaires.

On comprend tout de suite combien de conséquences pour la pathologie peuvent se rattacher à ces rapports anormaux des axes des globes et de ceux des cristallins. Les maladies qui suivent l'usage binoculaire des lunettes doivent être analysées dorénavent à ce nouveau point de vue. Telles sont : l'asthénopie active ou passive, la kopiopie, la myopie acquise, suite de presbytie mal gouvernée, beaucoup d'amblyopies, suite de myopie, etc., etc. L'hygiène de la vue lors de l'emploi de ces instruments n'est évidemment pas moins intéressée à ce que

---

ista jurare? Et le candidat répondait cet immortel *Juro* qui fut le dernier mot de Molière. Alors le président, après une brève exhortation, se tournait de son côté, prenait un bonnet carré (1) avec lequel il traçait dans l'air le signe de la croix, et, après le lui avoir mis, de deux doigts de la main droite, il lui donnait un léger coup sur la tête. Après quoi il lui donnait l'accolade. De ce moment, le monde possédait un docteur de plus.

Comme pour faire immédiatement acte de maitrise, il faisait alors ce qui ne lui avait jamais été permis jusque-là : il proposait lui-même une question à l'un des docteurs présents, assis à l'une des chaires inférieures. Cette première argumentation finie, le président en engageait une seconde avec celui qui avait présidé l'acte de vespérie, et le nouveau docteur terminait la séance par un discours de remerciment à Dieu, à la Faculté, à ses parents et amis convoqués pour la circonstance. Les statuts ordonnent que ce discours *soit élégant*. A la Saint-Martin suivante, il faisait les honneurs de son nouveau grade, en présidant une thèse quodlibétaire hors tour. C'était ce qu'on nommait *l'acte pastillaire*, soit parce qu'il était suivi d'une distribution générale de bonbons, soit parce que le jeune président faisait hommage au doyen de pastilles de sucre où était gravée l'image du chef de la Faculté. Le lendemain, il était inscrit sur les registres, et entrait pour dix ans dans *l'ordre des jeunes*. Et pour qu'il n'y eût pas de malentendu possible, tous les ans, à la première thèse quodlibétaire, le grand appariteur donnait lecture publique de la liste des docteurs vivants.

Maurice Raynaud.

(1) S'il faut en croire Pasquier (*Recherches de la France*, IV, 9), le bonnet était emprunté aux anciens Romains, et signifiait que le docteur était dorénavant affranchi de la servitude des écoles. — L'usage voulait de plus que le récipiendaire donnât à son président un bonnet neuf et des gants.

Digitized by Google

l'on ait une idée nette des conditions d'exercice de la vision binoculaire armée. La construction des lunettes-besicles, de la lunette de Galilée, accouplée ou jumelle d'opéra, du microscope et de l'ophthalmoscope binoculaires repose également sur une saine connaissance de ces éléments nouveaux.

L'étude pathologique du strabisme, les modifications que peut apporter dans l'étude de son traitement l'usage méthodique des verres prismatiques devront se fonder également sur cette connaissance nouvelle des propriétés d'accommodation du cristallin dans le sens latéral par la translation de son centre dans son plan équatorial. Il y a en effet des strabismes des axes dioptriques tout aussi irrécusables, quoique inconnus encore, que les strabismes des cornées ou des axes des globes. La guérison des derniers par l'usage des prismes (quand l'essai n'en est pas contre-indiqué par l'état du raccourcissement absolu des muscles) rencontrera sur sa route ces mouvements du cristallin et ne pourra pas s'empêcher d'en tenir compte. Le mécanisme orthopédique qui devra suivre l'opération de la strabotomie n'est pas moins intimement lié à la connaissance exacte de cette propriété nouvelle.

Nous citerons enfin l'hémiopie qui n'a encore d'autre explication que la décussation ou la semi-décussation des fibres des nerfs optiques dans le chiasma. Comment la conserver dans sa forme classique et toute théorique, en présence de la mobilité évidente des axes de l'attention que l'on a jusqu'ici exclusivement et absolument localisés dans les axes polaires?

Le strabisme périodique avant cette analyse nouvelle aurait dû déjà faire justice de ce point de théorie, comme l'analyse de la vision stéréoscopique a dû faire disparaître du tableau de la science la doctrine surannée des produits identiques.

Tel est le résumé du mémoire qui vous a été présenté par M. Giraud-Teulon, ainsi que les conséquences pratiques et les applications qui en découlent. Votre commission ne croit pas devoir insister plus longuement sur l'importance du nouveau travail de notre savant confrère.

Elle a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer son mémoire à votre comité de publication ;

2° D'inscrire son nom parmi ceux des candidats au titre de membre résidant.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 20 AOUT AU 3 SEPTEMBRE 1862.

ANTAGONISME ENTRE LA SIPHYLIS ET L'INFECTION PURULENTE. — ESCHARES PRODUITES PAR LE PERCHLORURE DE FER ; PALATOPLASTIE. — RÉSECTION DE LA HANCHE. — KYSTE DU TESTICULE A LIQUIDE GALACTOÏDE. — RÉTRACTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Sur vingt-cinq ou trente opérations qu'il a faites sur des sujets syphilitiques, M. Chassaignac n'en a jamais vu une seule qui ait été suivie d'infection purulente. C'est sur ces faits qu'il s'appuie pour supposer qu'il y a une sorte d'antagonisme entre la syphilis constitutionnelle et l'infection purulente. Toutefois, M. Chassaignac ne prétend pas juger définitivement une question aussi complexe, et veut plutôt pour aujourd'hui la soumettre aux recherches de ses collègues. M. Chassaignac n'est pas encore assez sûr du privilége que la syphilis donnerait aux opérés pour trouver mauvais le conseil que lui a donné M. Guersant de soumettre les syphilitiques à un traitement avant de les opérer quand la maladie permet d'attendre.

— M. Legouest a signalé un fait qui lui semble démontrer les dangers du perchlorure de fer comme hémostatique. Chez un malade opéré d'une perforation palatine par le procédé de M. Baizeau, une hémorrhagie survint, que la compression fut impuissante à arrêter.

Le perchlorure de fer fut employé et arrêta l'écoulement sanguin ; mais les deux lambeaux se gangrenèrent, le premier deux jours, le second cinq jours après l'opération.

M. Chassaignac appuie l'accusation de M. Legouest contre le perchlorure de fer, et regrette que cet agent ait fait oublier des moyens plus inoffensifs et tout aussi efficaces, tels que l'apposition sur les parties saignantes d'un morceau de glace tenu avec une pince de Museux.

M. Gosselin, au contraire, s'étonne d'accidents qu'il n'a jamais vus se produire, bien que, dans deux opérations semblables à celles de M. Legouest, il ait été dans la nécessité d'employer le perchlorure de fer pour arrêter des hémorrhagies. Le perchlorure dont il a usé marquait 30 degrés et était étendu d'eau par parties égales. Peut-être le liquide dont s'est servi M. Legouest était-il plus concentré, plus acide, plus caustique ; peut-être aussi faut-il admettre des idiosyncrasies.

Il faudrait bien, d'après M. Legouest, admettre cette dernière hypothèse, puisque le perchlorure qu'il a employé marquait aussi 30 degrés et était coupé avec moitié d'eau. Voici quatre faits dans lesquels l'application de ce liquide a eu le même résultat. Quant à la glace, M. Legouest n'y a pas eu recours, précisément parce qu'il craignait qu'elle ne mortifiât les lambeaux.

— MM. *Richet*, *Désormeaux* et *Trélat* pensent, comme M. Legouest, que le perchlorure de fer détermine aisément des eschares, et citent des faits à l'appui de cette opinion. Tout le monde est d'accord sur la nécessité de diluer le perchlorure dans une assez grande quantité d'eau. M. Quersant n'a observé de gangrènes que dans les premiers temps de l'emploi de cet hémostatique ; depuis qu'il l'étend suffisamment, il n'a vu survenir aucun accident. Chemin faisant, M. Richet a insisté sur les avantages qu'offrent au point de vue de leur vitalité les lambeaux taillés jusqu'alors et séparés de l'os à l'aide d'un grattoir, comme le veut Langenbeck. C'est une véritable ostéoplastie que fait ce chirurgien, et c'est ce qui différencie son procédé de celui de M. Baizeau. Il y a trois mois, M. Richet a opéré par le procédé de Langenbeck un malade qu'il a présenté à la Société, dans la séance du 3 septembre. Le succès qui paraissait déjà complet au bout de vingt-quatre heures, s'est maintenu, mais il n'y a pas encore d'os produit dans le périoste transplanté. C'est une observation à continuer.

— M. *Dolbeau* a pratiqué récemment la résection de la tête du fémur chez un jeune homme de dix-sept ans, atteint de coxalgie, et que la suppuration, la diarrhée et l'insomnie avaient amené au degré le plus élevé du marasme et de l'épuisement.

Une seule incision — fait dont M. Chassaignac a eu soin de prendre acte — a suffi pour permettre aisément de découvrir la tête du fémur, de sectionner l'os au-dessous du grand trochanter, d'examiner la cavité cotyloïde, de la ruginer et de la cautériser avec le fer rouge. Bien qu'il ne se fût pas produit d'hémorrhagie, l'état général du malade ne se releva pas, et la mort arriva sept jours après l'opération. Aux mauvaises conditions dans lesquelles M. Dolbeau a opéré ce malade, s'ajoutait encore, ainsi que l'a dit M. Giraldès, la condition de l'âge. M. Giraldès croit que les résections en général, et celles du genou et de la hanche en particulier, donnent leurs meilleurs résultats dans la période de cinq à dix ans, qu'elles réussissent encore bien de dix à quinze ; mais qu'à partir de quinze ans la proportion des morts augmente tellement, qu'il n'est plus prudent d'opérer.

— M. *Demarquay* a extrait par la ponction d'un kyste du testicule, un liquide d'apparence laiteuse semblable à celui qui avait été trouvé par Vidal (de Cassis) dans des tumeurs analogues, désignées par ce dernier sous le nom de *Galactocèles*. Ce liquide, analysé par M. Leconte, renfermait des matières grasses émulsionnées par des substances albuminoïdes. Il ne contenait aucune matière sucrée, pas de cholestérine, pas de spermatozoïdes. Par le repos ce liquide devenait plus épais à sa surface et plus séreux en bas. C'est une disposition inverse qu'on observe dans le liquide extrait de certains kystes testiculaires, ou

Digitized by Google

même de certains hydrocèles, lorsque ce liquide contient une grande quantité de spermatozoïdes. Il se forme un dépôt au fond du vase où on le recueille; cette apparence laiteuse est à peu près la même, ainsi que l'a observé M. Richet dans un cas qu'il a rapporté.

— Pour remédier à une rétraction considérable de la mâchoire inférieure, consécutive à une gangrène typhoïde de la joue, M. *Marjolin* a opéré récemment une jeune fille par le procédé d'Esmark. L'écartement des mâchoires a gagné quelque chose depuis l'opération, mais il reste une fistule par laquelle s'écoule la salive, enfin le succès est incomplet. Il eût été plus complet, d'après M. Verneuil, si l'incision n'avait pas porté au niveau du tissu inodulaire, et si la section de l'os avait été faite d'un seul coup, à l'aide d'une pince de Liston au lieu d'avoir été pratiquée avec une scie à chaîne, dont les pressions et les frottements ont aidé à la mortification du tissu cicatriciel et à la formation de la perte de substance par laquelle la salive s'écoule hors de la bouche.

D^r P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Tuméfaction circonscrite dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien chez les enfants nouveau-nés, par le docteur Melchiori.

Le docteur Melchiori appelle l'attention sur l'existence d'une induration du muscle sterno-cléido-mastoïdien se rencontrant quelquefois chez de jeunes enfants. Il en rapporte quatre exemples qui se sont présentés à son observation.

Quelque temps après la naissance, on s'aperçoit que l'enfant exécute avec difficulté certains mouvements du cou, et qu'il éprouve en même temps une douleur plus ou moins vive. A l'examen, on constate dans l'épaisseur d'un des muscles sterno-mastoïdiens, la présence d'une tumeur dure, fusiforme, d'un volume quelquefois assez notable. Dans tous les cas observés par cet auteur, la tumeur disparut par résolution, et le muscle reprit ses fonctions. La maladie, au début, paraissant inflammatoire, les émollients sont indiqués; on doit ensuite se borner à l'expectation. M. Melchiori ne peut assigner à la maladie aucune cause bien déterminée, mais il pense qu'elle pourrait être attribuée à la compression du muscle et à la déchirure de quelques-unes de ses fibres pendant l'accouchement. (*Annali omodei*, p. 630.)

Cette maladie, qui paraît légère, n'est, que nous sachions, décrite par aucun auteur. Nous en avons observé un cas il y a quelques jours à l'hôpital Saint-Louis, chez un enfant nouveau-né. La tumeur, du volume d'une grosse amande, siégeait dans le sterno-mastoïdien droit; elle ne s'accompagnait d'aucun changement de coloration de la peau, et M. Dolbeau, auquel le malade était présenté, porta le même diagnostic que M. Melchiori, dont nous ignorions alors le travail, et conseilla le même traitement.

Suture de la sclérotique dans l'opération du staphylome, par M. Hulke.

Lorsque l'existence d'un large staphylome force à enlever le segment cornéen, de manière à permettre ensuite l'application d'un œil artificiel, il arrive fréquemment que l'œil suppure, et que le moignon en même temps qu'il se rétracte devient douloureux et se guérit lentement. M. Critchett, pour diminuer la tendance à la suppuration en protégeant l'humeur vitrée contre le contact de l'air atmosphérique, et pour hâter la cicatrisation, réunit par quelques points de suture les bords de la sclérotique avivés par l'opération. C'est ce procédé qu'a employé M. Hulke dans le cas suivant :

Obs. — H. S..., âgé de vingt-deux ans, contracta en 1859 une ophthalmie purulente en soignant un jeune enfant atteint de cette affection. Malgré les soins les mieux entendus, il en résulta un large staphylome, qui en quelques mois devint assez saillant pour empêcher l'occlusion des paupières. Le segment antérieur de l'œil fut enlevé en arrière des procès ciliaires, et les bords de l'incision furent réunis, suivant une ligne horizontale, par quelques fils de soie passant à travers la conjonctive et la sclérotique. Huit jours après la réunion était complète. On appliqua un œil de verre que le malade porte depuis un an sans éprouver aucune gêne. (*Med. Times*, 9 août 1862.)

Folie attribuée à une fracture du crâne; trépanation; mort, par M. B. Chopin (de Canandaigua). N. Y.

L'opération du trépan, peu employée, trop peu employée peut-être en France, l'est plus fréquemment en Angleterre; elle l'est trop souvent en Amérique si l'on en juge par le cas suivant :

Obs. — B.., âgé de vingt quatre ans, fermier, reçut à l'âge de quatorze ans un coup de pied de cheval qui lui fit une fracture comminutive du frontal. Quelques esquilles furent enlevées, et il resta une dépression linéaire oblique allant de la bosse frontale droite au sourcil gauche. Le caractère du blessé se modifia; il devint irritable, mais il resta un homme très intelligent. Il y a huit ans, il eut un accès de folie qui dura six semaines, et reparut avec une durée moindre six ans après. Le 27 juillet 1860 il entra dans la maison de santé du docteur Chopin. Sous l'influence du calme extérieur et de l'emploi des bains et de la jusquiame les accidents disparurent.

Le 19 octobre, ses amis l'engagèrent à quitter la maison de santé pour subir une opération qui lui donnait l'espoir d'une guérison permanente. Le frère du malade, médecin lui-même, fit part au docteur Chopin du triste succès du traitement employé.

On trépana le frontal à l'endroit de l'ancienne fracture, et l'on trouva la dure-mère très adhérente à la face profonde des fragments. Les trois premiers jours se passèrent bien, le quatrième il y eut une violente réaction, et la mort arriva le cinquième jour après l'application du trépan. (*American Med. Times*, 2 août 1862.)

Si l'on peut souvent discuter sur l'opportunité d'une trépanation dans les cas de fracture du crâne récente, avec enfoncement des fragments et hémiplégie, si l'on peut quelquefois même regretter que ce moyen soit trop abandonné en France, on ne saurait trop s'élever contre des opérations comme celles que nous rapportons. Elle nous paraît intéressante surtout comme indiquant à quel excès d'imprudence peut arriver la hardiesse de la chirurgie américaine; car, dans ce cas, ce n'est pas un médecin ignorant, et par cela même hardi, mais ce sont les amis et le frère du malade qui le poussent à subir sans nécessité comme sans raison une opération trop souvent et ici même mortelle.

Tube à trachéotomie tombé dans la bronche gauche, par M. Spence.

Un homme opéré de la trachéotomie il y a quelques années par M. Edwards portait depuis un tube à canule double. En montant à cheval, et sous l'influence des secousses, le tube, qui peu à peu s'était dessoudé de la plaque, se détacha, et le malade le sentit pénétrer « dans la poitrine ». Il se rendit chez M. Edwards, et en son absence son aide replaça un autre tube, et envoya le patient à l'hôpital. M. Spence, dans le service duquel il fut placé, voyant la respiration s'exécuter facilement, et ne trouvant des deux côtés du thorax aucune différence à l'auscultation, crut à une erreur. Cependant il introduisit une sonde d'abord dans la bronche droite (celle où généralement tombent les corps étrangers), mais ne sentit rien, puis dans la bronche gauche, où il constata la présence de la canule. Il chercha à l'extraire sans agrandir la plaie; mais, ne pouvant y parvenir, il endormit le malade, coupa deux ou trois anneaux de la trachée, et avec une pince courbe parvint à opérer l'extraction du corps étranger.

Nous ne connaissons pas d'autre exemple de ce fait, mais il doit engager les fabricants d'instruments à apporter le plus grand soin dans la soudure des différentes parties qui compo-

Digitized by Google

sent les canules à trachéotomie. (*Edinburgh Med. Journal*, p. 192, août 1862.)

Traitement de la chorée par le sulfate d'aniline, par James Turnbull.

Déjà, en 1854, dans l'une des séances de la British Association for the Advancement of Science, Turnbull avait proposé d'expérimenter au point de vue thérapeutique les propriétés des alcaloïdes artificiels; guidé par l'analogie que présente leur constitution chimique avec celle des alcaloïdes végétaux, il émettait l'opinion que ces agents étaient peut-être, eux aussi, de puissants modificateurs du système nerveux. Aujourd'hui cette hypothèse est passée à l'état de fait démontré, et le médecin de Liverpool nous fait connaître dans son travail les heureux résultats que lui a donnés le sulfate d'aniline dans le traitement de la chorée.

Rappelons d'abord avec Turnbull que l'aniline est un alcaloïde volatile qui forme des sels cristallisables avec un grand nombre d'acides; elle donne des composés nombreux, et par son radical phényle, elle se rapproche non-seulement de l'indigo et de ses dérivés, mais aussi de l'acide carbonique, de la benzoïle et de la salicyle. On peut obtenir cet alcaloïde en distillant l'indigo, ou en chauffant l'isatine avec la potasse. (Le procédé de préparation le plus usité en France consiste à faire agir le bisulfhydrate d'ammoniaque sur la nitrobenzine.)

Turnbull a consigné dans son travail six observations de chorée guérie par le sulfate d'aniline en un temps remarquablement court, puisque les deux extrêmes ont été quatorze et quarante jours; dans tous ces cas il s'agit de jeunes filles âgées de onze à dix-huit ans, lesquelles étaient affectées d'une chorée légitime, qui avait résisté depuis plusieurs mois à tous les moyens de traitement. Le sel d'aniline a été administré d'abord à la dose de trois grains (18 centigrammes) par jour, dans un liquide légèrement acidulé avec une ou deux gouttes d'acide sulfurique. Au bout de trois ou quatre jours la dose était progressivement élevée à quatre grains et demi (26 centigrammes) ; cette quantité n'a pas été dépassée. Dans tous les cas la limite de tolérance a été indiquée par l'apparition d'une légère prostration et d'une teinte bleuâtre des lèvres; chez une malade (obs. IV) cette coloration livide se montra également aux pieds et aux mains.

Turnbull a fait suivre ses observations de considérations pleines d'intérêt sur l'évolution de l'aniline dans l'organisme, mais cette partie du travail a moins directement trait à la pratique médicale, et nous renvoyons le lecteur à l'original. (*Half-yearly Abstract*, XXXV.)

Qu'il nous soit permis d'ajouter une simple remarque. La liste des prétendus spécifiques de la chorée est déjà bien longue, on le sait, faut-il dès aujourd'hui y inscrire au premier rang le remède proposé par notre confrère de Liverpool, ou même devons-nous rayer tous les autres agents thérapeutiques au profit de ce dernier? Certes, envisagées en elles-mêmes les observations de Turnbull sont extrêmement probantes, et quoique le nombre n'en soit pas très considérable, on aurait mauvaise grâce, ce me semble, d'arguer, pour en déprécier la valeur, d'une simple coïncidence, ou du bénéfice d'une de ces séries que l'on rencontre si fréquemment dans la pratique hospitalière. Il est, en revanche, une autre considération qui nous paraît légitimer une certaine hésitation; cette réserve nous est inspirée par la connaissance de la marche naturelle de la maladie; chez les six jeunes filles observées par l'auteur, la chorée datait déjà de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et l'efficacité du traitement pourrait bien incomber tout entière à la terminaison spontanée de la maladie. Ce n'est là, dira-t-on, qu'une hypothèse, nous le reconnaissons nous-même, mais cette hypothèse nous paraît d'autant plus plausible que le docteur Wilks, médecin de Guy's Hospital, a publié cette année même (*Med. Times and Gaz.*, 22 mars) quatre exemples de chorée, guérie naturellement dans l'espace de quelques semaines, sans aucune intervention thérapeutique. Les sujets de ces observations étaient des filles de sept à quinze ans. J.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par M. le docteur T. Bayard, vol. in-8. Paris, 1862; chez Victor Masson et fils.

Depuis van Helmont jusqu'à Broussais l'estomac a joué, à titres divers, un rôle considérable dans les doctrines médicales. Investi par les uns d'une sorte de dictature sur le reste de l'économie, regardé comme un des éléments du triumvirat organique, comme un des supports du trépied vital, comme le centre et le foyer de toutes les sympathies physiologiques et morbides, comme le dépositaire et l'arbitre de la santé et de la maladie, l'estomac a été dépouillé par les autres de ces prérogatives royales, réduit au rang d'organe subalterne, considéré comme un simple appareil de laboratoire, comme une cornue vivante, comme un vassal à la merci du système nerveux, qui lui communique le mouvement et la sensibilité, et du cœur d'où lui vient le sang nécessaire à la confection des sucs digestifs. La physiologie de nos jours et la saine observation, en opérant une heureuse révolution dans les idées et dans les doctrines, ont fait également justice de ces exagérations systématiques, supprimé ces distinctions et aboli ces priviléges basés sur une hiérarchie organique imaginaire, restitué à chaque tissu, à chaque viscère, à chaque appareil la part d'importance réelle qui lui revient dans le fonctionnement de la machine humaine et déterminé, d'une manière aussi précise et aussi complète que le permet l'état actuel de nos connaissances, la nature et l'étendue des connexions sympathiques des divers éléments de l'organisme en santé et en maladie.

En voyant, sur la couverture du livre de M. Bayard, cette épigraphe : *Veteres stomachum ut regem totius corporis, salutabant*, nous avons craint de la part de l'auteur un retour aux traditions du passé et comme une velléité de restauration de l'édifice broussaisien. Mais la lecture de l'ouvrage nous a fait voir notre erreur et nous a prouvé une fois de plus que bien souvent l'étiquette est trompeuse et n'indique pas la véritable qualité de la marchandise.

M. Bayard n'est donc ni avec van Helmont, ni avec Bordeu, ni avec Broussais ; lui-même prend soin de nous dire qu'il marche dans les voies tracées en physiologie comme en clinique, par MM. Longet, Claude Bernard, Müller, Liebig, Blondlot, L. Corvisart, etc., et en pathologie, par MM. Chomel, Andral, Cruveilhier, Rostan, Louis, Grisolle, Trousseau, Rayer, Bennett, Child, Begbie et d'autres encore. Nous sommes persuadé que M. Bayard aurait ajouté aux noms de ces éminents praticiens le nom de M. Nonat, si, à l'époque où il a écrit son Traité des maladies de l'estomac, il eût pu connaître le Traité des dyspepsies du médecin de la Charité.

Voilà donc notre auteur en bonne compagnie ; nous l'en félicitons, car il y a déjà quelque mérite à bien choisir ses modèles et ses guides.

Nous ne dirons rien des trois premiers chapitres consacrés à l'anatomie et à la physiologie de l'estomac ; c'est, à notre avis, une excellente méthode que de rappeler ainsi, d'une manière sommaire et précise, en tête d'une monographie, les dispositions matérielles, les rapports immédiats et éloignés, la structure et les fonctions de l'organe dont on va tracer l'histoire pathologique.

Dans le chapitre IV, l'auteur expose les effets des sympathies et des impressions morales sur l'estomac. A dire le vrai, ce chapitre n'est pas de M. Bayard ; il est d'un grand médecin, qu'il a peut-être tort de ne pas nommer à côté des emprunts qu'il lui fait ; il est de Cabanis. Nous n'avons donc point à le discuter, puisque Cabanis n'est pas là pour nous répondre.

Digitized by Google

Nous ferons seulement remarquer à M. Bayard que la plénitude de l'estomac et sa distension excessive par des aliments, des boissons ou des gaz, la gêne qui en résulte pour la circulation abdominale et pour le jeu du diaphragme et des parois thoraciques, réduisent de beaucoup l'importance et le rôle qu'on attribuait autrefois aux sympathies, et fournissent une explication bien plus satisfaisante de la réaction de l'estomac sur le cerveau que « la faiblesse ou la vive sensibilité du centre phrénique, ou la propagation de l'irritation gastrique jusqu'à l'encéphale, ou encore la contamination de la substance cérébrale par un sang chargé de chyle et de matières impures, insuffisamment élaborées dans le foie ».

Une assertion nous a frappé à la fin de ce chapitre ; celle-là n'est point de Cabanis ; aussi croyons-nous ne pas devoir la laisser passer sans la relever : « On rencontre dans l'estomac, dit M. Bayard, les affections organiques les plus formidables, sans qu'elles se soient révélées, pendant la vie, par aucun symptôme bien tranché. » Cette proposition se rapprocherait de la vérité si l'auteur supprimait le mot *formidable* et s'il la formulait en termes moins absolus.

Les chapitres V, VI, VII et VIII renferment ce qu'on pourrait nommer la pathologie générale de l'estomac, c'est-à-dire l'exposé des symptômes communs à presque toutes les maladies de ce viscère : douleurs gastriques, maux de tête et vertiges, flatulence éructation, pyrosis, rumination, nausées, vomissements. M. Bayard fait observer avec raison que très souvent ces phénomènes se manifestent, soit isolément, soit simultanément, d'une manière accidentelle et en quelque sorte idiopathique, c'est-à-dire sans qu'il soit possible de les rattacher à une lésion déterminée de l'estomac. Aussi, l'auteur a-t-il sagement fait d'ajouter à la description minutieuse de ces accidents l'indication des moyens thérapeutiques propres à les combattre.

Dans l'article consacré aux *vomissements*, on trouve, sous forme de digression, une théorie fort contestable du diabète et de la maladie de Bright (p. 134), et plus loin (p. 142), une protestation contre la pratique de l'avortement provoqué dans les vomissements incoercibles de la grossesse. « Jusqu'ici, déclare M. Bayard, l'avortement provoqué n'a sauvé qu'une seule fois la vie de la mère, et offre trop peu de chances de succès pour qu'on doive y recourir. » Nous estimons que M. Bayard éprouverait quelque embarras à justifier une pareille proposition, et nous craignons fort que son opinion ne parvienne pas à modifier sur ce point les idées généralement reçues.

Puisque l'auteur étudie, dans le chapitre IX, les urines dans leurs rapports avec les troubles digestifs, pourquoi se borne-t-il à parler de l'oxalurie ? Pourquoi, à l'exemple de Golding Bird, dont il adopte entièrement les idées, ne signale-t-il point aussi l'influence des phénomènes de nutrition sur la production de la diathèse urique ?

La pathologie spéciale de l'estomac est étudiée dans les quatorze chapitres suivants. L'auteur donne de chacune des maladies de l'estomac des descriptions généralement exactes et qui ne diffèrent point de celles qu'on trouve dans les ouvrages classiques. Toutefois, l'histoire des dyspepsies nous a paru incomplète, surtout si nous la mettons en parallèle avec celle qu'en ont tracée Chomel et M. Nonat. M. Bayard pourra notamment se convaincre, en lisant l'ouvrage de ce dernier auteur, que, dans l'étiologie pathogénique des dyspepsies, il ne tient pas un compte suffisant de l'influence exercée par les lésions de sécrétion et les diverses altérations des liquides digestifs. La distinction qu'adopte M. Bayard entre les dyspepsies nous semble passible d'une objection, au moins en ce qui concerne le premier et le deuxième type. En effet, l'un serait produit par une série d'indigestions, et l'autre succéderait aux troubles digestifs résultant de l'usage habituel d'une nourriture trop abondante. Or, je le demande, quelle différence essentielle y a-t-il entre ces deux conditions étiologiques ? N'y a-t-il point, ici comme là, une série d'indigestions, et le second cas ne rentre-t-il pas forcément dans le premier ?

M. Bayard a écrit un chapitre sur les ulcérations de l'estomac ; mais il ne dit rien de cette forme particulière si bien décrite par M. Cruveilhier sous le nom d'*ulcère simple*, et qui certainement méritait bien une mention spéciale.

L'auteur, dans le XXIV^{e} et dernier chapitre, s'occupe du régime et de l'alimentation ; il trace à ce sujet d'excellentes règles d'hygiène, et il donne des préceptes que nous trouverions fort justes de tous points, s'il ne déclarait quelque part que « le sucre est le condiment par excellence du melon ». Bon nombre de personnes pensent que c'est le sel et le poivre.

Maintenant, pour formuler une appréciation d'ensemble sur le livre de M. Bayard, nous dirons que l'auteur y montre peut-être des tendances trop visiblement humoristes, qu'il parle trop souvent de l'âcreté des fluides, de la rancidité des sucs digestifs, de la densité de la bile et des obstructions viscérales. Il se préoccupe aussi outre mesure de « la sympathie qui existe entre la tête et l'estomac » ; et les mots « irritation et irritabilité » se retrouvent un peu bien fréquemment au bout de sa plume, au point que non content du rôle considérable qu'il fait jouer à « l'irritation gastrique », notre confrère signale encore « l'irritabilité excessive du cœur » comme une des causes de la gastrite aiguë.

Quoique l'ouvrage de M. Bayard ait été conçu dans un esprit essentiellement pratique, nous aimerions à y trouver un peu d'anatomie pathologique ; et, à cause du but même dans lequel il a été écrit, nous voudrions y voir une part plus large accordée au diagnostic différentiel et à la solution des difficultés que soulèvent toujours la détermination précise et la connaissance exacte du siége et de la nature de la lésion, dans un organe dont les éléments anatomiques sont si variés, dont la fonction est si complexe, dont la pathologie est si obscure et qui traduit presque toutes les variétés de ses souffrances par les mêmes expressions phénoménales.

Nous nous montrons sévère à l'égard de M. Bayard, en raison de l'importance que nous attachons à son ouvrage. Jusqu'ici nous ne possédions, en France, sur les maladies gastriques d'autre monographie complète que celle de Chardon ; mais depuis 1832 la science a marché, la physiologie et la pathologie de l'estomac ont fait de grands progrès ; le TRAITÉ de M. Bayard est donc venu remplir un *desideratum* dans notre littérature médicale. Que l'auteur renonce à quelques théories un peu surannées, qu'il bannisse les hypothèses et qu'il rompe franchement en visière avec certaines idées systématiques qui ont fait leur temps, et que l'expérience et la saine observation ont définitivement condamnées ; qu'il accorde une petite place à l'anatomie pathologique et qu'il trace avec plus de rigueur et plus de précision le diagnostic différentiel des divers états morbides de l'estomac ; enfin, qu'il fasse disparaître quelques incorrections de langage et quelques négligences de style, et alors son livre sera probablement sans reproche comme le nom de Bayard, et méritera de prendre une place distinguée parmi nos ouvrages classiques.

A. LINAS.

VI

VARIÉTÉS.

Responsabilité médicale. Médecin d'un asile d'aliénés. Cas particulier de jurisprudence.

Les tribunaux sont actuellement saisis d'un procès grave concernant la responsabilité légale des médecins aliénistes. D'avance, on peut en pressentir le résultat définitif. Le collègue qu'elle concerne est trop haut placé dans la science et dans l'estime publique pour qu'à cet égard un doute s'élève dans notre esprit. Mais une question préjudicielle se présente. Le médecin d'un asile public d'aliénés doit-il être considéré comme un fonctionnaire du gouvernement, et, à ce titre, est-

Digitized by Google

il fondé à opposer à la poursuite l'obligation du recours préalable au conseil d'État?

Tel s'annonce le début de l'instance. Une dame, réputée monomaniaque, et traitée en cette qualité dans un établissement spécial, triomphe dans une action en interdiction et recouvre à la fois ses droits et sa liberté. Or, son premier soin, après le succès, est de traduire devant la justice, en réclamant de forts dommages-intérêts, le médecin qui aurait illégalement maintenu la séquestration.

Quant à la condamnation, si la cause se plaide, nous ne la croyons pas possible. Elle ne saurait avoir lieu que pour trois motifs : crime, erreur grossière, négligence. Sous ce rapport, la jurisprudence est formelle. Le dernier grief n'est point invoqué ; à l'égard d'un des hommes les plus éminents de la spécialité, le second n'est point admissible. Reste le premier. Mais, pour que celui-ci fût valable, il faudrait que l'intention eût été criminelle ; que le médecin, en déclarant faussement l'insanité, eût agi sciemment, par fraude, que ce délit fût établi par des preuves de captation, de rémunération illicite. Le verdict des magistrats n'ôte rien à la moralité de la conduite médicale. Entre deux opinions quelle est la meilleure? Eût-il tort, ce qui scientifiquement n'est point démontré, le médecin, abrité par son brevet doctoral, est inexpugnable dans le sanctuaire de sa conscience. Pareille avanie faillit nous arriver. Un journal important se rendit l'organe d'une menace furibonde, qui avorta. Nous en avions été peu ému, fort que nous étions de notre sincérité et de notre droit.

Provisoirement, tout l'intérêt se concentre sur la question d'autorisation. Nous n'avons point sous la main les données pour la résoudre. Dans le prochain numéro, nous essayerons de réunir ce que, sur ce point, possède la jurisprudence. A priori, du moins, l'exception paraît raisonnable. Le médecin agit au nom de l'autorité, avec la confiance de l'autorité. La médiocre aisance des infortunés dont le sort lui est confié n'éveille guère ses instincts cupides. D'ailleurs, la population des asiles publics est toujours nombreuse. On conçoit dès lors que, si les chefs du service médical étaient impunément exposés aux tribulations judiciaires qu'il plairait au premier fou, devenu libre, de leur susciter, leur position serait intolérable. Non contents d'avoir été rendus aux douceurs de la société, combien de ces insensés, pénétrés de l'injustice de leur séquestration, veulent en faire punir les auteurs, ou, par une réhabilitation, se relever d'une prétendue déchéance? Sans la prudente résistance qu'opposent à leurs démarches les avocats et les officiers ministériels, nous serions l'objet de continuelles attaques.....

On nous assure qu'un procès analogue vient de se dénouer défavorablement pour les chefs de l'asile dans une des grandes villes d'Espagne. Il s'agit d'un établissement privé. Les renseignements les plus explicites nous sont promis. S'ils nous parviennent, on conçoit que nous ne manquerons pas de les soumettre à un sérieux examen. (Extrait du JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE, t. II, n[os] 8 et 9.)

DELASIAUVE.

SOCIÉTÉ UNIVERSELLE D'OPHTHALMOLOGIE.

La Société universelle d'ophthalmologie tiendra sa prochaine session à Paris les 30 septembre, 1[er], 2 et 3 octobre prochain, à une heure, dans la salle du Grand-Orient-de-France, rue Cadet, 16.

Les cartes d'entrée seront délivrées le 29 septembre, de midi à quatre heures et de six à huit heures du soir; et le 30 septembre, de huit à dix heures du matin, chez M. le docteur Wecker, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 3.

Le comité permanent de Paris,

Docteurs : SICHEL, GIRAUD-TEULON, WECKER.

— La distribution des prix aux enfants idiots et épileptiques de l'asile de Bicêtre a eu lieu samedi dernier. Dans un discours très applaudi, M. le docteur Voisin a fait ressortir les services rendus depuis vingt ans par la médecine, aidée de la pédagogie, à tant de malheureux voués jusqu'alors au plus triste abandon.

Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville le 17 décembre prochain. Adresser les pièces nécessaires au secrétariat de l'administration des hospices de Bordeaux, avant le 2 décembre.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour la nomination aux places d'interne dans les hôpitaux de Paris, s'ouvrira le 20 octobre prochain ; le registre d'inscription sera fermé le 4 octobre, à trois heures du soir.

— M. le docteur Fortin a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Eure.

M. Tailhades, ex-chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier, vient de succomber à Siran.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

HISTOIRE CRITIQUE DE LA FOLIE INSTANTANÉE, TEMPORAIRE ET INSTINCTIVE, OU ÉTUDE PHILOSOPHIQUE, PHYSIOLOGIQUE, MÉDICALE ET LÉGALE, DES RAPPORTS DE LA VOLONTÉ AVEC L'INTELLIGENCE, POUR APPRÉCIER LA RESPONSABILITÉ DES FOUS INSTINCTIFS, DES SUICIDÉS ET DES CRIMINELS, par le docteur *A. Mandon*. In-8 de 212 pages. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

DES RASH, OU EXANTHÈMES SCARLATINIFORMES CONFONDUS AVEC LES SCARLATINES, par le docteur *J. Almeras*. In-8. Paris, Coccoz. 2 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES POUR SERVIR A L'HISTOIRE THÉRAPEUTIQUE DES ALCALINS, par le docteur *A. Mauricet*. In-4. Paris, Coccoz. 1 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 13 au 31 août 1862.

123. COTY, A.-E., né à Mélamare (Seine-Inférieure). [*De la myopie et de l'hypermétropie.*]

124. GAILLARD, Pierre-F., né à Saint-Maurice en Rivière (Saône-et-Loire). [*Du cancer primitif du poumon.*]

125. DIDIERGEORGE, J.-B.-A.-Paul, né à Bruyères (Vosges). [*Des hémorrhagies survenant dans la fièvre typhoïde.*]

126. HUC, Eugène, né à Narbonne (Aude). [*De la variole congénitale.*]

127. FRANCHE, Alexandre-Lucien, né à Viels-Maisons (Aisne). [*Du traitement des fistules à l'anus par écrasement linéaire.*]

128. SEMPÉ, B.-J.-Ulysse, né à Bazet (Hautes-Pyrénées). [*Des maladies de la peau dans lesquelles on observe des parasites végétaux.*]

129. GAUTHERIN, A.-C.-Henri, né à Perrigny-sur-Serein (Yonne). [*Des hémorrhagies utérines puerpérales.*]

130. JOUSSEAUME, F.-Pierre, né à Vervant (Charente-Inférieure). [*Des végétaux parasites de l'homme.*]

131. CARRE, Marius, né à Avignon (Vaucluse). [*De l'ataxie locomotrice progressive. Atrophie des faisceaux postérieurs et des racines postérieures de la moelle épinière.*]

132. PRIOU, V., né à Blaison (Maine-et-Loire). [*De la dysentérie et de la présence de l'albumine dans les garderobes de cette affection.*]

133. LA FLIZE, D.-C.-Oswald, né à Nancy (Meurthe). [*Quelques considérations sur la tuberculisation aiguë.*]

134. MOREL, L. H.-Ernest, né à Besançon (Doubs). [*Diagnostic de la cataracte.*]

135. DAGUÈVE, Élie, né à Tournon (Ardèche). [*Quelques mots sur l'hydrographie des fleuves dans ses rapports avec l'hygiène.*]

136. GRATIOT, Ernest, né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne). [*Des affections cutanées produites par le Microsporon furfur.*]

137. BAUDOUIN, Félix, né à la Guadeloupe. [*Des Aura. Étude sur les préludes des attaques dans les grandes névroses.*]

138. CAZIN, Henry, né à Samer (Pas-de-Calais). [*Étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin.*]

139. BONNET, Pierre-Emmanuel, né à Poitiers (Vienne). [*De la confusion des membres de l'enfant avec issue de l'un des bras, de l'inversion de la muqueuse vaginale, comme cause de dystocie.*]

140. MALLEVIALLE, J.-B.-Henri, né à Coupiac (Aveyron). [*Quelques mots sur l'iridectomie.*]

141. PUJOS, Jean-Marie, né à Auch (Gers). [*Examen critique des appareils herniaires.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du
1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 26 SEPTEMBRE 1862. N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Mensuration de la poitrine chez les phthisiques : Gymnastique respiratoire. — Localisations cérébrales : Siége de la faculté du langage articulé. — II. **Travaux originaux.** Médecine opératoire : Kyste multiloculaire de l'ovaire ; ovariotomie ; péritonite ; mort. — Pathologie interne : Recherches sur les dimensions de la poitrine dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire. — III. **Correspondance.** Du goitre exophthalmique. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société anatomique. — V. **Revue des journaux.** Extension manuelle substituée à la ténotomie pour la cure des contractures musculaires. — Atrophie aiguë du foie. — Nouveau procédé pour constater la présence du plomb dans l'urine. — Hypertrophie des parois de l'estomac. — Ulcères perforants du duodénum — Un cas de rupture du cœur. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Exposition de Londres.

I

Paris, 25 septembre 1862.

Académie de médecine : MENSURATION DE LA POITRINE CHEZ LES PHTHISIQUES : GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE. — LOCALISATIONS CÉRÉBRALES : SIÉGE DE LA FACULTÉ DU LANGAGE ARTICULÉ.

Bonne séance, séance bien remplie, mardi dernier, à l'Académie de médecine. Sans parler d'une série de petits réquisitoires lus par M. Boudet au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, nous avons entendu un de ces rapports consciencieux, substantiels, pleins de saine critique et tout exubérants d'érudition, comme M. Bouvier sait les faire. On regrette que des travaux de cette portée et d'une trempe si sérieusement académique échappent à l'analyse, et ne puissent être présentés que d'une manière tronquée dans les limites étroites d'un simple compte rendu. Ce ne sera pas un des moindres avantages du rapport de M. Bouvier que de fournir à M. Henri Bouley l'occasion prochaine de communiquer à l'Académie quelques faits de pathologie comparée, propres à jeter un jour nouveau sur les accidents traumatiques déterminés par le séjour de la canule dans la plaie béante de la trachée-artère, après l'opération de la trachéotomie. Nous reviendrons peut-être sur ce sujet.

— L'importance du mémoire de M. le professeur Henri Gintrac (de Bordeaux) n'échappera point à nos lecteurs. Assurément, la déformation de la poitrine chez les phthisiques et la réduction de ses diamètres sont des faits d'observation en quelque sorte vulgaire; mais la science ne pouvait se contenter, sur ce point, des données grossières et purement approximatives offertes par une inspection plus ou moins superficielle. Pour élever les signes tirés des apparences anatomiques du thorax à la hauteur d'un élément de diagnostic, pour leur donner une valeur pronostique réelle, pour en déduire enfin des conclusions légitimes relativement à l'hygiène, à la prophylaxie et à la thérapeutique respiratoire, il fallait soumettre la mensuration de la poitrine à des

FEUILLETON.

Exposition de Londres.

(Deuxième article.)

SOMMAIRE. — *Instruments de chirurgie.* — Nombre des exposants. — Caractère général des expositions anglaise et française. — Catalogues de MM. Charrière et Mathieu. — *Simplification des instruments.* — Trousses, — Bistouris, — Ciseaux, — Pinces, — Scies, — Caisses d'amputation.

Les vitrines renfermant les instruments de chirurgie ne sont pas de celles qu'on ne puisse visiter sans faire une trouée dans la foule compacte des curieux. On se presse autour des engins de destruction, si variés et si formidables, qui figurent avec tant d'avantage dans ce congrès *pacifique* des nations; on prend plaisir à caresser ces géants endormis et désarmés; mais les instruments de chirurgie, si délicats, si brillants, si gracieux même, paraissent inspirer à tous une répulsion instinctive, et l'on évite de les regarder. On aime la guerre qui tue, parce qu'on n'y voit de loin que la gloire, parce qu'on n'assistera pas, qu'on n'a pas assisté aux horreurs du champ de bataille; on craint le chirurgien qui sauve, parce qu'on n'est pas sûr d'échapper aux maladies qui nous menacent tous. Les instruments, et tout ce qui en dehors des médicaments se rapporte à l'étude et à la pratique de la médecine ou de la chirurgie, sont compris dans la classe 17. Les exposants sont en nombre considérable; ils sont ainsi classés par M. Traer, superintendant de cette classe, auquel nous devons un excellent compte rendu de cette partie de l'exposition : Angleterre, 124; France, 58; Italie, 16; Prusse, 9; Autriche, 8; Espagne, 7; Bavière, 4; Belgique, Danemark, Norvége, villes hanséatiques, 3; Suisse, Suède, États-Unis, 2; Brésil, Duché de Oldenbourg, Japon, Portugal, Russie, 1.

Les fabricants étrangers ont cherché à rivaliser avec les nôtres, et si les instruments français l'emportent de beaucoup sur les autres, nous aurons occasion de citer avec éloge ceux de MM. Nyrops et Rasmussen, de Copenhague; ceux de

épreuves rigoureuses, suivre pas à pas la marche de la déformation, en etudier l'étendue et les progrès et établir mathématiquement ses rapports avec les différentes phases de l'évolution tuberculeuse. C'est ce que vient de faire M. Gintrac, précédé d'ailleurs, dans cette voie, comme il le reconnaît lui-même, par MM. Kirtz et Woillez. Comme conséquence de ses observations, M. Gintrac déclare « que l'hygiène et une gymnastique spéciale des organes respiratoires doivent constituer des éléments essentiels dans le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire ». L'auteur se borne à donner une indication très sommaire de cette « gymnastique spéciale ». Ceux qui voudraient compléter le mémoire de M. Gintrac et acquérir des notions plus précises et plus étendues sur la nature, les ressources et les bienfaits de la gymnastique respiratoire, pourront consulter avec fruit les œuvres d'Oribaze (*des Exercices*), les travaux de M. Segond (*Hygiène du chanteur*), de MM. Mandl, Marchal (de Calvi), Poiseuille, Marshall-Hall (*Académie des sciences*, 1855), et surtout l'importante dissertation de notre distingué collaborateur, M. E. Dally, intitulée : PLAN D'UNE THÉRAPEUTIQUE PAR LE MOUVEMENT FONCTIONNEL. On verra, par la lecture de ce dernier travail, que la gymnastique respiratoire peut être utile aux phthisiques, non-seulement en dilatant leur poitrine et en corrigeant ses déformations, mais encore en exerçant l'influence la plus salutaire sur l'hématose, sur l'acte de la circulation et sur tous les phénomènes qui dépendent de la nutrition.

— La doctrine des localisations cérébrales revient à l'ordre du jour. Cette question a été magistralement traitée, au sein de la *Société d'anthropologie*, dans une discussion dont nous donnerons prochainement le résumé ; elle a été agitée dans un excellent travail, lu à la *Société anatomique* par M. Broca; enfin, elle a été portée, mardi, à la tribune de l'Académie par M. Auguste Voisin. Notre confrère, à l'occasion d'un fait récemment observé dans l'une des cliniques de la Charité, reproduit l'opinion de Gall et de M. Bouillaud sur l'organe de la faculté du langage, et le place, comme eux, dans les lobes antérieurs du cerveau. Il s'agit d'un homme qui avait perdu l'usage de la parole, tout en conservant l'intégrité de l'intelligence et la faculté de s'exprimer par signes, et chez lequel on trouva, après la mort, un des lobes frontaux comprimé par un kyste sanguin de l'arachnoïde pariétale.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de cette observation un des deux cas relatés par M. Broca. (Voy. plus loin, p. 621, au sujet de ce dernier fait, un extrait du compte rendu des travaux de la *Société anatomique* pour 1861, avec quelques détails de plus sur les symptômes et les lésions.)

« Lorsque le malade fut admis à Bicêtre, il y a vingt et un ans, il avait perdu depuis peu de temps l'usage de la parole, il ne pouvait plus prononcer qu'une seule syllabe, *tan*, *tan*, à laquelle il joignait des gestes expressifs très variés. C'est pourquoi, dans tout l'hospice, il n'était connu que sous le nom de *Tan*. A l'époque de son admission, Tan était parfaitement valide et intelligent. Mais depuis dix ans il est devenu hémiplégique du côté droit, et son intelligence a notablement baissé.... Cependant, à l'époque où le malade fut transporté dans le service de chirurgie (12 avril 1861), la sensibilité générale était partout conservée, les mouvements de la langue étaient parfaitement libres ; Tan comprenait encore presque tout ce qu'on lui disait ; il manifestait ses idées ou ses désirs par les mouvements de la main gauche, indiquait, sans se tromper, l'heure d'une montre à secondes, savait dire exactement depuis combien d'année il était à Bicêtre, etc.... Le malade mourut le 17 avril 1861. A l'autopsie, on trouva la pie-mère épaissie, opaque et adhérente sur les lobes antérieurs, surtout sur le lobe gauche. Le lobe frontal de l'hémisphère *gauche* est ramolli dans la plus grande partie de son étendue ; les circonvolutions du lobule orbitaire, quoique atrophiées, ont conservé leur forme ; la plupart des autres circonvolutions frontales sont entièrement détruites. Il est résulté de cette destruction de la substance cérébrale, une grande cavité, capable de loger un œuf de poule et remplie de sérosité. Le ramollissement a gagné en arrière le pli ascendant du lobe pariétal, en bas le pli marginal du lobe temporo-sphénoïdal; enfin, dans la profondeur, le lobule de l'insula et le noyau extraventriculaire du corps strié.

» C'est à la lésion de ce dernier organe, ajoute M. Broca, qu'on doit attribuer la paralysie du mouvement des deux membres du côté *droit;* mais il suffit de jeter *un coup d'œil* sur la pièce pour reconnaître que le foyer principal et le siége primitif du ramollissement sont la partie moyenne du lobe frontal de l'hémisphère gauche; c'est là qu'on trouve les lésions les plus étendues, les plus avancées et les plus anciennes. Le ramollissement s'est ensuite propagé très lentement dans les parties environnantes ; et l'on peut considérer comme certain qu'il y a eu une très longue période pendant laquelle le mal n'occupait que les circonvolutions du lobe frontal. Cette période correspond probablement aux onze années qui ont précédé la paralysie du bras droit, et pendant lesquelles le malade, ayant conservé toute son intelligence, n'avait perdu que la parole. Tout permet donc de croire que, dans le cas actuel, *la lésion du lobe frontal a été la cause de la perte de la parole.* »

MM. Lollini frères, de Naples. Quoique moins remarquables, les produits de l'industrie autrichienne mériteront une mention particulière; mais Londres et Paris se trouvent surtout en présence, et nous fourniront le plus grand nombre de modèles.

Une chose frappe tout d'abord quand on compare les expositions anglaise et française. Les vitrines de nos fabricants renferment un nombre, que nous pourrions dire immense, d'instruments coupants, tranchants, de ceux qui sont destinés à la pratique des opérations. La plupart des perfectionnements dont nous aurons à parler sont dus à nos compatriotes chirurgiens, accoucheurs ou couteliers, et, sous ce rapport, l'Angleterre ne saurait lutter contre nous ; mais tout change si nous examinons les appareils destinés à soutenir les membres opérés ou fracturés, à rendre le séjour au lit moins douloureux pour les malades. Il semble que, tout en n'ayant en vue que le malade, les chirurgiens français ont cherché à se faciliter la besogne, qu'ils ont travaillé ou qu'on a travaillé un peu pour eux, tandis que les chirurgiens anglais, moins préoccupés de cette partie de l'art, ou laissant plus à faire à l'habileté manuelle de l'opérateur, se sont occupés de ce qui se rattache aux pansements. Cette tendance particulière, chez l'un et l'autre peuple, a nécessairement influé sur la composition de leur arsenal chirurgical ; elle nous a frappé, et, sans vouloir l'exagérer outre mesure, il nous a paru utile de la signaler.

Avant de décrire quelques-uns des instruments exposés, nous devons signaler avec les plus grands éloges les catalogues publiés par MM. Charrière et Mathieu. Ce sont à peu près les seuls que nous puissions citer, car ceux publiés vers 1831 par MM. Savigny et Weiss, de Londres, sont depuis longtemps épuisés, et nous n'avons pu nous les procurer. On se tromperait si l'on ne voyait dans ces publications qu'une stérile énumération des instruments mis en vente par des industriels; ils rendent un service signalé à l'art chirurgical, et nous permettent de juger en quelques instants des ressources instrumentales mises à notre disposition. Le catalogue, nous pourrions dire le livre de M. Charrière, renferme plus de cinq cents gravures sur bois.

Digitized by Google

On ne saurait nier que l'observation de M. Broca et celle de M. Voisin ne militent très sérieusement en faveur de l'opinion qui place dans les lobes antérieurs du cerveau, l'organe excitateur et coordinateur du langage articulé. Mais si des faits nombreux, empruntés aux observateurs les plus dignes de foi qui ont écrit sur la pathologie de l'encéphale viennent prêter à cette opinion l'appui d'un témoignage éclatant, d'autres faits, aussi nombreux, et aussi rigoureusement observés, déposent malheureusement contre ce point de localisation cérébrale et jettent le trouble et la contradiction dans une question que les localisateurs ardents regardent, peut-être à tort, comme définitivement résolue. Dans les annales de la médecine et de la chirurgie les faits négatifs se pressent à côté des faits affirmatifs; et, s'il est aisé de trouver dans les ouvrages d'Ambroise Paré, de Ledran, de Quesnay, de Boyer, de Bégin, de Rochoux, de Lallemand, de Bouillaud, d'Andral, de Calmeil, etc., des cas incontestables d'aphémie définitive, avec conservation de l'intelligence, à la suite de mutilations traumatiques, d'atrophies, de dégénérescences, de ramollissements, de compressions des lobes antérieurs du cerveau, il n'est pas moins facile de rencontrer dans les auteurs des observations de blessés ou de malades, qui continuaient à parler en dépit d'une lésion plus ou moins profonde et d'une destruction plus ou moins étendue des mêmes lobes. Dernièrement encore, M. Maximin Legrand racontait, dans l'*Union médicale*, l'histoire remarquable et significative d'un blessé de juin 1848, qu'il avait vu pendant deux mois à la Pitié, dans le service de M. Michon, et qui n'avait jamais présenté la moindre altération de la parole, quoique le lobe antérieur gauche du cerveau eût été comme broyé par un coup de feu.

M. Voisin a bien senti tout ce qu'il y avait, dans ces faits, de désastreux pour la doctrine dont il s'est constitué le champion. Aussi, ne s'est-il pas borné à placer vaguement dans les lobes frontaux l'organe du langage articulé; il s'est appliqué à en fixer les limites d'une manière plus précise et à en déterminer géométriquement le siége. S'appuyant sur sa propre observation, il a donc émis l'opinion que « la faculté du langage articulé siégeait dans la substance corticale des circonvolutions frontales ou de la partie supérieure des lobes antérieurs. » Par malheur, c'étaient ces mêmes circonvolutions qui avaient été frappées et détruites chez le blessé dont parle M. Maximin Legrand.

M. Voisin a eu tort, à notre avis, de repousser le secours que l'anatomie pathologique de la paralysie générale venait prêter à sa thèse. On sait qu'un des premiers et des plus importants symptômes de cette maladie (et nous voulons parler ici de la paralysie générale vraie, de celle qu'on nomme *méningo-encéphalite diffuse*), c'est l'embarras de la prononciation, la perte progressive de la faculté d'articuler les sons. Or, une lésion constante, une de celles qu'on trouve dès le début de l'affection, c'est l'adhérence intime de la pie-mère aux circonvolutions frontales et sus-orbitaires, l'atrophie de ces circonvolutions, le ramollissement de leur substance grise et, suivant les belles recherches de M. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*), une altération profonde de sa structure, une véritable désorganisation de ses éléments histologiques. N'est-il pas évident que la coexistence constante de cette grave lésion et de la gêne de la parole est un sérieux argument à ajouter à ceux qu'invoquent déjà les partisans de la localisation !

Nous nous en tiendrons pour aujourd'hui à ces considérations générales et sommaires. Tout en joignant nos félicitations à celles qu'a recueillies M. Auguste Voisin après sa lecture, nous l'engagerons à ne pas considérer sa conclusion comme définitive, et à ne négliger l'étude d'aucun fait propre à élucider le problème encore irrésolu du siége précis de la faculté du langage articulé.

A. LINAS.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine opératoire.

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE; OVARIOTOMIE; PÉRITONITE; MORT, par M. le docteur PARISE, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lille.

OBS. — Mademoiselle Ruffino J.... (de Lille), âgée de cinquante-sept ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament nerveux, toujours un peu maigre, bien réglée depuis l'âge de seize ans jusqu'à cinquante-deux ans, n'a jamais été sérieusement malade. Attachée pendant longtemps à une famille riche, en qualité de femme de chambre ou de demoiselle de compagnie, elle a beaucoup voyagé; elle a habité l'Angleterre, l'Italie et parcouru la France. Instruite et très intelligente, elle raconte avec beaucoup de précision l'histoire de sa maladie dont elle fait remonter le début à vingt-deux mois. Vers cette époque elle devint chagrine; son caractère toujours gai devint morose, elle perdit l'appétit et fut prise d'une diarrhée qui durait quelques jours seulement, mais se reproduisait à des intervalles plus ou moins rapprochés. Elle attribua ces dérangements dans sa santé au chagrin qu'elle éprouva de la mort par suicide de sa

---

et constitue un atlas complémentaire des livres de médecine opératoire; il entrera et restera certainement dans les bibliothèques, où il mérite de prendre place, car il sera dans l'avenir consulté par ceux qui voudront savoir ce qu'était au milieu du XIXe siècle l'*armentarium*, trop considérable souvent, du chirurgien français.

Pour mettre un peu d'ordre dans notre description, nécessairement rapide, des instruments les plus remarquables, nous passerons d'abord en revue ceux qui servent aux opérations journalières, aux amputations, et nous examinerons successivement ceux qui ont une destination spéciale.

La trousse et ce qu'elle renferme doivent nous occuper tout d'abord. Celles qu'exposent MM. Evans et Stevens, Harr et fils, et d'autres fabricants anglais, sont très bien faites, solides, et d'un beau fini, comme tout ce qui se fait en Angleterre, mais elles manquent de cette délicatesse de forme qui est comme l'apanage de l'industrie française. Ici surtout la palme appartient si bien à nos fabricants que nous devrons les citer presque exclusivement. Depuis 1851, MM. Charrière et Mathieu se sont appliqués à simplifier la trousse de manière à nous permettre de la réduire à un petit volume, tout en y introduisant un grand nombre d'instruments.

Cette simplification a consisté surtout dans la construction des bistouris démontants, qui peuvent, pour un seul manche, recevoir un grand nombre de lames de rechange, et dans l'ajustement les unes sur les autres des diverses pièces de la trousse.

Le bistouri de M. Charrière se compose d'un manche formé de deux lames d'écaille ou de corne d'inégale longueur, mobiles à une extrémité autour du clou qui les réunit, séparables à l'autre, mais pouvant être fixées au moyen d'un tenon ou tourillon. La lame, de forme variable, se termine vers son talon par une plaque percée d'une échancrure et d'un trou; l'échancrure vient embrasser le clou qui réunit les deux parties du manche; mais, lorsque le bistouri est ouvert, le trou qui termine le talon vient loger une petite pointe fixée dans

sœur. Bientôt elle reconnut que son ventre grossissait ; elle consulta alors mon savant collègue le docteur Wannebrouck, professeur adjoint de clinique médicale, lequel diagnostiqua un kyste de l'ovaire. Lorsque la distension de l'abdomen fut assez considérable pour gêner la respiration et la locomotion, M. Wannebrouck pratiqua la ponction. Cinq ponctions furent successivement faites aux époques suivantes : 19 avril 1861, 28 octobre 1861, 15 janvier 1862, 17 mars 1862 et 19 mai 1862. Effrayée de la reproduction de plus en plus rapide du liquide, ce qui résulte clairement de la comparaison de ces dates, ne pouvant plus travailler et à bout de ressources, elle entra à l'hôpital dans le service de M. Wannebrouck, le 26 mai 1862.

Le 5 juillet je l'examinai avec mon collègue, et dans le double but de préciser le diagnostic et de soulager la malade, une sixième ponction fut pratiquée. Elle donna environ 13 litres d'un liquide filant, très onctueux, poisseux, de couleur jaunâtre. Mesurée exactement dans une des ponctions précédentes, sa quantité était de 14 litres. Le kyste ne se vida pas complétement, ce qui nous fit croire à l'existence d'une autre poche moins grande que celle qui avait été ponctionnée, mais pouvant contenir 4 à 5 litres de liquide. On sentait du reste une masse déjà reconnaissable avant la ponction, maintenant très distincte, du volume de la tête d'un adulte, offrant des bosselures, fluctuante et paraissant formée par une agglomération de kystes plus petits.

La malade, très intelligente, ainsi qu'il a été dit, avait fait une étude approfondie de sa maladie ; elle savait les divers moyens qui pouvaient lui être opposés ; elle connaissait la pratique des chirurgiens anglais et elle avait une idée très nette de l'ovariotomie. Elle nous déclara qu'elle voulait être opérée par cette méthode, qu'elle connaissait aussi bien que nous les dangers de cette opération, mais qu'elle voulait en courir les chances, quelque défavorables qu'elles fussent, plutôt que de se voir mourir épuisée par les ponctions successives que l'on serait obligé de rapprocher de plus en plus. Et comme cette résolution paraissait bien arrêtée, je la fis passer quelques jours après, 9 juillet, à la clinique chirurgicale, voulant l'examiner plus complétement avant de me prononcer pour ou contre l'opération qu'elle réclamait.

Le liquide se reproduisit très rapidement et bientôt le kyste fut aussi plein qu'avant la ponction. Il occupait alors tout l'abdomen, l'intestin était refoulé en arrière sur les côtes de la colonne vertébrale, où la percussion avait de la peine à le découvrir ; l'estomac et le foie étaient repoussés vers la poitrine. La fluctuation, très évidente, faisait penser que ces parois étaient minces. Bien que les six ponctions n'eussent amené aucun accident notable, il était à craindre qu'elles n'eussent provoqué la formation de quelques adhérences avec la paroi abdominale antérieure. La malade avait, dès le début de son mal, ressenti dans le côté gauche de l'abdomen, vers la région lombaire, des douleurs habituellement peu vives, mais le devenant parfois et augmentant depuis quelques mois. La persistance de ces douleurs au côté gauche me fit penser que le kyste s'était développé dans l'ovaire gauche et me faisait craindre la présence d'adhérences de ce côté. D'autre part l'état général s'altérait visiblement ; la malade s'amaigrissait, son pouls battait habituellement de 96 à 100, lorsqu'elle était dans son lit ; il était petit, la peau était sèche et terreuse et l'appétit très peu développé.

Pendant plus de trois semaines, j'évitais sous divers prétextes de me prononcer, bien qu'elle me renouvelât ses instances presque tous les jours. J'étais bien convaincu que l'opération radicale était le seul moyen de la sauver, car il était évident qu'elle était vouée à une mort certaine et peu éloignée. Son âge, loin d'être une contre-indication, était bien plutôt une condition favorable d'après les statistiques anglaises ; mais je craignais de trouver des adhérences telles que je dusse laisser l'opération inachevée. J'avais déjà étudié la question de l'ovariotomie, car j'avais antérieurement proposé cette opération à trois malades, l'une de vingt et un ans, la deuxième de vingt-trois ans et la troisième de quarante-huit ans. Les deux derniers refusèrent de s'y soumettre. La première l'eût sans doute acceptée, mais deux savants confrères, il y a trois ans de cela, furent d'avis contraire. Ces trois malades succombèrent très rapidement, celle-ci à trois mois, les deux autres deux mois après environ. Une quatrième malade âgée de vingt-deux ans, nouvellement mariée et enceinte, que je vis à Tourcoing avec mon estimable confrère M. Delapoule, ayant succombé, je pus faire l'autopsie ; je simulai l'opération, mais il y avait des adhérences si étendues et si intimes que je ne pus enlever le kyste par l'incision ordinaire. Je fis alors une longue incision cruciale comme pour une autopsie, je ne fus pas plus heureux, les adhérences étaient générales. Ce cas, très exceptionnel il est vrai, était présent à mon souvenir. Mais il y avait eu des symptômes de péritonite qui ne s'étaient jamais présentés chez ma malade. Je pensais donc que, si des adhérences existaient, elles étaient peu étendues et filamenteuses, et je me décidai à tenter l'opération.

Je connaissais les travaux des chirurgiens anglais, mais je voulus méditer ce qui a été écrit en France, dans ces derniers temps, et je me suis procuré les instruments nouveaux adoptés par M. Nélaton et M. Demarquay, afin de me placer autant que possible dans les conditions qui ont paru les plus favorables aux chirurgiens anglais et aux chirurgiens français qui les ont suivis dans cette voie. Ce n'est pas que j'attache une grande importance à certain détail des procédés de nos voisins, mais je ne me suis pas cru en droit de m'en écarter.

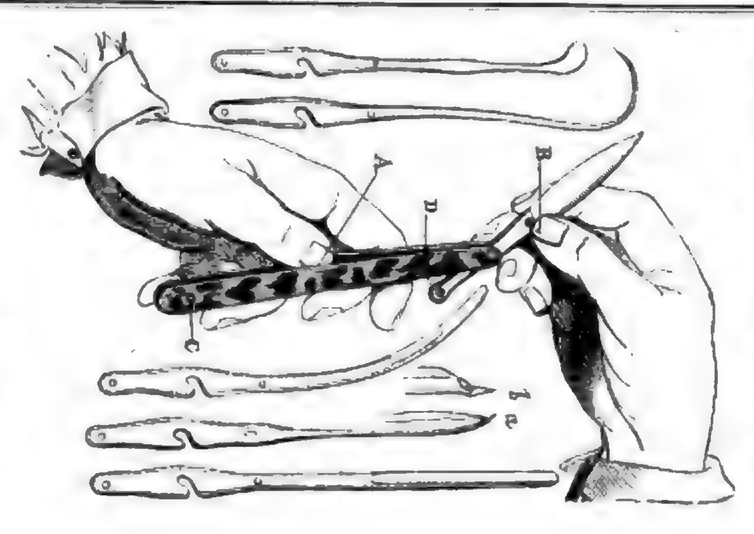
Le 1er août, la malade, impatientée, me dit avec une grande animation et en pleurant, qu'elle voyait bien que je ne voulais pas l'opérer de crainte de la voir mourir ; que s'il en était ainsi, elle m'attesterait par écrit sa volonté formelle d'être soumise à cette opération, que d'ailleurs elle vendrait ses hardes pour aller à Paris où elle trouverait bien un chirurgien qui consentirait à l'opérer, etc., etc. Je lui répondis que je me rendais à ses vœux ; que tout était préparé, que pour mettre en sa faveur toutes les chances possibles, je ne l'opérerais pas à l'hôpital où elle pouvait voir autour d'elle mes opérées atteintes d'érysipèles, mais bien hors de la ville et dans un lieu très sain, et enfin que ce serait très prochainement, ce dont elle me remercia avec effusion.

Une épidémie d'érysipèles graves régnait alors dans l'hôpital et particulièrement dans les salles de la clinique ; c'était une raison de plus pour qu'à l'exemple de MM. Nélaton et Demarquay, je fisse transporter ma malade dans une atmosphère plus salubre. Dans ce but je fis choix d'une maison située à Saint-Maurice-les-Lille, dans une rue neuve, donnant des deux côtés sur des champs ensemencés et paraissant offrir d'excellentes conditions hygiéniques. C'est dans cette maison que je l'opérai, en compagnie et avec l'aide de MM. Wannebrouck, Ladureau, Delay, Deblonde, de M. Leroy, mon chef de clinique, et d'un grand nombre d'élèves.

Opération. 4 août 1862, 9 heures du matin. La malade est couchée sur une table et chloroformisée ; la vessie est vidée. Une incision verticale de 12 centimètres, à 7 ou 8 millimètres à gauche de la ligne blanche et parallèlement à cette ligne, comprend la peau et la gaîne du muscle droit de l'abdomen dont le bord interne est écarté. Le feuillet postérieur de la gaîne et le péritoine ouverts avec précaution et en dédolant, sont incisés sur la sonde cannelée. Le kyste alors visible entre les bords de la plaie

---

une des plaques du manche, et l'instrument se trouve ouvert d'une manière fixe et solide. (V. les fig. ci-contre.) Le bistouri de M. Mathieu représenté p. 613, diffère de celui de M. Charrière en ce que la lame, au lieu de se trouver par son talon interposée aux deux parties du manche, vient s'enchâsser dans le manche lui-même, et se trouve fixée par la rotation d'une des deux plaques qui le composent, laquelle porte une petite goupille. Un dessin seul peut faire bien comprendre cette



disposition des deux instruments ; tous deux nous paraissent très bons, et quoique nous nous servions du bistouri de M. Charrière, nous devons dire que celui de M. Mathieu nous paraît avoir l'avantage d'être plus ferme dans la main, le manche étant plein lorsque l'instrument est monté, il est, par conséquent, plus solide et moins élastique.

Sur ce manche unique peuvent se monter des lames de formes diverses : aussi, dans le portefeuille, se trouvent des lames droi-

qui s'écartent ne tarde pas à s'y engager, bien qu'il paraisse libre en ce point. J'introduis la main droite pour en explorer la surface ; du côté gauche, là où je craignais de trouver des adhérences solides et étendues, je ne rencontre que quelques adhérences filamenteuses qui cèdent très facilement ; mais à droite et au niveau de l'ombilic je trouve une grande surface assez solidement adhérente à la paroi abdominale pour que je manifeste la crainte de ne pouvoir la détacher. Cependant en procédant doucement et en n'attaquant que quelques adhérences à la fois, et avec un seul doigt au lieu de faire agir toute la main, je peux les déchirer sans grandes difficultés. J'ai dû procéder avec ces précautions, car je craignais que le kyste, très mince dans ce point et comme éraillé, ne vînt à se déchirer et à se vider dans le péritoine.

Le kyste étant libre dans la région antérieure, j'y plonge profondément le gros trocart de M. Charrière, muni préalablement d'un tube conducteur en caoutchouc adapté au poinçon dont la tige est creusée dans toute la longueur et sert à l'écoulement du liquide. 10 litres environ d'un liquide poisseux s'en écoulent ; puis tout écoulement cesse malgré les pressions méthodiques exercées sur les côtés de l'incision abdominale par MM. Wannebrouck et Ladureau. Je ponctionne diverses loges qui donnent un peu de liquide, puis tout s'arrête de nouveau, bien que le kyste soit loin d'être vidé et qu'il contienne encore 5 à 6 litres environ de liquide. Comme il est très flasque, je crains de le transpercer en le ponctionnant encore dans d'autres points, et j'essaye de l'amener au dehors. Je le saisis avec des pinces de Museux et des érignes doubles et je l'attire doucement pendant que mes aides pressent sur les côtés de l'abdomen comme pour le faire sortir. Il sort en effet sans effort et beaucoup plus facilement que je ne m'y attendais : il est entièrement libre d'adhérences. Bientôt il est étalé sur les cuisses ne tenant plus que par son pédicule.

Celui-ci est du volume du pouce, un peu aplati ; sa longueur est de 3 centimètres environ. Il est formé par le ligament de l'ovaire et la trompe du côté droit ; il contient des vaisseaux très volumineux. Une forte ligature est jetée sur lui, immédiatement au-dessus du kyste, et le serre-pédicule est appliqué au-dessus de la ligature, c'est-à-dire entre celle-ci et le cœur, et fortement serré. Après quoi le kyste est détaché par quelques coups de ciseaux.

Cinq points de suture métallique placés de façon à ne pas intéresser le péritoine réunissent exactement les bords de la plaie.

Il n'y a pas eu, à proprement parler, d'écoulement de sang, trois ou quatre cuillerées tout au plus. Pas une goutte de liquide du kyste ne s'est épanchée dans le péritoine, grâce au trocart spécial de M. Charrière qui a parfaitement fonctionné. Craignant toutefois qu'un peu de sang ne se fût amassé dans l'excavation, j'y ai porté une petite éponge fine qui n'a ramené qu'un peu de sang. Les parois abdominales exactement appliquées sur le kyste lors de sa sortie se sont rétractées et affaissées sur les intestins dont aucune portion n'est venue se mettre en vue. Le grand épiploon étalé au-devant d'eux forme le fond de la plaie.

Pour pansement un linge sur la plaie, de la charpie, une couche d'ouate, le tout maintenu par un bandage de corps modérément serré.

La malade a parfaitement supporté l'opération. Elle a eu constamment les membres inférieurs enveloppés d'une couverture de laine, bien que la température ambiante fût assez élevée. Elle ne s'est éveillée que lorsqu'elle a été transportée dans son lit, heureuse d'être opérée sans avoir éprouvé la moindre douleur, et manifestant sa joie et sa reconnaissance par les expressions les plus enthousiastes.

Cinq heures du soir. L'opérée est calme ; elle n'a éprouvé et n'éprouve encore actuellement aucune douleur, ni dans l'abdomen, ni même dans la plaie ; point de vomissements ni de nausées. Elle a uriné sans difficulté. Elle a pris un peu d'eau sucrée et de limonade vineuse. La respiration est libre, le pouls calme, régulier, assez plein et à 72, tandis qu'il était habituellement à 96. Elle dit que depuis bien longtemps elle ne s'est trouvée si à l'aise. (Extrait gommeux d'opium, 3 décigrammes en 18 pilules ; en prendre une toutes les deux heures.)

5 août. Deux élèves de la Clinique ont passé la nuit près de l'opérée ; sa nuit a été très bonne ; elle a dormi six à sept heures en plusieurs fois. Elle n'a pris que cinq pilules ; pas de frisson, peu de soif, pas de nausées ; un peu d'accélération dans le pouls qui monte à 90 vers le matin.

Une heure du soir. Satisfait de ces bons renseignements et retenu d'autre part, je ne la vois que vers une heure, je la trouve dans l'état suivant : il n'y a pas eu de frissons, pas de vomissements, pas de nausées ; mais la peau est chaude, sèche ; le pouls est très petit et marque 120. La langue est pâteuse, collante ; le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux, même à la pression. La charpie qui couvre la partie inférieure de la plaie est imbibée de sérosité un peu sanguinolente. L'opérée se plaint de ne pouvoir uriner facilement ; et bien qu'elle ait rendu tout à l'heure un verre environ d'urine, elle me prie de la sonder ; je retire en effet un verre environ de liquide. Elle se plaint aussi d'une sorte de barre vers la partie inférieure du sternum. Elle croit que ce sont les pilules qu'elle a prises qui sont arrêtées dans ce point et qui lui causent ce malaise, bien qu'elle n'en ait plus pris depuis le matin ; et elle me prie de ne plus lui en donner. (Boissons à la glace, avaler de petits fragments de glace.)

Quatre heures du soir. Je la trouve dans un état désespéré ; j'apprends que vers deux heures elle a été fort agitée, et qu'elle a eu coup sur coup quatre selles liquides, d'aspect cholestériformes ; qu'elle a été fort altérée et qu'elle a accusé un sentiment d'angoisse vers la région épigastrique. Cependant il n'y a pas de ballonnement ni de tension douloureuse du ventre, pas même de douleur à une pression assez forte ; le pouls est très petit, filiforme, peu régulier, à 180 et au-dessus ; la respiration est courte, fréquente et presque entièrement costale ; la face, les lèvres, la langue, ont une teinte cyanosée ; la voix très affaiblie s'entend à peine ; bientôt on ne comprend plus ce qu'elle dit, bien qu'elle ait encore toute son intelligence. Elle s'affaisse ainsi avec une rapidité vraiment effrayante et meurt asphyxiée, sans accidents nouveaux, vers cinq heures du soir.

Autopsie. L'abdomen est aplati à peu près comme après l'opération. Le péritoine offre des traces d'inflammation récente dans toute son étendue ; il est poisseux, un peu rosé ; on n'y trouve pas de fausses membranes, mais en le grattant avec un scalpel, on en enlève un peu de liquide gélatineux. Le grand épiploon, étalé au-devant de la masse intestinale, est notablement injecté ; sa face antérieure, plus rouge, semble teinte par le sang qui s'y est répandu pendant l'opération. Il n'y a du reste aucun caillot, aucun épanchement de sang, ni dans l'excavation pelvienne, ni ailleurs. Un peu d'épanchement séro-purulent, un peu rougeâtre, un verre environ se voit dans l'excavation.

La plaie de l'opération est en voie de réunion ; vue par sa face postérieure, on n'aperçoit pas les fils métalliques, à moins de tirailler sur ses bords comme pour les écarter. Les deux fils supérieurs qui ont traversé toute la paroi, y compris le péritoine très près de sa section, donnent un affrontement très exact. Il n'en est pas de même des autres ; bien qu'ils aient traversé toute la paroi moins le péritoine, l'affrontement est beaucoup moins exact du côté de cette membrane dont les bords se sont écartés de 7 à 8 millimètres.

---

tes, courbes, convexes, boutonnées, et l'on peut ainsi, sous

un petit volume, avoir sous la main des instruments très divers.

Les ciseaux démontants se trouvent dans la collection de M. Charrière ; mais nous les rencontrons aussi dans l'arsenal de MM. Whicker et Blaise, de Londres. Ce qui caractérise ces ciseaux c'est la facilité de séparer les deux lames pour permettre un nettoyage facile. L'articulation se fait au moyen d'un tenon porté par la branche mâle, et reçu dans une mortaise creusée dans la branche opposée. La jonction et la disjonction des deux lames se font au moment de leur plus grand écartement et par simple rapprochement. Nous ne voulons pas examiner ici les réclamations qu'a soulevées, il y a quelques années, l'application par M. Charrière de ce mode d'articulation. Sans doute, sans remonter au siècle dernier, nous trouvons déjà dans l'arsenal de Percy des instruments analogues ou même semblables ; mais si l'invention ne lui appartient pas, M. Charrière a au moins réintroduit le tenon dans la fabrication des ciseaux. Peut-être le reproche qu'on fait au tenon est-il fondé, peut-être s'use-t-il assez vite, et met-il alors l'instrument hors de service, puisque, ne pouvant être resserré comme une vis, les deux lames ne pressent plus dès lors suffisamment l'une contre l'autre ; mais cette usure n'est pas très rapide, le tenon pourrait peut-être se terminer lui-même par un pas de vis serré et légèrement rivé, et d'ailleurs M. Charrière a fait de ce mode d'articulation une application si avantageuse que les inconvénients disparaissent devant les avantages.

Le pédicule du kyste, long de 5 centimètres et du volume d'un doigt, est formé par le ligament de l'ovaire, par la trompe et par des vaisseaux volumineux. Il présente les traces de la compression exercée par le compresseur métallique, immédiatement au-dessus de la ligature. L'utérus fort atrophié semble se continuer avec le pédicule presque sans transition. L'ovaire gauche et la trompe du même côté sont sains. La vessie, aplatie de haut en bas, a un développement transversal exagéré. L'ouraque suit le bord droit de l'incision à 6 ou 8 millimètres en dehors.

Les autres organes abdominaux et ceux de la poitrine n'offrent rien à noter. Il n'y a pas de caillots dans le cœur.

Examen du kyste. Il se compose d'une grande poche et d'une masse de kystes plus petits réunis en forme de grappe.

Le grand kyste est formé par une membrane résistante, épaisse de 2 à 3 millimètres. On trouve à sa surface plusieurs petites cicatrices résultant des ponctions. On reconnaît dans son épaisseur, non loin de son pédicule, une plaque plus épaisse, ovalaire, large comme la dernière phalange du pouce et qui paraît être ce qui reste de l'ovaire ; la trompe utérine se prolonge sur sa face postérieure dans une étendue de plus de 15 centimètres ; elle lui est immédiatement accolée.

La masse de petits kystes forme une sorte de grappe du volume de la tête d'un adulte, suspendue à la paroi antérieure du grand kyste, au point où se trouvaient les adhérences les plus fortes avec la paroi abdominale et plongeant dans la cavité du grand kyste. Les kystes qui la composent ont des parois minces ; leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une orange. Leur contenu varie de couleur et de consistance, mais il est en général très filant et poisseux comme celui du grand kyste. Plusieurs de ces poches ponctionnées pendant l'opération sont vides. En voyant la mollesse des parois de ces poches pleines ou vides, on comprend facilement pourquoi le liquide du grand kyste ne s'écoulait pas en entier, même avec le gros trocart de M. Charrière. C'est que cette grappe flottante en venant se placer autour de l'extrémité de la canule, la fermait en manière de soupape, quelle que fût d'ailleurs sa direction.

Pathologie interne.

Note sur les dimensions de la poitrine dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire, par M. Henri Gintrac, professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux.

Malgré les travaux de MM. Hirtz et Woillez, la question de l'étroitesse de la poitrine chez les phthisiques n'est point encore résolue ; c'est cependant un sujet bien digne de l'attention des praticiens, surtout s'il est démontré que cette étroitesse accompagne la disposition à la phthisie pulmonaire.

Afin de donner à cette étude séméiotique une base solide, j'ai déterminé les dimensions de la poitrine chez 140 individus en bonne santé, puis j'ai pratiqué la mensuration circulaire chez 80 phthisiques, j'ai classé les malades en trois catégories relatives à leur âge, et subdivisé chacune de ces catégories en deux groupes correspondant aux périodes de crudité et de ramollissement des tubercules ; j'ai en outre constaté que l'espace intermammaire donnait une juste idée de la circonférence moyenne de la poitrine.

Ces recherches, qui seront exposées ailleurs, m'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° La poitrine, chez les phthisiques, offre une circonférence moindre que chez les individus dont les poumons sont exempts de tubercules.

2° Cette diminution dans la largeur de la poitrine, appréciable dès le début de la tuberculisation, augmente avec les progrès de la maladie. Elle peut atteindre, à la deuxième période, 10 centimètres pour la circonférence supérieure, 8 pour la circonférence mammaire et 6 pour l'inférieure.

3° La circonférence supérieure du thorax présente, à très peu d'exceptions près, à toutes les périodes de l'affection tuberculeuse, une étendue plus grande que les circonférences mammaire et inférieure.

4° L'intervalle qui sépare les deux mamelons chez l'homme donne une idée exacte des dimensions du thorax. Il représente le quart de la circonférence mammaire ; chez l'adulte il mesure 20 centimètres à l'état normal, 19 centimètres à la première période de la phthisie, 17 centimètres à la deuxième période.

5° La mensuration de l'espace intermammaire mérite l'attention du praticien, et doit entrer comme élément de diagnostic dans l'appréciation des dispositions à la phthisie pulmonaire.

Comme conséquence de ses observations, je crois nécessaire d'ajouter que l'hygiène et une gymnastique spéciale des organes respiratoires doivent constituer des éléments essentiels dans le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire. Le thorax sera dilaté par des efforts gradués d'inspiration, par des exercices des membres supérieurs dans lesquels l'abduction dominerait. En un mot, il faut demander à l'acte même de la respiration le remède contre une insuffisance de développement dont les poumons subissent la funeste influence.

III

CORRESPONDANCE.

Du goitre exophthalmique.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire.

Très honoré confrère,

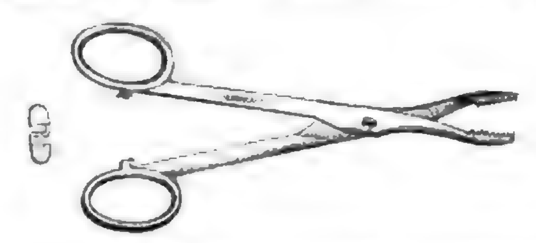
Parmi quelques fautes échappées à l'attention du prote dans mon travail sur le goitre exophthalmique, publié dans le numéro du 29 août de la Gazette hebdomadaire, travail dont je n'ai pu, n'étant pas à Paris, corriger moi-même les épreuves, il en est une qui réclame absolument une rectification.

On lit au commencement du septième alinéa : « Mademoiselle R... dit que dès sa quatrième année on a remarqué la

---

Comme les ciseaux, les pinces à pansement ou à polype se croisent à leur partie moyenne, et les lames peuvent à volonté se séparer l'une de l'autre. Au moyen d'une mortaise creusée dans les mors de la pince et d'un tenon que porte la pièce à ajuster, on ajoute à l'extrémité de chacune des branches de l'instrument, par un mécanisme des plus faciles et d'une grande solidité, un crochet simple ou double, un mors de pince à phimosis, etc., de telle façon que l'on peut en prenant séparément ou en articulant les lames posséder une érigne à manche ou une pince de Museux, une pince à pansement de moyenne longueur, ou, s'il est besoin, assez longue pour porter facilement de la charpie sur le col utérin.

Mais il fallait, pour rendre ces instruments commodes, pouvoir les maintenir fermés d'une manière permanente et solide. MM. Charrière et Mathieu ont réalisé tous deux d'une manière peu différente ce *desideratum :* le premier en faisant chevaucher légèrement les anneaux de la pince, dont l'un porte un clou reçu dans deux trous plus ou moins écartés, suivant la pression dont on a besoin ; le second par deux petits crochets interposés entre les branches, et s'emboîtant l'un dans l'autre. Cette disposition permet de faire de la pince à



pansement ordinaire une pince à artère ou un excellent porte-aiguille.

La pression permanente dans la pince à torsion ordinaire est maintenue dans celles de M. Mathieu par un demi-anneau, qui, poussé jusque près des mors, serre avec une grande puis-

grosseur de son cœur; » c'est « *de son* cou » qu'il faut lire; et ceci a de l'importance, car le phénomène initial, chez ma jeune malade, paraît être, non pas la névropathie du cœur, mais bien la tuméfaction thyroïdienne. Mon observation ne confirme donc pas l'opinion qui fait des troubles cardiaques le point de départ des autres symptômes.

Au sujet de cette même malade, je vous ferai part d'une observation additionnelle qui me paraît jeter un peu de jour sur la marche du goitre exophthalmique, et qui peut-être aura quelques applications dans la thérapeutique de cette maladie :

Obs. — Il y a peu de temps j'ai revu ma jeune cliente. Son goitre avait disparu ! La palpation indiquait, aussi bien que l'inspection simple, que l'hypertrophie thyroïdienne avait considérablement diminué. Je cherchai quelle pouvait être la cause de ce changement subit, et je finis par découvrir que depuis cinq ou six jours, se trouvant toujours en fête, cette jeune personne avait bu très peu d'eau, et qu'elle avait pris, par compensation, d'assez grandes quantités de vin pur. Elle me dit aussi que deux ou trois verres d'eau suffisaient pour faire grossir son petit goître presque à vue d'œil, et qu'elle avait souvent remarqué cela. Je la fis alors venir chez moi pour mieux l'observer ; elle y est restée plusieurs jours. C'est ainsi que j'ai pu constater ce qui suit :

Premier jour. Mademoiselle Marie B... prend quatre ou cinq grands verres d'eau pure pendant son déjeuner, à midi. Dans la journée, elle prend un ou deux verres d'eau toutes les heures. — A deux heures, le goître a repris son volume habituel, c'est-à-dire qu'on aperçoit très bien la saillie qu'il détermine à la région antérieure et inférieure du cou. L'exophthalmie devient plus marquée. — A quatre heures, le goître paraît avoir acquis plus de volume. Dans certaines positions du cou, il est très apparent. L'exophthalmie est très forte ; les yeux deviennent larmoyants. — A six heures, au dîner, plusieurs verres d'eau sont avalés coup sur coup. L'appétit est presque nul. Après ce repas, le goître est plus volumineux que jamais ; en un mot, les symptômes indiqués plus haut continuent, des palpitations violentes viennent s'y joindre. La digestion se fait lentement.

Le lendemain matin, j'apprends que la nuit a été assez paisible, bien que le sommeil fût léger et rempli de rêves. L'exophthalmie est très marquée ; l'œil gauche est congestionné ; la paupière et la conjonctive paraissent enflammées. La percussion de la région épigastrique révèle la présence dans l'estomac d'une assez grande quantité d'aliments. Les palpitations reviennent de temps en temps avec assez de force, sans qu'on puisse trouver aucune cause extérieure qui explique leur apparition.

A partir de ce moment, je fis abandonner l'eau à ma malade, et je la soumis à l'usage exclusif du vin pur comme boisson. Dès le lendemain la congestion de l'œil gauche avait disparu. — Est-ce par une simple coïncidence ? Cela est peu probable. L'usage du vin pur augmente l'intensité des inflammations ordinaires des yeux. — Le larmoiement avait cessé, et l'exophthalmie était rentrée dans ses limites habituelles. Il est à remarquer d'ailleurs qu'elle n'a jamais disparu ; mais ce qui s'était notablement amélioré les jours suivants, chez notre cliente, c'est l'état général. Son appétit était revenu, ses digestions se faisaient très bien, ses palpitations s'étaient calmées.

Tel est l'état où je l'ai laissée, me promettant bien de refaire plusieurs fois sur elle la même expérimentation, en en variant les circonstances, pour bien distinguer, par exemple, si le goître diminue à cause de l'abstinence des liquides ou par l'action du vin et des alcooliques, etc. Je vous donne le fait brut, en quelque sorte, et sans me hâter de tirer d'une seule observation une induction définitive. Et si je vous le livre d'ores et déjà, c'est afin que d'autres que moi puissent infirmer ou confirmer ce que je serais tenté d'y voir.

Cependant je crois qu'on en peut tirer quelques formules interrogatives de nature à mettre sur la voie de l'étiologie si obscure encore du goître exophthalmique et de plusieurs autres variétés de tumeurs thyroïdiennes.

L'usage du vin et des alcooliques est-il répandu ou non dans les pays à goîtres?

Les goîtreux boivent-ils ou ont-ils bu plus d'eau que les non-goîtreux?

En supposant résolue par l'affirmative cette question, le goître est-il produit par cette cause seulement ou par un concours de circonstances dont l'usage exclusif de l'eau comme boisson ne serait qu'un des éléments, etc., etc.?

Quoi qu'il en soit, cher confrère, il me semble que le fait que je viens de vous raconter démontre assez bien que c'est par le gonflement du corps thyroïde que commence la série des accidents du groupe nosologique en question, toutes réserves étant faites sur la prédisposition aux cardiopathies dépendant de conditions héréditaires que j'ai signalées dans mon observation, et que M. Trousseau paraît aussi admettre.

Permettez-moi de vous dire, à propos du discours où l'éloquent académicien me fait l'honneur de me citer, que je regarde comme très suffisamment démontré que ces cardiopathies sont *le plus souvent* de simples troubles nerveux. Sur les quatre faits mentionnés dans mon travail, je n'ai trouvé qu'une fois des lésions organiques, c'est chez M. B..., père de la jeune fille, sujet de mon observation principale. Cet homme joignait au gonflement de la glande thyroïde une hypertrophie cardiaque très considérable avec tout au moins insuffisance et probablement concrétions chondroïdes de la valvule mitrale, le tout caractérisé par un double bruit de râpe remplaçant les deux bruits normaux, surtout au centre de la figure plessimétrique du cœur, le choc en masse des ventricules, etc., etc.

Je ne vois nullement, dans ce fait, la preuve de l'existence d'un rapport nécessaire entre le goître exophthalmique et des lésions organiques du cœur. Ces lésions, dans le cas de M. B..., atteint quelques années avant sa mort d'arthrite rhumatismale violente, ont dû commencer par une endocardite aiguë, si l'on en croit la loi de coïncidence formulée par M. Bouillaud. On ne peut donc voir dans la préexistence de la *maladie de Graves* (ou de *Basedow*, ou même de *Parry*, suivant vos propres indications historiques) qu'une cause prédisposante du

---

sance ; dans celles de M. Charrière, c'est le mode ordinaire, c'est-à-dire une tige mobile reçue dans un canal creusé dans l'épaisseur de la branche opposée ; mais ce qui mérite à ces instruments une mention spéciale, c'est que par un mécanisme facile on peut transformer la pince à pression en une simple pince à dissection.

La simplification des instruments de trousse a été étendue au porte-crayon de nitrate d'argent, au trocart, aux sondes, etc. Au moyen d'un pas de vis creusé dans l'épaisseur du porte-crayon, M. Charrière y ajoute divers instruments : la pince à artères et le trocart, une curette pour les cautérisations intra-utérines, un porte-éponge pouvant s'incliner dans diverses directions et sous divers angles.

Le trocart que M. Mathieu applique également sur le porte-crayon est triple, c'est-à-dire que, par une disposition très ingénieuse, on possède dans le même instrument et sous un très petit volume trois instruments d'un calibre différent, depuis le trocart à hydrocèle jusqu'au trocart explorateur.

On aura sans doute remarqué déjà que nous ne citons guère que MM. Charrière et Mathieu ; c'est qu'ils sont à peu près les seuls qui se soient occupés de la simplification des instruments de la trousse. Peut-être même M. Charrière s'est-il trop préoccupé de cette partie de l'instrumentation ; et ce qui nous pousse principalement à lui adresser cette remarque, c'est que cette préoccupation constante pourrait détourner son ingénieux esprit de ces perfectionnements plus sérieux qui ont valu à sa maison une grande et juste célébrité.

Si la simplification a des avantages réels, elle a aussi des inconvénients ; il ne faut pas qu'on soit obligé d'étudier trop attentivement le mécanisme d'instruments qu'il faut avoir toujours prêts sous la main, et beaucoup de chirurgiens préféreront encore longtemps avoir des bistouris en plus grand nombre, mais possédant chacun leur manche, des érignes et des pinces séparées, car ils pourront avoir besoin, dans le même moment, d'une érigne et d'une pince. Aussi M. Lüer n'a-t-il pas suivi dans la voie où ils se sont engagés MM. Char-

développement de la *maladie de Bouillaud*, cause immédiate de la lésion valvulaire.

Je vous dirai, cher confrère, puisque le nom que je viens d'écrire me rappelle la conjecture étiologique proposée par le savant auteur du TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR, que ce malade était extrêmement ardent, même à la fin de sa vie, pendant cette affreuse période ultime des maladies organiques du cœur (je tiens ce détail de sa femme). Et certains faits me portent à croire que la tendance hyperérotique appartient au type diathésique, caractérisé par la prédisposition au goître exophthalmique et aux affections, soit nerveuses, soit organiques du cœur, et que j'appellerais volontiers type *batracien* (1), imitant en cela ces anciens du moyen âge, dont vous avez si spirituellement exposé les idées dans un feuilleton de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, ces anciens qui avaient comparé à quatre espèces d'animaux les quatre tempéraments admis à leur époque sur l'autorité de Galien.

Agréez, etc. ANTOINE CROS.

Château de la Roche, 6 septembre 1862.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *De l'influence des centres nerveux sur la température et des nerfs vasculaires des extrémités*, par M. *M. Schiff*. (Présenté par M. Blanchard.) — Lorsqu'on coupe une moitié latérale de la moelle épinière dans la région lombaire sur un chien éthérisé, l'animal, examiné plusieurs heures après le réveil, montre, sous le rapport de la vascularisation, les mêmes altérations que si l'on avait coupé les racines des nerfs cruraux et sciatiques d'un côté. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont toujours plus chauds que du côté opposé et plus chauds que dans l'état normal.

L'échauffement se borne toujours aux parties indiquées et n'atteint jamais la cuisse ni la région du genou, lorsque la section est faite immédiatement au-dessus de la racine supérieure du crural. Mais si le point de la lésion est situé plus haut et plus près des dernières vertèbres dorsales, il y a des cas où la cuisse peut prendre part à l'échauffement, parce que les racines lombaires supérieures contiennent souvent des filets vaso-moteurs pour la cuisse.

Lorsqu'on coupe la moitié latérale de la moelle au niveau de l'antépénultième vertèbre dorsale, ou un peu plus haut, le mouvement volontaire peut être conservé jusqu'à un certain degré dans l'extrémité postérieure correspondante. Ce mouvement se rétablit de plus en plus lorsqu'on conserve l'animal pendant plusieurs jours, mais la paralysie vasculaire que cette opération produit dès le début dans toute l'étendue de l'extrémité postérieure ne disparait pas. La cuisse, la jambe, le pied et les orteils sont toujours plus chauds que du côté opposé.

Lorsqu'on porte l'hémisection encore un peu plus en avant, vers la partie moyenne de la région thoracique, les phénomènes changent d'une manière très remarquable. Le pied et le tiers inférieur de la jambe restent toujours plus chauds du côté opéré, mais la région du genou, la cuisse et les parois du bassin et de l'abdomen restent normaux du côté opéré pour devenir plus chauds du côté opposé à l'hémisection.

En répétant ces expériences de différentes manières et en nous mettant à l'abri des causes d'erreur qui proviennent principalement de la différence dans l'énergie du mouvement musculaire des deux côtés, nous sommes arrivés à la conclusion :

Que les nerfs vaso-moteurs des parois abdominales, de la région pelvienne, de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe, sont sujets à une décussation presque immédiatement après leur entrée dans la moelle épinière, que les nerfs vasculaires des parties indiquées du côté droit remontent vers le bulbe en suivant la moitié gauche de la moelle, et *vice versâ*.

Mais les nerfs vasculaires de la partie inférieure de la jambe et du pied remontent *sans entrecroisement* dans la moitié correspondante de la moelle.

Les expériences montrent une disposition analogue des nerfs vaso-moteurs des extrémités antérieures.

Lorsqu'on coupe une moitié de la moelle *allongée ou de la* partie supérieure de la moelle épinière au niveau des premières vertèbres cervicales, on aperçoit un excès de calorification dans la moitié de la surface du corps. Mais cet échauffement ne se montre pas du même côté pour toutes les parties intéressées.

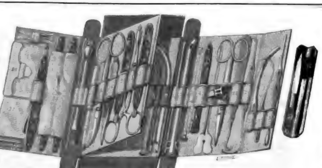
Il résulte de ces observations que les nerfs vasculaires remontent jusqu'à la moelle allongée, et que les nerfs vasculaires qui ne montrent point d'entrecroisement dans l'intérieur de la moelle épinière, restent sans décussation jusque dans l'intérieur du bulbe. Nous ignorons si une décussation pourrait avoir lieu dans un point plus élevé du bulbe, car nous n'avons jamais rencontré une action croisée pour les nerfs vasculaires des pieds et des mains ni de la tête.

Les nerfs vasculaires des extrémités paraissent se terminer dans le bulbe, car quand nous avons pratiqué une hémisection

(1) Ce mot peint assez bien à l'esprit l'aspect des exophthalmiques; de plus, l'imperfection qui semble chez eux caractériser la construction du cœur fait penser à la classe zoologique qu'il désigne. Tout le monde sait qu'on peut blesser grièvement, sans le déranger, un crapaud qui se livre au coït. Ceci rapproché de la prédominance érotique, qui semble appartenir à ce type *batracien*, ne tendrait-il pas à justifier le nom que je lui donne?

rière et Mathieu, et cela non par manque d'invention, (M. Lüer a fait suffisamment ses preuves pour être à l'abri de ce soupçon), mais très formellement parce qu'il pense que la simplification n'est trop souvent que le premier degré de la complication.

Quoi qu'il en soit, les portefeuilles exposés par M. Charrière méritent des



éloges, car ils renferment sous un petit volume un très grand nombre d'instruments usuels, à l'emploi desquels il est très facile de s'habituer rapidement. Son grand modèle, de la dimension et du poids de nos trousses ordinaires, renferme : sondes d'homme, de femme, d'enfant, sonde de Belloc et tube laryngien, porte-nitrate sur lequel

Digitized by Google

dans la partie postérieure du pont de Varole, il n'y avait plus de différence dans la chaleur des extrémités des deux côtés.

Mais il y a d'autres parties du corps, par exemple l'estomac, le foie, dont les nerfs vasculaires parcourent le bulbe pour se terminer plus haut. Une partie de ces nerfs paraît se rendre jusque dans les couches optiques.

En terminant ce mémoire, j'appellerai l'attention des médecins sur le fait remarquable que, dans la fièvre, abstraction faite de l'élévation générale de la température du sang, les altérations locales de la température se font surtout sentir dans les parties dont les nerfs vasculaires ne nous ont pas montré d'entrecroisement : dans la face, la main, le pied, une partie de l'avant-bras et de la jambe. Les nerfs vasculaires de ces parties semblent donc former un groupe distinct. (*Comm.:* MM. Rayer, Cl. Bernard.)

Pathologie. — *Du goitre chez les animaux domestiques*, par M. *Baillarger*. — La question du goitre chez les animaux paraît n'avoir été jusqu'ici que très peu étudiée, et je crois utile de faire connaître le résultat de quelques recherches entreprises récemment sur ce sujet dans les départements de la Savoie et de l'Isère. Ces recherches m'ont conduit à constater un fait nouveau et qui offre peut-être quelque intérêt pour la physiologie pathologique.

Dans plusieurs localités de la Maurienne, à Aiguebelle, à Saint-Jean, à Saint-Michel, à Modane, j'ai trouvé chez les mulets l'hypertrophie du corps thyroïde dans une proportion si considérable qu'elle dépasse de beaucoup, dans ces localités, celle qu'on observe chez l'homme. Dans une écurie de Modane, par exemple, sur vingt mulets il y en avait dix-neuf atteints de goitre. Si la proportion, pour l'ensemble des faits, n'est pas aussi grande, elle reste néanmoins très forte et semble pouvoir être évaluée à plus des deux tiers.

Le fait observé d'abord dans la Maurienne a été confirmé d'une manière remarquable par les recherches dans le département de l'Isère. L'examen de trente mulets, à l'usine métallurgique d'Allevard, m'a permis de constater l'existence du goitre chez vingt-trois de ces animaux.

Dans l'état normal, les glandes thyroïdes des mulets sont grosses comme des châtaignes, et je crois devoir faire remarquer que je n'ai considéré comme atteints de goitre que les mulets chez lesquels ces glandes avaient acquis le volume d'un œuf de poule ou même celui d'un œuf de dinde. Le plus souvent, rien ne décèle l'existence de cette tumeur au dehors ; cependant il y a, sous ce rapport, d'assez grandes différences, selon la conformation du col des animaux. Sur les trente mulets de l'usine d'Allevard, il y avait quatre ou cinq goitres faisant saillie au dehors.

A Allevard, j'ai prié M. le docteur Niepce, bien connu pour ses recherches sur le goitre et sur le crétinisme, de vouloir bien examiner les trente mulets de l'usine, et il est arrivé, comme moi, à constater vingt-trois cas de goitre.

Les chevaux aussi sont assez souvent atteints de goitre, mais la proportion est beaucoup moins forte que chez les mulets. Cependant, parmi les faits que j'ai recueillis, il en est un qui tend à prouver que, dans certaines conditions au moins, la fréquence peut encore être très grande.

A Saint-Jean-de-Maurienne, sur les sept chevaux de la brigade de gendarmerie, quatre sont devenus goitreux après un séjour de moins de deux années. Ce fait paraît d'autant plus remarquable que ces chevaux de la brigade de gendarmerie, bien nourris, bien soignés, sont logés dans une écurie spacieuse très éclairée et très aérée.

Après les chevaux, ce sont les chiens qui semblent le plus prédisposés à l'hypertrophie des glandes thyroïdes. Enfin on en trouve encore des cas isolés chez les vaches, les moutons, les chèvres et les porcs.

Il est impossible de ne pas rattacher les goitres des animaux aux causes endémiques qui produisent la même affection chez l'homme. Cependant, en présence de cette proportion si forte de goitres observée chez les mulets, dans les départements de la Savoie et de l'Isère, j'ai cru devoir examiner un assez grand nombre de ces animaux dans des localités suisses. Comme on devait s'y attendre, à de rares exceptions près, les glandes thyroïdes ont été retrouvées avec leur volume normal.

Il y a quelques années, un savant professeur d'une de nos écoles vétérinaires signalait le goitre comme excessivement rare chez les animaux domestiques. Il ressort, je crois, des faits rapportés dans cette note que cette extrême rareté n'existe que dans les localités saines. Il en est tout autrement dans celles où le goitre et le crétinisme sont endémiques. L'influence des causes productrices du goitre s'étend alors aux animaux domestiques, et, comme on l'a vu, plus spécialement aux mulets.

Il ne semble, d'ailleurs, pas possible de donner aucune explication de cette singulière prédisposition au goitre chez les mulets. Cependant, il importe de faire remarquer qu'il est assez curieux de la rencontrer précisément chez un animal stérile quand on se rappelle que la stérilité est l'un des caractères du crétinisme.

J'ajouterai, avant de terminer, que cette prédisposition pourrait peut-être être mise à profit pour l'étude générale du goitre. Combien, en effet, ne serait-il pas facile d'instituer des expériences pour déterminer au moins l'action des eaux sur la production de cette affection ! M. Grange a cité le fait d'un ingénieur qui serait parvenu à se donner le goitre en buvant pendant quelques mois de l'eau chargée de sels magnésiens. Il y a dans la Maurienne plusieurs sources dont les eaux, dit-on, produisent rapidement l'hypertrophie du corps thyroïde. On assure que de jeunes conscrits sont ainsi parvenus à

---

se montent porte-éponge, porte-caustique, pinces à artères, trocart à hydrocèle et explorateur, pince à anneau articulée servant de porte-aiguille, de pince à phimosis, d'érigne simple ou double; sur les manches de bistouri s'ajustent facilement quinze ou vingt lames différentes, rasoir, spatule, tenaculum, bistouris courbes, pointus, boutonnés de Flandin, de Cooper, etc. Ajoutez à cela fil, aiguilles, épingles, lancettes, stylets, et vous aurez à peu près tout ce que cet ingénieux fabricant a su placer si facilement dans une trousse très portative.

Ajoutons ici une considération très importante, celle du prix. Les instruments exposés par nos fabricants français sont d'un prix bien inférieur à celui des instruments anglais. Les bistouris et scalpels de MM. Charrière, Lüer, Mathieu, Robert ne coûtent que de 1 franc à 1 fr. 50 c. Ceux de leurs concurrents étrangers sont plus chers, et la différence devient bien plus considérable s'il s'agit d'instruments spéciaux d'une fabrication compliquée et difficile.

La simplification n'a pas seulement porté sur le contenu de la trousse, elle s'est étendue également aux boîtes à amputations, et ici encore la France doit être presque exclusivement citée. MM. Charrière et Mathieu, au moyen des manches démontants, ont diminué considérablement le volume des caisses à amputations; mais la simplification est là moins nécessaire, à notre avis, sauf pour les chirurgiens d'armée, car pour les besoins de la pratique civile il importe assez peu qu'une boîte dont on ne se sert qu'assez rarement soit un peu plus ou un peu moins volumineuse.

Les couteaux n'ont guère subi d'autres modifications; mais nous trouvons dans les vitrines des fabricants anglais, Weiss, Coxeter, Millikin, une excellente scie à arbre, destinée surtout aux résections, celle de M. Butcher (de Dublin). Cette scie a cela de particulier qu'on peut changer facilement la direction de la lame, placer les dents du côté de l'arbre, scier, par conséquent, d'arrière en avant, ce qui n'est pas sans importance dans quelques opérations, la résection du genou, par exemple. M. Mathieu a exposé une scie analogue d'un usage

se faire exempter du service militaire. Ces faits, que tout le monde répète, ne sont cependant pas directement prouvés. Ne pourrait-on, par exemple, essayer chez quelques mulets et dans des localités saines l'effet de l'eau chargée des mêmes sels et dans les mêmes proportions? La prédisposition très grande qu'ont ces animaux à contracter le goitre ne pourrait manquer de donner à des expériences de ce genre un certain intérêt.

En résumé :

Les animaux domestiques sont souvent atteints de goitre dans les localités où cette affection est endémique. Elle s'observe surtout alors chez les chiens et chez les chevaux, mais elle sévit d'une manière spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet, avec une lettre de M. le docteur *Barthélemy Ebenberger* (de Prévola), une caisse contenant un remède contre la fièvre jaune, découvert par ce médecin. (Comm. : M. Melier.)

2° M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome VII, 3e série, du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

3° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Jacquez* (de Lure) et par M. le docteur *Aguilhon* (de Riom). — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département du Puy-de-Dôme. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les états des vaccinations pratiquées au Blanc (Indre), par madame *Gillet* et par mademoiselle *Églantine Fauchaud.* (*Commission de vaccine.*)

4° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Bernard Beck* (de Fribourg), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b.* Une note sur l'ovarite chronique, par M. le docteur *A. Legrand.* — *c.* Un mémoire intitulé : *Considérations sur la vaccine*, par M. le docteur *Chonnaux-Dubisson* (de Villers-Bocage). (*Commission de vaccine.*)

— M. *le président* annonce que MM. les professeurs *Bouisson* (de Montpellier), et *Mirault* (d'Angers), membres associés, assistent à la séance.

M. *Depaul* présente un nouveau *forceps*, imaginé par M. le docteur *Rouch*, et dans lequel un mécanisme particulier, ajouté aux branches, permet de mesurer le rapprochement des cuillers et, par conséquent, d'apprécier le degré de pression subie par la tête de l'enfant. M. Depaul rappelle qu'il existe déjà des instruments analogues, et que le forceps de M. Rouch ne diffère de ceux-ci que par des modifications de peu d'importance dans le mécanisme.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. *Henri Gintrac*, professeur adjoint de clinique interne à l'école de médecine de Bordeaux, lit un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LES DIMENSIONS DE LA POITRINE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA TUBERCULISATION PULMONAIRE. (*Comm.* : MM. Louis Kergaradec et Barthe.) — Voy. aux *Travaux originaux*, p. 614.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports officiels dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

CHIRURGIE. — M. *Bouvier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Trousseau*, lit un *Rapport sur des canules et des dilatateurs pour la trachéotomie*, adressés par MM. *Robert et Collin*, *Mathieu*, *Charrière*, *Luer*, fabricants d'instruments de chirurgie, et par M. *Laborde*, interne des hôpitaux.

M. Bouvier, après avoir signalé l'importance des services rendus par la trachéotomie, rappelle quelques-uns des accidents consécutifs à cette opération, et notamment l'ulcération de la trachée par la pression de la canule sur les parois de ce conduit.

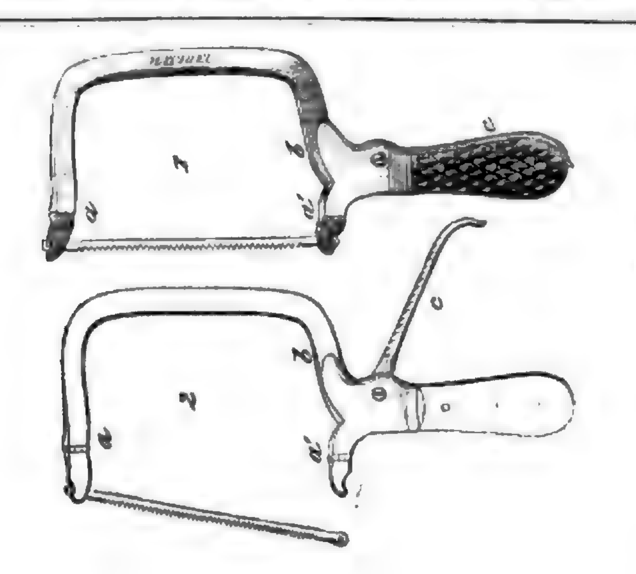
C'est pour prévenir les dangers de ce dernier accident qu'on a apporté différentes modifications à la forme et aux dimensions des canules.

M. le rapporteur, dans un historique succinct, retrace la plupart de ces modifications, et rapporte à deux types principaux les diverses variétés de canules imaginées depuis Fabrice d'Aquapendente jusqu'à nos jours : 1° la canule qu'il appelle *latérale*, faisant simplement communiquer avec l'extérieur un point de la circonférence de la trachée ; 2° celle qu'il nomme *centrale* ou *tubante*, d'un calibre proportionné à celui de la trachée, et remplissant la cavité de ce conduit. C'est dans cette dernière classe que rentrent les canules qui font l'objet du rapport.

M. Bouvier donne une description détaillée de ces instruments, en insistant spécialement sur les particularités qui les caractérisent, et, tout en rendant justice aux efforts de leurs inventeurs, il fait la déclaration suivante :

« Jusqu'à ce que l'on ait découvert le moyen de fabriquer une trachée artificielle double et souple, dont le séjour et le contact avec les tissus ne puissent tendre à les altérer, il faut avouer que nous ne possédons pas d'instrument qui mette complétement à l'abri des ulcérations de la trachée-artère après la trachéotomie pratiquée pour les cas de croup. »

Quant aux dilatateurs, sans s'arrêter sur celui de MM. Trousseau et Guersant, encore en usage à l'hôpital des Enfants, M. Bouvier dit que celui « de M. Garnier, ou de Dufour, ou de MM. Robert et Collin, se manœuvre avec facilité, et mérite la prédilection dont il paraît être l'objet à l'hôpital Sainte-Eugénie... Celui de M. Laborde, qui n'est que le dilatateur de MM. Trousseau et Guersant modifié, a déjà été employé à l'hôpital des Enfants un assez grand nombre de fois ; il a réellement rendu l'introduction de la canule plus facile. »



très facile, et une scie à chaîne portée sur un arbre. MM. Whickes et Blaise en ont présenté une autre, non plus à arbre, mais à lame pleine, et dont la pièce qui renferme le dos peut s'enlever facilement, au lieu de se relever lorsqu'on doit pratiquer des sections profondes.

Les caisses à amputations pour chirurgiens militaires exposées par MM. Savigny, Weiss, Coxeter, Fergusson, Pratt, Dunock, etc., sont bien construites et assez complètes, mais toutes sont dépassées par le grand arsenal de M. Charrière. C'est une boîte du volume d'une très petite malle, et renfermant à peu près tous les instruments généraux ou spéciaux de la chirurgie, sauf le forceps, le céphalotribe, et quelques-uns de ceux employés pour le traitement des maladies des voies urinaires. On comprend que nous ne puissions essayer de décrire, ni même d'énumérer de telles richesses ; mais si nous pouvons féliciter M. Charrière d'avoir accompli un véritable tour de force, nous devons lui déclarer franchement que nous ne croyons son arsenal utile que dans des circonstances très

M. le rapporteur mentionne encore les canules « destinées à des usages spéciaux, » et construites par MM. Mathieu et Luer sur les indications de MM. Trousseau et Demarquay.

La commission propose : « 1° de remercier de leurs diverses communications MM. Robert et Collin, Mathieu, Charrière et Luer; 2° d'adresser aussi des remercîments à M. Laborde, et de l'engager à poursuivre ses recherches sur les moyens de faciliter et de vulgariser de plus en plus la trachéotomie dans le croup. »

— M. *Gosselin* pense que la perfection dernière de la trachéotomie consisterait à se passer de canule. La canule offre des inconvénients et des dangers nombreux, ulcérations, inflammations, abcès, nécrose des cartilages de la trachée, propagation de la diphthérite autour de la plaie et sur les parties irritées par le contact de l'instrument. Si l'on pouvait se passer d'un corps étranger laissé à demeure dans l'incision, il n'est pas douteux que les succès de la trachéotomie seraient plus nombreux qu'ils ne le sont encore depuis les perfectionnements introduits dans la forme de la canule.

M. Gosselin rappelle les tentatives faites par M. Maslieurat-Lagémard, M. Bauchet et M. Garin (de Lyon), pour remplacer la canule par des procédés exempts de dangers. Il ne faudrait pas négliger ces essais; ils méritent d'être tentés de nouveau, d'être expérimentés encore, d'être perfectionnés et vulgarisés, jusqu'à ce qu'on parvienne à la suppression de la canule. Ce sera là un véritable progrès dans l'opération, et M. Bouvier a bien fait d'en signaler l'opportunité.

— M. *Bouley* voudrait pouvoir mettre sous les yeux de l'Académie les lésions déterminées par le séjour à demeure d'une canule, d'un corps étranger quelconque, dans l'incision de la trachéotomie. Si l'Académie le permet, M. Bouley fera sur ce point une communication dans la prochaine séance.

— M. *Larrey* regrette que M. Bouvier, dans l'énumération qu'il a faite des instruments à trachéotomie, n'ait pas cité l'ingénieuse canule imaginée par M. le docteur *Moreau-Boutard*, chirurgien militaire.

— M. *Bouvier* reconnaît la justesse des observations générales présentées par M. Gosselin; mais il est fâcheux que les instruments de MM. Maslieurat-Lagémard, Bauchet et Garin, ne remplissent pas une indication nécessaire, essentielle, celle de maintenir béante l'ouverture artificielle du cou et de la trachée, afin de permettre l'accès de l'air et de prévenir l'asphyxie. Les canules seules satisfont jusqu'à présent à cette indication; aussi doit-on en continuer l'emploi jusqu'à ce qu'elles soient remplacées par un instrument plus parfait qui remplisse les mêmes usages sans offrir les mêmes inconvénients.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur *Auguste Voisin* lit une *observation de perte de la parole à la suite d'une lésion des lobes antérieurs du cerveau*. Il fait suivre cette observation des conclusions suivantes :

« 1° La perte de la parole a été, dans ce cas, liée à la présence d'un kyste sanguin de l'arachnoïde pariétale ayant déterminé une empreinte sur les parties moyenne et antérieure des première et deuxième circonvolutions frontales ;

» 2° La compression de la substance corticale de ces deux circonvolutions me paraît avoir été la cause immédiate du trouble de la faculté du langage articulé.

» D'après ce fait et d'autres que j'ai rappelés, la faculté du langage articulé me semble siéger dans la substance corticale des circonvolutions frontales ou de la partie supérieure des lobes antérieurs. » (*Comm.:* MM. Bernard, Longet et Robin.)

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 27 AOUT, DES 10 ET 24 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE LA PELLAGRE. — PARALYSIE DU SENS D'ACTIVITÉ MUSCULAIRE.

M. *Archambault* lit une observation de pellagre sporadique dont il résume ensuite les caractères principaux, en recherchant si l'on ne pourrait expliquer chacun des symptômes mentionnés par telle ou telle circonstance hygiénique, sans que ceux-ci résultassent d'une cause unique, d'une entité morbide spéciale, la pellagre. Ainsi la diarrhée incoercible trouve sa raison d'être dans la mauvaise hygiène du malade : l'érythème peut être dû seulement à l'insolation, et la coloration bronzée générale est semblable à celle que l'on voit dans un grand nombre de cachexies. Le malade ne se nourrissait pas de maïs, et les symptômes cérébraux faisaient défaut, néanmoins plusieurs observateurs compétents, Gubler et quelques élèves de M. Landouzy, n'ont pas hésité à le considérer comme un cas pellagreux.

M. *Moutard-Martin*, qui a vu le malade, croit qu'il n'y avait pas de pellagre, et que l'érythème tenait seulement à l'insolation; il s'étonne de voir M. Archambault contredire dans ses conclusions la dénomination première de son observation.

M. *Archambault* répond qu'il n'a qualifié cette maladie de pellagre que sur l'autorité des observateurs dont il vient de parler. Plusieurs des cas mentionnés par M. Landouzy ne paraissent pas plus caractérisés que le cas actuel.

M. *Moutard-Martin* n'admet pas ce rapprochement, car dans le cas présent il n'a pas eu absence complète de phénomènes cérébraux; débilitation préalable par des diarrhées répétées, apparition de l'érythème, non pas au printemps, mais

---

exceptionnelles de voyage ou d'expéditions lointaines, car sur les champs de bataille il y aurait un grand inconvénient à voir tous ou presque tous les instruments mis hors d'usage par la perte des quelques manches sur lesquels tout s'applique et se monte.

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur cet examen rapide des instruments d'un usage général, car dans l'étude de ceux qui ont pour but la pratique d'opérations spéciales nous retrouverons avec intérêt les chirurgiens et les fabricants étrangers.

LÉON LE FORT (1).

(1) Notre excellent collaborateur M. Picard, ayant fixé sa demeure loin de Paris, n'a pu continuer ses articles sur l'exposition de Londres, et M. Le Fort a bien voulu le remplacer. A. D.

Un concours pour l'admission aux emplois de pharmacien stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, s'ouvrira : à Strasbourg, le 5 décembre 1862 ; à Montpellier, le 14 du même mois ; à Paris, le 19 du même mois ; à moins que le petit nombre des candidats ne motive leur concentration à Paris.

On s'inscrit aux bureaux des intendances des 1re, 6e et 10e divisions militaires, où l'on trouvera tous les renseignements sur les conditions et les avantages de la position de pharmacien stagiaire.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question suivante (prix Seutin) : « Discuter la valeur des différents modes de réduction de l'étranglement herniaire, et indiquer celui auquel on doit donner la préférence, en apportant des faits à l'appui. Préciser les circonstances pathologiques et anatomiques qui rendent la kélotomie obligatoire, et indiquer le procédé opératoire auquel il convient de recourir pour éviter le plus sûrement les graves accidents qui résultent souvent de cette opération. » M. le docteur Alfred Liégard (de Caen) vient de recevoir, pour son travail sur cette question, une médaille d'or de 200 francs et le titre de membre correspondant de cette savante Société.

Digitized by Google

au mois de juillet, enfin persistance de cet érythème dû à l'état d'ichthyose de la peau : tous ces phénomènes diffèrent de ceux qu'a décrits M. Landouzy.

M. *Boucher* (de la Ville-Jossy) ne se hâterait pas d'affirmer la pellagre, que plusieurs observateurs et M. Landouzy lui-même ont peut-être diagnostiquée trop facilement. Il rappelle qu'en Italie l'aliénation mentale survient à peu près constamment avec les autres symptômes, et que la plupart des pellagreux finissent en définitive dans les asiles d'aliénés.

M. *Empis* prie M. Grisolle de donner quelques détails sur un malade de son service qui présente aussi un érythème des extrémités supérieures.

M. *Grisolle* répond qu'il n'a pu obtenir du malade auquel on fait allusion, que des renseignements très insuffisants sur la date et l'ordre d'apparition des symptômes, et qu'il convient de rester dans la réserve sur le diagnostic.

M. *Wailly* a vu, dans un service d'aliénés auquel il a été attaché pendant plusieurs années, un bon nombre de sujets atteints de désordres intestinaux, et sujets à contracter des érythèmes par l'effet de l'insolation, plusieurs même sont morts avec une diarrhée incoercible, mais M. Wailly ne les a pas pour cela considérés comme des pellagreux.

M. *Henri-Roger* tirerait une conclusion opposée des faits que vient de citer M. Wailly. Si cet observateur n'y a pas reconnu la pellagre, c'est qu'à cette époque cette maladie était encore peu connue en France. La marche lente de cette affection, la manière successive et quelquefois isolée dont apparaissent les symptômes caractéristiques font qu'il est difficile de la diagnostiquer d'emblée. M. Roger a vu dans les hospices de la Lombardie des pellagreux qui n'offraient plus d'autres symptômes que les troubles cérébraux. Il faut donc accepter les faits de M. Landouzy; celui même de M. Archambault, à cause de la gravité de la diarrhée et de la persistance de l'érythème, lui paraît ne pas pouvoir être rejeté sans un examen plus approfondi.

M. *Hérard* annonce qu'il existait récemment dans le service de M. Vidal un cas incontestable de pellagre, démontré par les trois symptômes caractéristiques. M. Hérard incline aussi à croire pellagreux le malade de M. Archambault.

M. *Bucquoy* a vu depuis deux ans plusieurs cas de pellagre dans les hôpitaux, dont un récemment à la Pitié, et deux autres à l'hôpital Saint-Louis, qui ont été reconnus comme tels par M. Cazenave. M. Bucquoy pense qu'à Paris même on pourrait recueillir un aussi grand nombre de faits que M. Landouzy en a réuni pour ses cliniques.

La malade chez laquelle quelques observateurs avaient cru reconnaître la pellagre, ayant succombé, M. Archambault a lu dans la séance du 10 septembre une note où sont consignés les résultats de l'autopsie.

Il n'y avait rien de particulier du côté des centres nerveux ni du côté du cœur; mais on a trouvé des tubercules anciens du poumon, une pleurésie tuberculeuse récente, une néphrite parenchymateuse et de l'irritation catarrhale des glandes de l'intestin.

Ce fait est de ceux qui, de l'avis de M. Archambault, prouvent que beaucoup de prétendues pellagres ne sont autre chose que des cachexies liées à diverses maladies. Ici c'était la cachexie tuberculeuse; dans le cas que M. Grisolle considérait comme douteux, on sait maintenant qu'il ne s'agissait que d'une cachexie cancéreuse. Dans un autre cas, sur lequel M. Vidal promet de nouveaux renseignements, le sang, de couleur groseille, paraissait avoir subi une altération profonde; le foie et le système nerveux avaient aussi leurs lésions. La conclusion à tirer de ces observations est qu'il ne faut pas se presser d'admettre une entité morbide spéciale, là où elle semble exister au premier abord. M. Vidal et M. Boucher (de la Ville-Jossy), pensent comme M. Archambault, qu'une analyse plus complète des divers états pathologiques dont se composent certains cas rapportés à la pellagre, pourra souvent laisser l'idée d'une maladie spécifique.

Dans la séance du 24 septembre, l'attention a été reportée sur la pellagre par la lecture d'un mémoire de M. Gintrac, médecin de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, qui a étudié cette maladie dans le département de la Gironde.

L'étude topographique que l'auteur a faite du département est des plus propres à éclairer l'étiologie de la pellagre. Les seuls pays atteints sont les pays incultes, couverts de landes, d'étangs ou de marais, les pays dont les habitants sont pauvres, mal vêtus, mal logés et mal nourris. Là où le sol est riche, les habitants jouissent du bien-être, et il n'y a pas de pellagre. La vraie cause de cette maladie, c'est la misère, avec tout le cortége de souffrances physiques et morales qu'elle traîne après elle. Le plus souvent acquise et due à de détestables conditions hygiéniques, la pellagre peut aussi, suivant M. Gintrac, être héréditaire. Sur 77 malades qu'il a observés, 12 comptaient des pellagreux dans leurs ascendants. Bien que cette maladie soit rare dans l'enfance, M. Gintrac l'a observée six fois. Quatre fois même les malades étaient tout à fait dans la première enfance, et présentaient la pellagre la plus complète, symptômes cutanés, digestifs et nerveux ; ici la maladie était bien manifestement héréditaire, bien que dans deux cas l'hérédité fût renforcée par l'allaitement, deux des mères étant pellagreuses. M. Gintrac ne regarde pas l'insolation comme indispensable à la production de l'érythème pellagreux, mais il reconnaît combien cette condition peut favoriser le développement de l'érythème. Il a rappelé les expériences qui mettent cette influence hors de doute, et qui consistent à diriger en quelque sorte l'érythème, à le faire paraître ou disparaître selon qu'on expose ou qu'on dérobe certaines parties du corps aux rayons solaires. L'insolation n'est pas indispensable, car en Espagne, où le soleil est ardent, il n'y a pas de pellagreux, tandis qu'il y en a dans l'ouest de la France. On sait aussi que la pellagre et l'érythème qui l'accompagne, plus intenses au printemps, diminuent pendant les fortes chaleurs; que les pellagreux enfin sont nombreux à Milan parmi les cordonniers et les menuisiers. M. Gintrac a vu lui-même la pellagre chez une femme qui travaillait dans une chambre. Néanmoins, l'insolation lui semble jouer un rôle manifeste dans le développement de la lésion cutanée. Les paysans qu'il a observés sont agriculteurs ou bergers, résiniers ou bûcherons. Ceux qui exercent les deux premières professions vivent plus au soleil et sont plus exposés à la pellagre et aux érythèmes pellagreux. Du reste, M. Gintrac est porté à croire que toute espèce d'irritation locale prolongée peut produire les mêmes effets que l'insolation. Il a cité à l'appui de cette opinion, l'exemple d'un forgeron bien évidemment pellagreux, et chez lequel l'érythème ne s'était développé que sur les parties habituellement exposées au rayonnement du feu de la forge.

Les observations de M. Gintrac ne sont pas favorables à la théorie qui rapporte la pellagre à l'usage du maïs. Ses pellagreux ne se nourrissaient pas de maïs. L'auteur n'hésite pas à condamner sur ce point les idées soutenues d'abord par Balardini et par M. Roussel, et qui ont eu pour partisans Vallein, M. Grisolle, M. Bazin, etc. Il n'admet pas davantage avec M. Costallat et avec M. Tardieu, que ce soit une altération spéciale du maïs, le verdet, qui soit l'origine de la maladie; et il rappelle, qu'en Grèce, en Moldavie, en Valachie, aux environs de Naples, et chez nous, en Bourgogne, dans le Périgord, dans les hautes et les basses Pyrénées, les habitants se nourrissent presque tous de maïs et n'ont pas de pellagre. Par opposition il cite de nombreux pays où l'on ne cultive pas de maïs et où sévit la pellagre. Si le maïs est nuisible et s'il est capable de provoquer l'apparition de la pellagre, ce n'est pas comme agent direct et spécifique, c'est comme aliment insuffisant, car le maïs est la moins azotée des céréales. L'alimentation par le maïs s'ajoute donc simplement aux causes débilitantes,

capables de produire la pellagre, et qui se rencontrent et s'additionnent dans les pays misérables.

M. Gintrac a cité une observation qui fait ressortir à merveille le rôle des mauvaises conditions hygiéniques. Un paysan des contrées les plus pauvres, celles qui s'étendent sur la rive gauche de la Garonne, fut pris trois années de suite des symptômes de la pellagre, et guéri chaque fois à Bordeaux par les bains sulfureux, les toniques et une bonne alimentation. La dernière fois il se décida à rester comme infirmier à l'hôpital Saint-André. Il passa sept années dans ces nouvelles conditions sans éprouver le moindre accident. Il voulut après ce long séjour à Bordeaux, retourner dans son pays, et s'y maria. Quelque temps après il était repris de la pellagre et succombait.

M. Gintrac ne peut rien dire de la pellagre chez les aliénés; il ne l'a observée qu'une seule fois dans l'asile des femmes aliénées de Bordeaux, qui contient 400 malades. La conclusion la plus importante de ce travail, c'est qu'en assainissant et en cultivant les parties les plus malheureuses du département de la Gironde, on apporterait la richesse dans le pays et on en bannirait la pellagre.

— M. *Potain* a présenté un malade atteint de cette variété de paralysie musculaire que M. Duchenne a appelée : *perte de la conscience musculaire*. Dans ce cas, la paralysie du sens d'activité musculaire est exactement limitée aux muscles interosseux de la main. Quand le malade a les yeux fermés, il est incapable de faire entrer ces muscles en contraction, ou de cesser la contraction quand elle est commencée. Ainsi, avec les yeux ouverts, cet homme ferme le poing ou ouvre la main à volonté; il écarte aussi ou rapproche les doigts volontairement. Si on lui bouche les yeux, tous les efforts qu'il fait pour fermer le poing n'aboutissent qu'à mettre les doigts en crochet, et les doigts une fois dans cette position il ne pourrait les étendre s'il ne s'aidait de la vue. De même, s'il a les doigts écartés, l'écartement persiste malgré les efforts qu'on fait ou qu'il fait lui-même pour le vaincre tant qu'il a les yeux fermés.

M. *Lallier* a déjà vu ce malade dans un autre hôpital, et se souvient qu'il était alors considéré comme un exemple parfait d'hystérie chez l'homme. Cette qualité d'hystérique est de nature à faire un peu douter de la réalité des phénomènes que présente actuellement ce malade, les hystériques semblant faits pour tromper les médecins.

M. *Potain* fait remarquer que pour tromper il eût fallu que ce malade connût la fonction des muscles interosseux, ce qui ne paraît pas facile; que, du reste, il a essayé plusieurs fois de mettre la ruse de cet homme en défaut, s'il y avait ruse, et qu'il n'a jamais pu réussir.

A cette occasion, M. *Goupil* raconte que l'*observatio princeps* de perte de la *conscience musculaire* a été recueillie par M. Duchenne, à la Pitié, dans le service de M. Briquet, chez une hystérique qui avait admirablement trompé tout le monde, voire même l'Académie de médecine, à laquelle on l'avait présentée. Un matin, sans avoir prévenu personne, cette fille, regardée encore comme malade, exige son exeat, et le soir elle était rencontrée dans un bal public jouissant de la liberté de tous ses mouvements.

M. *Jaccoud* a réclamé pour Ch. Bell la priorité de la découverte de la paralysie du *sens d'activité musculaire*. En France même, M. Landry a décrit cette paralysie avant M. Duchenne (de Boulogne).

Société anatomique.

Deux cas d'aphémie, par M. Broca (extrait du *Compte rendu* des travaux de la Société anatomique pour l'année 1861, par M. le docteur Besnier, secrétaire.

Obs. I. — Un épileptique d'une cinquantaine d'années, qui succomba à Bicêtre le 17 avril 1861, dans les salles de M. Broca, où il avait été amené pour un phlegmon diffus, avait perdu l'usage de la parole depuis vingt et un ans environ. Cet homme avait conservé son intelligence, comprenait toutes les questions qui lui étaient adressées; mais, quelles qu'elles fussent, il y répondait invariablement par les monosyllabes *tan, tan*, qui, à l'exception d'un juron grossier (s.. n.. de.. D..) qu'il prononçait quand il était en colère, composaient tout son vocabulaire; mais il ajoutait à ces monosyllabes des gestes assez variés pour qu'il lui fût possible de traduire presque toutes ses idées. A l'autopsie, on constata une vaste perte de substance creusée en grande partie aux dépens du lobe frontal gauche. Les organes détruits étaient les suivants : « La petite circonvolution marginale inférieure, les petites circonvolutions du lobe de l'insula et la partie subjacente du corps strié, enfin sur le lobe frontal la partie inférieure de la circonvolution transversale, et la moitié postérieure des deux grandes circonvolutions désignées sous les noms de seconde et troisième circonvolution frontale. Des quatre circonvolutions qui forment l'étage supérieur du lobe frontal, une seule, la première et la plus interne, a conservé non son intégrité, car elle est ramollie et atrophiée, mais sa continuité, et si l'on rétablit par la pensée toutes les parties qui ont disparu, on trouve que les trois quarts au moins de la cavité ont été creusés aux dépens du lobe frontal. »

Obs. II. — Un homme de quatre-vingt-quatre ans, apporté comme le précédent dans les salles de M. Broca pour une affection chirurgicale à laquelle il succomba, avait perdu l'usage de la parole depuis dix-huit mois, à la suite d'une attaque apoplectiforme. Il n'avait plus à sa disposition que quelques mots qu'il employait aussi à peu près invariablement, mais qu'il accompagnait d'une mimique expressive qui lui permettait de se faire presque toujours comprendre. A l'autopsie on constata, dans le lobe frontal gauche encore cette fois, une lésion beaucoup moins étendue que la précédente, mais ayant son centre exactement au même point que chez le premier sujet!

J'ai supprimé à dessein, dans ces deux résumés très incomplets, les nombreux et importants détails que l'auteur a pris soin de réunir dans ses observations, pour arriver à mettre plus fortement en saillie ces deux faits capitaux corrélatifs : d'une part, perte de la faculté du langage articulé, aphémie; de l'autre, destruction d'un point donné de la substance de l'un des lobes frontaux. D'où cette conclusion dès l'abord naturelle, que la faculté du langage articulé réside en un point donné des lobes antérieurs du cerveau. Dans son premier travail (p. 330 et suiv.), M. Broca, rappelant d'abord les idées que professe M. Bouillaud sur le siége de la faculté du langage articulé, s'attache, dès le début, à bien préciser les termes de la question. Il établit avec soin qu'il ne s'agit ici, en aucune façon, de la faculté générale du langage, ou faculté par laquelle nous traduisons nos idées dans une forme quelconque, mais de la faculté spéciale d'exprimer ces mêmes idées par la parole proprement dite. Un grand nombre d'états morbides, il faut le dire aussi, peuvent altérer l'expression de cette faculté, alors même que celle-ci persisterait, comme dans le cas de paralysie complète de la langue, par exemple. Mais les choses sont toutes différentes pour les cas qui nous occupent.

L'aphémique conserve son intelligence, et avec elle la faculté générale du langage; il n'a pas perdu la mémoire des mots puisqu'il peut traduire normalement sa pensée sur le papier quand il sait écrire; il n'a aucune paralysie de la langue, ni des lèvres, qui jouissent de l'intégrité des mouvements volontaires; il produit facilement des sons, mais il ne peut articuler ces sons et les transformer en mots, c'est-à-dire qu'il a perdu isolément la faculté du langage articulé.

La description que je viens de tracer n'est, je me hâte de le dire, qu'une description typique, et ne convient absolument qu'au plus petit nombre des cas d'aphémie, et pour nous en tenir aux seuls malades de M. Broca, nous devons rappeler que le premier sujet pouvait prononcer, indépendamment de ses monosyllabes habituels *tan, tan*, un juron composé de quatre mots (s.. n.. d.. D...). Le second avait à sa disposition un vocabulaire de cinq mots, dont trois au moins étaient employés avec leur signification réelle, ce qui, comme on le voit, établit plusieurs degrés que l'on peut classer de la manière suivante : 1° perte absolue de la faculté du langage articulé; 2° conservation de certains mots qui reviennent invaria-

Digitized by Google

blement à chaque excitation cérébrale; 3° état analogue au précédent, et de plus souvenir de deux ou trois mots qui répondent exactement à une idée élaborée par le sujet.

Une question difficile à résoudre se présente ici : « si les adultes qui perdent la parole, dit M. Broca, ont seulement oublié l'art de l'articulation, s'ils sont revenus simplement à la condition où ils étaient avant d'avoir appris à prononcer les mots, il faut ranger la faculté dont la maladie les a privés dans l'ordre des facultés intellectuelles. Cette hypothèse me paraît assez vraisemblable. Il serait possible toutefois qu'il en fût autrement, et que l'aphémie fût le résultat d'une ataxie locomotrice limitée à la partie de l'appareil nerveux central qui préside aux mouvements de l'articulation du son ».

Sans se dissimuler que la première hypothèse lui paraît la plus vraisemblable, M. Broca ne rejette cependant pas, de prime abord, d'une manière absolue, la seconde. Or, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'idée d'ataxie locomotrice n'est peut-être guère applicable ici : les malades jouissent de l'intégrité des mouvements de la langue et des lèvres, et l'objection acceptée par M. Broca : « que ces mouvements, si précis qu'ils nous paraissent, le sont infiniment moins que les mouvements excessivement délicats qu'exige la parole », n'est peut-être pas très réelle, si l'on se rappelle que les paralytiques généraux parviennent encore à bredouiller quelques mots aux périodes les plus avancées de la maladie, quoique la faculté de coordination soit singulièrement pervertie chez eux. Et d'ailleurs, n'y a-t-il pas quelque difficulté à comprendre la perte de cette coordination (qui manquerait seule pour l'exercice de la parole), alors que des malades comme ceux de M. Broca, peuvent prononcer très distinctement et associer quatre mots (ceux du juron affectionné par le premier malade) nécessitant les mouvements complexes nécessaires à la prononciation de dix lettres différentes de l'alphabet ?

La faculté dont nous nous occupons est donc, selon toute vraisemblance, d'ordre intellectuel ; si l'on remarque maintenant que son abolition a pu être constatée dans des cas où la lésion portait exclusivement sur les circonvolutions, il est vraisemblable de supposer, avec M. Broca, qu'elle réside dans la masse circonvolutionnaire, et que, réciproquement, toutes les facultés qui résident dans les circonvolutions cérébrales sont de l'ordre intellectuel. Nous ne pouvons suivre, on le conçoit, l'auteur dans toutes les considérations de physiologie générale qu'il développe avec le talent remarquable que vous lui connaissez; nous devons nous borner à renvoyer aux descriptions anatomiques précises qu'il a consignées dans son travail, et qui serviront à rectifier les idées erronées que conservent encore quelques médecins sur la délimitation des lobes frontaux, sur les rapports qu'ils affectent avec la voûte crânienne, etc. Il importe en effet, si l'on veut, par des recherches ultérieures, arriver à quelque chose d'exact, de préciser non pas seulement la distance à laquelle la lésion a son siége de tel ou tel autre point de l'encéphale, non pas seulement encore les rapports qu'affecte cette lésion avec la voûte crânienne, mais de spécifier quelles sont les circonvolutions atteintes. S'il paraît, en effet, à peu près démontré que la faculté du langage articulé a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau, il n'est plus aussi facile de déterminer si cette faculté réside dans la totalité des lobes ou seulement dans une ou plusieurs circonvolutions de ce lobe.

Dans les réflexions qui suivent la deuxième observation, M. Broca constate l'analogie si remarquable qu'elle présente avec le premier fait, et la considère comme beaucoup plus démonstrative par suite de la parfaite circonscription de la lésion. « Dans le premier cas, dit-il, il pouvait y avoir quelque doute sur le siége primitif de la lésion ; ce n'était que par une analyse raisonnée des désordres anatomiques qu'on était conduit à reconnaître que l'aphémie avait été le résultat du ramollissement des deux circonvolutions frontales externes ; chez le second malade, au contraire, cette détermination est évidente. Il n'y a eu d'autre symptôme que l'aphémie, d'autre lésion que celle des deux circonvolutions susdites, et il est incontestable que chez cet homme la maladie qui a frappé ces deux circonvolutions a été la cause directe de l'aphémie. »

J'aurais voulu, messieurs, pouvoir analyser d'une manière plus complète et surtout plus digne de son auteur cet important travail, non moins remarquable par l'élévation des idées et la profondeur des vues que par le prestige de la forme, mais le temps et l'espace m'ont manqué à la fois, et je réclame toute votre indulgence à cette occasion.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Extension manuelle substituée à la ténotomie pour la cure des contractures musculaires, par M. le professeur LARGHI.

La substitution à la ténotomie de l'extension manuelle, que propose le chirurgien en chef de l'hôpital de Vercelli est fondée sur cette idée, que ce n'est pas sur un point seulement de son trajet qu'il est nécessaire d'obtenir l'allongement d'un tendon rétracté, mais dans toute sa longueur. C'est par l'extension manuelle qu'il espère atteindre ce résultat. Les parties contractées étant atrophiées, ce n'est, dit-il, que l'extension qui leur donnera leur longueur, en leur redonnant le mouvement et l'exercice. L'extension doit durer peu d'instants, être très douce et pratiquée avec une grande lenteur. M. Larghi dit y avoir eu recours avec succès dans le pied bot, dans les contractures de la main sur l'avant-bras. Il est pourtant un cas où il laisse en question si l'extension est préférable à la ténotomie : c'est celui d'une excessive contracture de la main sur l'avant-bras. Mais dans les cas où il y a atrophie de la main, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule et *même de la partie correspondante* du tronc et de la tête, il est inutile de songer à l'extension, et la ténotomie est encore bien plus impuissante. C'est après avoir employé la ténotomie avec plus ou moins d'insuccès que M. Larghi a été amené à recourir à l'extension, et il y a recours dans ces cas de contracture de la jambe sur la cuisse, causée par les fléchisseurs ; dans celle de l'avant-bras sur le bras, de la cuisse au bassin, du bras à l'épaule, et de l'épaule au tronc. Ce n'est que peu à peu qu'il a donné des développements à sa méthode, et il a fini par l'employer même contre les pieds bots. Voici l'observation d'un malade encore en traitement :

Un jeune enfant était atteint d'un pied bot interne du côté droit et d'une contracture de la main gauche si excessive que l'atrophie s'étendait à la main, à l'avant-bras, au bras jusqu'à l'épaule, au tronc, au cou, et que les systèmes musculaires et osseux en étaient affectés. La main gauche est inclinée sur le bord cubital et la paume de la main vers la superficie palmaire de l'avant-bras. Cette main, incapable du moindre mouvement, ne peut soulever aucun poids. Le bras gauche ne peut s'élever. Au bout de quelques manœuvres, l'extension manuelle a obtenu déjà quelque amélioration pour le pied bot, qui cheminait en traînant et tourné en dedans. L'enfant, après quelques séances, marche comme à l'ordinaire. Voici comment M. Larghi a pratiqué l'extension : Le malade est placé sur le ventre et sur la poitrine, le corps en pronation. Faisant fixer la cuisse au-dessous de l'articulation tibio-fémorale, d'une main il saisit l'extrémité inférieure de la jambe, et il l'étend peu à peu. Passant ensuite à la manœuvre du pied, le fixant à la face plantaire contre l'opérateur, le talon en haut, fortement arrêté, il portait en dehors l'extrémité antérieure et interne, et puis il exerçait l'extension sur la surface plantaire elle-même. Dans peu de séances, ce pied bot fut entièrement guéri. — Pour la main, il fit l'extension sur l'avant-bras et la face dorsale tournée en haut. Un infirmier tenait la main, une autre personne s'emparait de l'extrémité

supérieure, la face palmaire tournée vers le sol. Les deux aides faisaient l'un l'extension, l'autre la contre-extension. Les doigts, qui sont toujours contractés, participaient à cette gymnastique. Le chirurgien faisait la compression sur le dos du carpe. Cette manœuvre fut la base du traitement pendant quelque temps, à séances assez rapprochées; puis le malade étant vu rarement, on fit de temps en temps l'extension; le bras, qui d'abord ne pouvait s'élever, est porté maintenant facilement au-dessus de la tête. Le bras et l'épaule ont acquis des mouvements suffisants. Quant à la main, la contracture est moins forte, et, quoiqu'elle soit encore portée en dedans, le malade peut suffisamment l'ouvrir pour saisir et porter un poids léger, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. (*Gazzetta medica italiana*, et *Presse médicale belge*, juillet 1862.)

Atrophie aiguë du foie, par Wilks.

Il s'agit dans ce travail de trois observations qui ont été présentées par l'auteur avec les pièces anatomiques à la Société pathologique de Londres. Si l'on ne persistait pas en France à élever des doutes sur la réalité et l'importance de la lésion décrite par Rokitansky et Frerichs, nous n'aurions pas consigné dans nos colonnes le résumé de ce mémoire, car ces trois nouveaux exemples de l'atrophie aiguë sont calqués sur ceux qu'ont fait connaître Budd, Bamberger, Frerichs et tant d'autres; mais en présence de l'incertitude et de la confusion que nous voyons régner encore parmi nous sur ce point de la science, nous pensons qu'on ne peut accumuler un trop grand nombre de faits; leur similitude même est une garantie de plus. Or, les trois observations de Wilks se rapportent à des femmes âgées de dix-sept ans, de vingt-trois ans et de trente ans. Chez deux d'entre elles des impressions morales pénibles, ont été la seule cause occasionnelle appréciable de l'ictère (cette particularité, pour le dire en passant, rappelle les faits de Budd); chez la troisième il y avait des excès alcooliques bien constatés. Toutes trois étaient ictériques depuis plusieurs jours, et l'ictère ne présentait d'autres phénomènes que ceux de la jaunisse bénigne, lorsqu'ont éclaté les symptômes graves; comme toujours ces symptômes ont été caractérisés par des convulsions, par du délire, puis par du coma; chez toutes la mort a été rapide. Dans les trois cas le foie atrophié présentait à peine quelques cellules intactes; il contenait en quantité considérable de la leucine et de la tyrosine que l'on retrouvait également dans les tubuli des reins. (*Half-Yearly Abstract of Medical Science*, XXXV.)

Nouveau procédé pour constater la présence du plomb dans l'urine, par Reeves.

Le procédé ordinaire, qui consiste, comme on le sait, à concentrer l'urine par évaporation, à ajouter de l'acide acétique et à faire passer à travers le liquide filtré un courant d'hydrogène sulfuré, demande un temps assez long, et ne répond point aux exigences des recherches cliniques. Désireux de suppléer à cette lacune, l'auteur propose le moyen suivant dont il a plusieurs fois constaté l'efficacité. Il fait prendre au malade quatre à cinq grains (24 à 30 centigrammes) d'iodure de potassium trois fois par jour, et il lui remet un morceau de sulfure de potassium contenu dans un linge blanc assez épais. Le malade doit laisser ce petit paquet dans son urine pendant cinq minutes. Or, s'il existe du plomb dans l'économie, l'iodure de potassium se transforme en iodure de plomb qui est éliminé par les reins; au contact du sulfure de potassium, l'iodure de plomb contenu dans l'urine est rapidement décomposé, et il se forme du sulfure de plomb insoluble qui reste dans le linge.

Dans des cas où le liséré gingival est nul ou peu marqué, alors que les symptômes ne sont pas assez accusés pour déceler immédiatement la véritable cause des accidents, ce procédé d'investigation peut être d'un grand secours. Dans les cas de douleurs rhumatoïdes ou névralgiques qui ont résisté à tous les moyens de traitement, la constatation du plomb dans l'urine du malade permettra au médecin d'obtenir la guérison par l'emploi de l'iodure de potassium et de la strychnine. (*Australian Medical Record*, 14 décembre 1861.)

Hypertrophie des parois de l'estomac, par Castelain.

Dans la séance du 12 juin dernier, le docteur Castelain a présenté à la Société centrale de médecine du département du Nord, l'estomac d'une malade morte dans son service à l'hôpital Saint-Sauveur; la lésion constatée à l'autopsie offre par sa rareté même un véritable intérêt. Cette femme, âgée de soixante ans, d'une constitution très délabrée, souffrait depuis des années de douleurs épigastriques à peu près constantes; les digestions étaient lentes, accompagnées de renvois gazeux et d'aigreurs; mais il n'y avait jamais eu de vomissements d'aucune nature; l'appétit était resté naturel, la fièvre était insignifiante. On sentait à l'épigastre un corps dur et volumineux, comparable à une tête d'enfant à terme, et soulevé par des battements réguliers, correspondant aux pulsations des artères. Le diagnostic était par le fait assez obscur; le peu d'intensité des accidents dyspeptiques et l'absence de vomissements ne permettaient guère, malgré la présence de la tumeur, de songer à un cancer; d'autre part, l'absence de souffle et le caractère même des battements éloignaient l'idée d'un anévrysme; enfin l'existence d'une tumeur aussi volumineuse ne se conciliait guère avec l'hypothèse d'une simple gastrite chronique. L'autopsie a montré que l'estomac était bien réellement le siége de cette tumeur; pylore, petite et grande courbure, face antérieure et postérieure, rien n'a été respecté, si ce n'est une faible portion de la région splénique. La cavité du viscère est rétrécie, l'orifice pylorique est libre, la muqueuse n'est affectée d'aucune végétation fongueuse, elle présente seulement une induration et une hypertrophie des plus remarquables; du reste, les autres éléments anatomiques qui entrent dans la texture de l'organe offrent la même altération. Au niveau de la région pylorique les parois présentent une épaisseur de 3 à 6 centimètres. En les incisant on voit distinctement tous les tissus ayant acquis une épaisseur considérable, et l'on peut suivre la membrane muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux, la tunique musculaire et la tunique séreuse extraordinairement hypertrophiées. M. Testelin, qui a examiné la pièce au microscope, n'a constaté aucun des caractères de la dégénérescence cancéreuse. Ce dernier renseignement est d'une grande valeur; en son absence on eût pu douter de la véritable nature de cette lésion, et la rapporter à cette variété de cancer décrite par MM. Andral et Louis sous le nom de *Cancer en nappe*. (*Bulletin médical du nord de la France*, août 1862.)

L'absence de détails suffisants sur les antécédents de la malade ne permet pas de décider si cette hypertrophie générale de l'estomac tenait à un travail phlegmasique à marche lente, mais quoique la question pathogénique reste par cela même indécise, ce fait nous présente l'intérêt qui se rattache toujours à une exception pathologique. En effet, dans les observations assez rares d'ailleurs, d'hypertrophie généralisée des parois de l'estomac, il est toujours facile de saisir une influence mécanique qui rend un compte satisfaisant du travail hypertrophique : ainsi dans les faits de Prus et de Chardel, l'épaississement des parois gastriques a succédé à des vomissements répétés; dans d'autres cas (un peu plus fréquents), l'hypertrophie est la conséquence naturelle d'un rétrécissement du pylore, mais alors l'hypertrophie marche avec la dilatation de l'organe. Ici rien de pareil, l'orifice pylorique était libre, l'auteur a eu soin de le noter, et la malade n'avait jamais eu de vomissements; en fait, je ne vois que l'observation de Otto d'Annaberg (*Hufeland's Journal*, 1833), qui puisse être rapprochée de celle de M. Castelain.

J.

Digitized by Google

Ulcères perforants du duodénum, par HALDANE.

Dans une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, le docteur Haldane a présenté un très bel exemple d'une lésion qui, en raison même de sa rareté, mérite d'être signalée à nos lecteurs. Un homme de cinquante-six ans était entré à l'infirmerie royale d'Édimbourg dans le service de Sander, avec tous les symptômes d'une affection du cœur très avancée ; il mourut au bout de quinze jours. Rien pendant la vie du malade n'avait attiré l'attention du côté de l'estomac ou des intestins.

A l'autopsie on a trouvé une petite quantité d'un liquide sanguinolent sur la tunique séreuse des intestins et sur la face antérieure du foie. Cet organe enlevé, on découvrit sur la paroi antérieure du duodénum, immédiatement au-delà du pylore, une petite perforation circulaire dont les bords étaient recouverts de ce même liquide sanguinolent dont il a été parlé. Il y avait quatre ulcérations dans la première portion du duodénum ; ces ulcérations étaient disposées par paires, deux sur la paroi antérieure, deux sur la paroi postérieure, et directement opposées les unes aux autres ; les deux premières étaient à un pouce du pylore, chacune d'elles avait intéressé toutes les tuniques de l'intestin. Celle de la paroi postérieure était la plus large ; elle présentait le diamètre d'une pièce de trois pences, tandis que l'antérieure n'avait guère que la moitié de cette étendue. Les bords de ces ulcères étaient taillés à pic ; on eût dit des perforations faites à l'emporte-pièce. Les deux autres ulcérations étaient situées un pouce plus bas ; elles avaient déjà compromis l'intégrité de la tunique musculeuse. Il y avait en outre chez cet individu une dilatation considérable du ventricule gauche et de l'orifice tricuspide, un état athéromateux de l'aorte, une hémorrhagie pulmonaire, une congestion du foie et des reins. (*Edimbourg medical journal*, septembre 1862.)

Comme le dit M. Haldane, ces ulcères du duodénum avaient exactement les mêmes caractères que l'ulcère simple ou perforant de l'estomac ; le siége de la lésion et la disposition symétrique des ulcérations méritent assurément d'être notées, mais ce qu'il y a de plus intéressant à notre sens dans cette observation, c'est l'absence complète de manifestations symptomatiques propres à la lésion intestinale ; de tels faits ne sont pas absolument exceptionnels dans l'histoire de l'ulcère gastrique, dont le diagnostic clinique reste entouré des plus sérieuses difficultés.

Au point de vue anatomique, il n'est pas sans intérêt de rapprocher du fait précédent celui qui a été relaté par Kneeland dans l'AMERICAN MEDICAL TIMES ; il s'agissait dans cette observation d'une femme âgée de soixante ans, qui souffrait depuis trois ou quatre ans de gastralgie avec catarrhe gastrique, et vomissements de matières alimentaires et muqueuses qui présentaient parfois l'aspect du marc de café. Après une intermission très notable, les mêmes accidents avaient reparu accompagnés cette fois de diarrhée et de selles sanglantes. L'autopsie a montré chez cette malade un ulcère gastrique guéri par cicatrisation des bords, et adhérence solide du pancréas qui bouchait une ancienne perforation ; en revanche, il y avait dans le duodénum, à un demi-pouce au-dessous du pylore, une vaste ulcération qui avait amené la perforation complète de l'intestin ; sur la limite de l'ulcération étaient les orifices de plusieurs petits vaisseaux remplis de sang coagulé ; c'était, selon toute apparence, l'ulcération de ces vaisseaux qui avait donné l'entérorrhagie des derniers jours. J.

Un cas de rupture du cœur, par EDGAR LOWE.

Les exemples de rupture du cœur sans altération préalable du tissu de l'organe sont assez rares pour que nous croyons devoir relater ici le fait suivant :

OBS. — Richard S..., laboureur, âgé de soixante-cinq ans, est un homme d'une excellente santé habituelle ; il tousse un peu l'hiver ; il a une vie très régulière et très sobre. Le lundi 4 août il s'était mis au lit à neuf heures et demie, aussi bien portant que jamais. Vers quatre heures du matin il se réveilla soudainement, et appela sa femme ; il éprouvait une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, et il demanda qu'on lui fît une tasse de thé ; il ajouta aussitôt qu'une pipe de tabac lui ferait sans doute du bien ; sa femme s'empressa de lui donner sa pipe, et au même moment il plaça ses deux mains sur sa poitrine en disant : Oh ! mon Dieu, j'étouffe. Il était mort.

Edgar Lowe fut commis par le coroner pour pratiquer l'autopsie, qui eut lieu le 9 août, quatre jours après la mort. Le cadavre ne présente aucune trace de violence extérieure, ni de plaies ; les poumons sont sains et sans adhérences pleurales ; le péricarde, distendu, est complétement rempli de sang noir à demi coagulé ; le tissu musculaire du cœur avait cédé en deux points à la base du ventricule droit. L'une de ces déchirures était déchiquetée, et avait environ un quart de pouce de longueur ; l'autre, très voisine de celle-là, était plus petite. Les parois des deux ventricules étaient un peu moins épaisses qu'elles ne le sont d'ordinaire, mais le volume du cœur était normal ; du reste, pas de dégénérescence graisseuse, pas de lésion valvulaire, aucune altération appréciable.

Lowe pense que dans la journée qui a précédé la mort, le patient aura fait quelque effort considérable qui a déterminé la rupture du tissu par contraction exagérée. (*The Lancet*, 6 septembre 1862.)

VI

VARIÉTÉS.

Goitre exophthalmique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Permettez-moi, monsieur, une réflexion à l'occasion de la discussion engagée au sein de l'Académie de médecine sur le goitre exophthalmique. Pour M. Beau, la maladie de Graves ou de Basedow est une cachexie, une *anémie* ou chloro-anémie avec *hypertrophie* curable du cœur (*Gazette hebdomadaire*, *1862*, p. 540). Des lésions *analogues*, *anémie* et *hypertrophie* du cœur, se présentent chez les femmes enceintes.

Voilà qui est très bien. Mais alors comment se fait-il que la grossese guérisse le goitre exophthalmique ?

Agréez, etc. C. MOREL.

— M. le préfet de la Loire-Inférieure vient de prendre l'arrêté suivant :

« Considérant que, dans l'intérêt moral et financier du département, il importe de voir diminuer le nombre des enfants abandonnés ; que, par leurs conseils, les sages-femmes peuvent exercer une puissante influence sur la détermination des mères, au moment d'abandonner ou de conserver leurs enfants ; qu'il est juste et utile de récompenser les sages-femmes qui, par leurs bons avis, engagent les mères à élever leurs enfants nouveau-nés ;

» Sur le rapport de l'inspecteur des établissements de bienfaisance,

» Arrêtons :

» Art. 1er. Une prime de 60 francs sera allouée à la sage-femme qui, dans le cours de l'année, aura présenté le plus grand nombre de demandes en admission au secours départemental accordé aux enfants naturels par notre arrêté ci-dessus visé.

» Art. 2. Une prime de 40 francs sera également allouée à la sage-femme qui, dans les mêmes conditions, approchera le plus du maximum des demandes de secours.

» Art. 3. Ces primes seront délivrées dans la première quinzaine du mois de janvier de chaque année, à partir de 1863.

» Art. 4. L'inspecteur départemental des établissements de bienfaisance est chargé de l'exécution du présent arrêté. »

— L'asile du département de l'Eure, à Évreux, est en voie de construction.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. – 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 3 OCTOBRE 1862. N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Trachéotomie chez le cheval ; lésions produites par la canule. — Document sur l'emphysème congenital, à propos de la docimasie oculaire. — II. **Travaux originaux**. Thérapeutique : Des désinfectants et de leur application en thérapeutique. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Examen des taches de sang — Sur la présence de l'arsenic dans l'acide chlorhydrique dit pur du commerce. — Préparation de l'acide chlorhydrique pur. — Hemorrhagie et gangrène de l'intestin dues à une embolie de l'artère mésentérique supérieure. — V. **Bibliographie**. Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes. — VI. **Variétés**. Responsabilité médicale — Rapport du docteur Partridge sur la blessure de Garibaldi. — VII. **Feuilleton**. Exposition de Londres.

I

Paris, 2 octobre 1862.

Académie de médecine : TRACHÉOTOMIE CHEZ LE CHEVAL ; LÉSIONS PRODUITES PAR LA CANULE. — DOCUMENT SUR L'EMPHYSÈME CONGÉNITAL, A PROPOS DE LA DOCIMASIE OCULAIRE.

M. H. Bouley a fait à l'Académie la communication qu'il avait promise relativement aux effets de la canule trachéale laissée à demeure, après l'opération de la trachéotomie chez le cheval. De ce lucide exposé, rendu plus intéressant encore par une exhibition d'instruments et de pièces anatomiques *ad hoc*, il résulte que le séjour de la canule détermine sur la trachée du cheval des altérations, — telles que déformation du tube, inflammation et ulcération de la muqueuse, — fort analogues à celles qu'on rencontre chez l'homme. Mais M. Bouley a signalé de plus, et c'est le point original de sa communication, une lésion qui n'a jamais été observée, faute peut-être d'y avoir regardé, dans l'espèce humaine. Après un temps variable, mais parfois assez court, comme trois ou quatre semaines, des productions osseuses se développent, aux environs de la canule, à la surface externe des anneaux cartilagineux, où elles forment des bosselures irrégulières soulevant la membrane fibreuse. Nous avons nous-même examiné de près ces formations adventices, et nous nous sommes assuré par des sections en lames qu'elles sont bien véritablement constituées par un tissu osseux aréolaire.

Ces nouveaux renseignements tendent donc à justifier, en les généralisant davantage, les reproches adressés par plusieurs médecins, et plus spécialement par M. H. Roger, à la canule trachéale. Et ce n'est pas, dès lors, sans de bons motifs, que M. Gosselin invitait, dans l'avant-dernière séance, les opérateurs à se préoccuper moins de rendre les canules plus commodes ou plus efficaces, que de trouver le moyen de s'en passer tout à fait. Malheureusement, l'idée nous semble plus facile à concevoir qu'à réaliser, et nous ne pensons pas que les tentatives déjà faites dans cette direction aient beau-

FEUILLETON.

Exposition de Londres.

(Troisième article.)

SOMMAIRE. — Appareils anesthésiques. — Écraseurs. — Aiguilles à sutures. — Ostéotomes et trépans. — Attractif d'Esthmique. — Ophthalmoscopes. — Amygdalotomes. — Trachéotomie, dilatateurs et canules.

D'habiles et ingénieux fabricants mettent entre nos mains tant d'instruments piquants et tranchants, qu'on a peine à s'empêcher de songer, devant un si formidable arsenal, que ces lames si polies, si brillantes, si jolies, feront pousser bien des cris, causeront bien des douleurs, et l'on se prend à laisser dans l'ombre le but si salutaire pour ne voir que la rigueur nécessaire des moyens. Heureusement, le chloroforme vient diminuer ou supprimer des souffrances qu'on aurait dû croire à jamais inévitables; de même son emploi précède aujourd'hui presque toutes les opérations, c'est aussi par l'examen des appareils anesthésiques que nous commencerons la revue de nos richesses instrumentales.

Les vitrines de nos fabricants renferment peu d'appareils destinés à l'administration du chloroforme, et cela se comprend : les chirurgiens français emploient de préférence le moyen plus simple et toujours prêt de la compresse ou du mouchoir; en Angleterre, il n'en est pas de même, et, dans presque tous les hôpitaux, nous avons vu employer des appareils. Le plus usité, celui que l'on trouve, du reste, chez la plupart des exposants anglais, consiste en une boîte assez petite à laquelle s'adapte directement un pavillon qui embrasse le nez et la bouche du patient. Une ouverture permet de graduer d'une manière assez complète la quantité d'air pur que l'on veut mélanger aux vapeurs stupéfiantes. M. Charrière a exposé un inhalateur analogue construit sur les indications de M. l'inspecteur Reynaud.

Avec ces appareils, l'administration du chloroforme est plus

coup fait pour la solution de la difficulté. Un écartement des bords de l'incision par des érignes, au moyen de fils ou de rubans ramenés derrière le cou, ne saurait offrir toute la sécurité désirable. La tension des fils varie avec les mouvements de la tête et du cou; de sorte que tantôt la trachée, trop fortement tiraillée, peut subir de pires violences que par le contact de la canule, et tantôt les lèvres de la plaie peuvent se rapprocher outre mesure. Ajoutez que le gonflement et le dégonflement de la plaie sur laquelle passent nécessairement les fils, en tendant ou relâchant ceux-ci, auront plus d'inconvénient avec des érignes qu'avec la canule longue dont on se sert maintenant. En un mot, c'est là un moyen à ne pas rejeter, qui peut être même formellement indiqué dans certains cas où il y aurait des motifs spéciaux d'épargner à la trachée le séjour d'un tube, mais qui assurément ne saurait passer dans la pratique usuelle et journalière de la trachéotomie. (Voir sur les canules trachéales, p. 636, au *Feuilleton*.)

— Il a été récemment question, dans la discussion sur la *docimasie optique*, de l'emphysème pulmonaire *congénital*. Cet emphysème, dont l'existence a été niée par des auteurs d'un grand mérite, est généralement attribué par ceux qui l'admettent à des écorchures ou des contusions du poumon, survenues dans les manœuvres de l'accouchement, et ayant déterminé des extravasations sanguines, qui ont ensuite donné lieu à un dégagement de gaz, sans aucune influence de putréfaction. Or, il existe dans la science un fait très curieux, très important, tendant à établir que, dans certaines circonstances, l'enfant peut respirer dans le sein de sa mère et offrir à sa naissance tout à la fois les caractères de l'emphysème et ceux de la respiration naturelle. Voici les circonstances principales de ce fait, publié par M. Hecker, in ARCHIV FÜR PATHOL. ANATOM., 1859, t. XVI, p. 535.

Le cadavre encore frais d'un nouveau-né fut ouvert six heures après la naissance; l'enfant était mort-né. Déjà une heure avant la naissance, on avait cessé d'entendre les bruits du cœur. Quand on ouvrit la poitrine, on vit les poumons très gonflés, surtout le gauche, qui couvrait le péricarde, « tout à fait comme lorsque la respiration a été effectuée; les poumons n'étaient pas rouge brun, comme ceux des fœtus; ils étaient couleur claire, d'un rouge gris et spongieux. Les deux poumons nageaient, *ainsi que leurs plus petites parcelles;* ils étaient remplis de sang; des incisions pratiquées dans leur tissu laissaient échapper beaucoup de sang écumeux. Il y avait surtout aux bords un véritable emphysème, comme quand on a insufflé de l'air dans les poumons dans un cas d'asphyxie; on voyait, en effet, de grandes bulles d'air; la trachée-artère était vide, la muqueuse un peu injectée; le cœur contenait beaucoup de sang foncé et coagulé..... L'enfant, à partir du moment de la perte des eaux jusqu'à sa mort, a eu, pendant *dix-sept heures*, le temps de respirer; la sage-femme a fréquemment examiné les diamètres pelviens de la mère, a plusieurs fois même introduit *la moitié de sa main;* ainsi une libre entrée de l'air a été plusieurs fois offerte au contenu de la matrice. »

Casper qui rapporte cette observation dans son TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, t. II, p. 588, Casper qui avait jusqu'ici refusé de se rendre aux observations de Chaussier, Henke, Meyn, Michaelis, Mauch, est forcé d'ajouter : « Ce cas est sans contredit très important; je n'en connais pas dans la science d'aussi net. *Évidemment cet enfant a respiré;* il a fait des inspirations énergiques dans l'utérus; si énergiques, qu'un certain nombre de vésicules pulmonaires se sont déchirées, et qu'il en est résulté un emphysème traumatique analogue à celui qui est produit par une insufflation exagérée. »

Ce fait remarquable nous a paru bon à remettre sous les yeux des médecins experts.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

DES DÉSINFECTANTS ET DE LEUR APPLICATION EN THÉRAPEUTIQUE (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1861 — mention honorable); par le docteur BOINET.

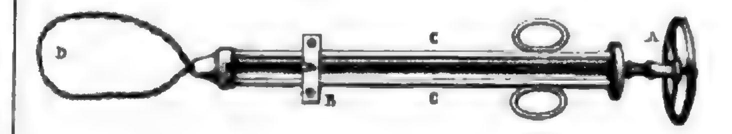
Cette question n'est pas absolument nouvelle, si on la considère au point de vue des effets que l'on se propose d'obtenir par l'emploi des désinfectants, c'est-à-dire la cicatrisation plus prompte des plaies sanieuses, fétides et de mauvaise nature. Déjà l'ancienne Académie de chirurgie en 1747, 1748 et 1755, avait proposé pour prix de déterminer ce que c'est que les remèdes détersifs, dessiccatifs et caustiques, d'expliquer leur manière d'agir et de marquer leurs usages dans les maladies chirurgicales. Il nous sera facile de montrer dans le cours de ce travail qu'il n'y a que les noms de changés, et que la question posée aujourd'hui par l'Académie de médecine sous le titre de désinfectants, a beaucoup d'analogie avec celle proposée par l'ancienne Académie de chirurgie en 1746. En effet, désinfecter, déterger, nettoyer, mondifier une plaie,

---

facile et plus régulière qu'avec le simple mouchoir; cependant ce dernier a l'avantage de ne pas effrayer le malade, qui souvent s'inquiète de se sentir le nez et la bouche saisis dans une espèce d'entonnoir. La compresse a pour elle la simplicité, et cette raison seule motiverait la préférence que nous lui accordons en France; cette raison suffirait aussi, à défaut d'autres, pour nous faire rejeter l'appareil de M. Clover (de Londres).

En approchant de la vitrine de cet exposant, on aperçoit un superbe dessin représentant un *gentleman* portant sur le dos un énorme sac duquel part un tube qui passe sur l'épaule et va, en définitive, aboutir en s'évasant à la bouche et au nez d'un autre gentleman assez tranquillement assis en face du premier. Le sac renferme, dit la notice, un mélange en quantités définies d'air et de chloroforme, et, lorsque ce mélange a été inspiré, une double soupape le force à s'échapper à l'extérieur au moment de l'expiration. Mais là ne s'arrête pas la complication; il s'agit de remplir le sac. Pour cela, un soufflet ressemblant à un gros accordéon, est fixé sur le bord de la table, et, lorsque nous aurons ajouté qu'il faut encore, pour préparer le mélange, une boite métallique, une sorte de seringue graduée, un vase d'eau chaude, le tout pour régler l'évaporation du chloroforme et son mélange avec l'air, nous en aurons dit assez pour faire comprendre le peu de succès que parait devoir obtenir cet appareil.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des instruments tranchants destinés à la dièrèse des parties molles; il nous reste cependant à parler de l'écraseur. Vers 1851, M. Chassaignac, inventeur de la méthode, chercha à faire construire un



Digitized by Google

sont des expressions synonymes, qui rappellent l'emploi des remèdes qui peuvent avoir cette efficacité ; aussi les détersifs et les caustiques peuvent être considérés comme des désinfectants, et ceux-ci comme des détersifs et des dessiccatifs, etc. D'ailleurs, que se propose-t-on par l'emploi des désinfectants dans une plaie fétide, sanieuse, si ce n'est de débarrasser promptement cette plaie des mauvaises odeurs qu'elle exhale, et de la mettre dans des conditions favorables à une cicatrisation qu'on ne pouvait pas obtenir auparavant ; que fait-on avec les détersifs, les caustiques? On modifie la plaie, on la nettoye, on détruit la mauvaise odeur et on la prépare à la cicatrisation. Entre les désinfectants et les détersifs, il y a donc une grande ressemblance au point de vue des effets et du résultat.

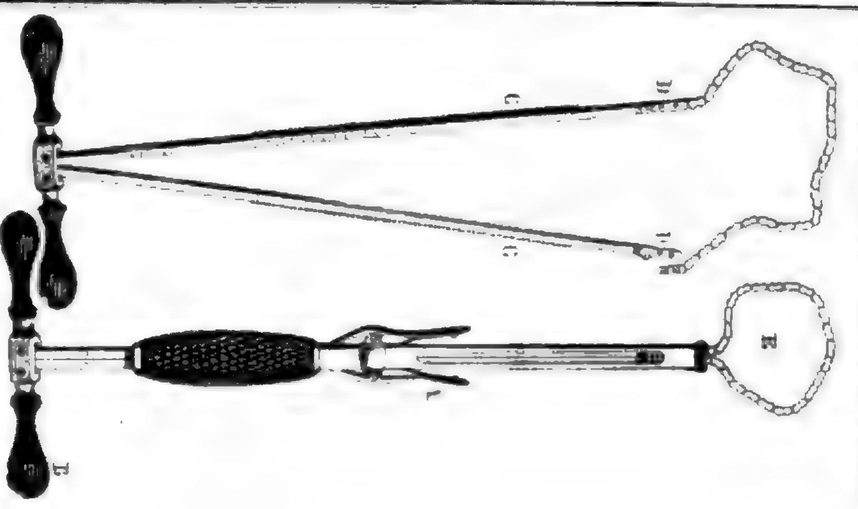
Ceci posé, nous allons examiner ce qu'on doit entendre par désinfectant en thérapeutique, quelles sont les substances qu'on appelle ainsi, quel est le mécanisme de leur action, sous quelle forme elles doivent être mises en usage, quel doit être le choix dans l'application que l'on veut en faire, et à quelle époque on doit y avoir recours ; enfin quelles sont les indications qui doivent déterminer dans l'emploi de ces médicaments, et quels sont les cas où leur application est nuisible ou salutaire. Telle est la marche que nous nous proposons de suivre dans ce travail, mais avant de l'aborder, il nous semble que pour résoudre la question d'une manière convenable et mieux se rendre compte des effets des désinfectants sur le pus et les surfaces qui le fournissent, il est utile de présenter quelques vues générales sur ce qu'on nomme généralement la suppuration, sur la cause et le siége de cet écoulement, sur les caractères différents qu'il peut offrir, sur les conditions particulières que peuvent présenter les foyers purulents. Si dans une plaie suppurante de mauvaise nature l'odeur infecte du pus est seule tout le vice local et la seule cause qui s'oppose à la cicatrisation, il est évident que si l'on peut faire disparaître immédiatement cette mauvaise odeur par un désinfectant *quelconque*, on aura enlevé en même temps l'obstacle qui empêche la plaie de se cicatriser... Mais c'est là précisément qu'est toute la question. La mauvaise odeur d'une plaie ou le pus infect est-il seul la cause qui retarde ou empêche les plaies de guérir, et cette mauvaise odeur ne dépend-elle que du pus, sans participation aucune de la part de la surface sécrétante ; en un mot, est-ce le pus seul, devenu fétide et de mauvaise nature qui s'oppose à la formation des bourgeons charnus et plus tard à la cicatrisation, ou bien la difficulté ou l'empêchement de la cicatrisation vient-il de l'état pathologique particulier dans lequel se trouve la surface sécrétante? Si le pus devenu fétide, sanieux, était le seul obstacle à la régénération des chairs, et ensuite à la guérison, il n'est pas douteux que si l'on pouvait par des lavages, des irrigations continues, enlever le pus dès qu'il est formé dans une plaie, qu'il ait subi ou non les phénomènes de la fermentation, on arriverait facilement à mettre les plaies sanieuses, recouvertes de pus odorant et de mauvaise nature, dans les conditions les meilleures pour obtenir une prompte guérison. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et la pratique de tous les jours nous apprend que, dans certaines plaies, dans certains ulcères sordides, dans la pourriture d'hôpital par exemple, dans l'ozène, etc., les lavages répétés, les irrigations continues n'ont aucune puissance, non-seulement pour faire disparaître la fétidité des sécrétions, mais même qu'ils ne peuvent la prévenir. Il existe donc d'autres causes à l'empêchement de la cicatrisation des plaies que la fétidité ou la fermentation putride des sécrétions purulentes. Il nous paraît résulter de ces premières remarques que le désinfectant qui se bornerait à enlever au pus seulement sa mauvaise odeur, serait tout à fait insuffisant pour hâter la guérison d'une plaie, et que celle-ci, momentanément débarrassée d'un pus de mauvaise nature, ne se trouverait pas par ce seul fait dans des conditions aussi bonnes pour guérir, que la plaie dont le pus est toujours resté de bonne nature, et dont la surface suppurante offre les caractères voulus pour favoriser la cicatrisation. C'est donc de l'état particulier dans lequel doivent être les surfaces sécrétantes des plaies qu'il faut tenir grand compte, et c'est surtout sur les surfaces sécrétantes que doivent agir les médicaments détersifs ou désinfectants.

Hunter a démontré, et cette opinion est généralement admise aujourd'hui, que les qualités du pus dépendent toujours de la nature de la partie qui le sécrète ; quelle que soit la qualité spécifique dont la partie est affectée, le pus fourni par elle en est doué également : ainsi les ulcères vénériens, les ulcères cancéreux sécrètent du pus cancéreux. Enlever ce pus de dessus les parties qui l'ont sécrété, détruire sa fétidité ou sa virulence, serait-ce suffisant pour mettre les ulcères vénériens ou cancéreux dans des conditions meilleures de cicatrisation, et les modifier à ce point de ne plus fournir du pus, soit vénérien, soit cancéreux? Nous ne le pensons pas, et les faits d'ailleurs prouvent le contraire ; il faut donc, pour arriver à un tel résultat, en même temps qu'on détruit la fétidité ou la virulence du pus, modifier, déterger, nettoyer, désinfecter les parties qui le sécrètent, de telle sorte que, cessant de fournir un pus vénérien ou de mauvaise nature, par suite des modifications heureuses qu'elles ont subies sous l'influence des médicaments, elles se trouvent dans des conditions favorables pour se cicatriser. Alors, puisqu'il est établi que les bonnes ou les mauvaises qualités du pus dépendent de l'état particulier des parties qui fournissent le pus, le désinfectant qui n'aurait d'autre puissance que d'enlever au pus sa fétidité, sans agir sur les tissus sécréteurs du pus, n'aurait qu'une utilité très limitée ; il ne procurerait pas le résultat qu'on attend, la prompte cicatrisation de la plaie.

Certains chimistes, nous le savons, contestent ce point de

---

appareil qui pût en remplir les indications. Il s'adressa à M. Mathieu, lequel, modifiant le serre-nœud de Græfe et de Mayor, construisit l'instrument dont nous donnons le dessin plus haut; la section trop rapide ne mettait pas à l'abri de l'hémorrhagie ; après de nombreux essais, M. Mathieu arriva au modèle de la double crémaillère à mouvement alternatif imprimé par un levier que fait mou-



voir la main de l'opérateur. La chaîne se détache facilement à ses deux extrémités et peut être conduite à travers des trajets naturels ou artificiels, à la manière d'un simple fil.

Cet instrument n'agit pas seulement par pression ; le mouvement de va-et-vient imprimé à la chaîne contribue puissamment au tassement, à la mâchure et à la séparation, sans effu-

physiologie pathologique, et prétendent, sans le démontrer bien entendu, que toutes les mauvaises qualités d'un pus quelconque dépendent d'un seul et unique phénomène, qu'ils appellent la *fermentation*. Que le pus provienne d'un chancre syphilitique ou du bubon de la peste, d'une pourriture d'hôpital; qu'il provienne d'un cancer ou d'une inflammation franche, le pus, selon eux, est une seule et même chose; ils vont même plus loin et affirment que le pus, qu'il apparaisse à la surface d'une plaie ou au centre de nos organes, est toujours le résultat de la fermentation; que, par conséquent, l'état particulier des tissus qui le sécrètent n'y est absolument pour rien. Cette manière de voir nous paraît exagérée, et si nous accordons à ces messieurs de pouvoir bien reconnaître les principaux éléments de la composition du pus, soit par le microscope ou la chimie, nous soutenons que parfois le pus renferme certains principes qui échappent à leurs investigations, et si le pus est une seule et même chose, de quelque part qu'il provienne, pourquoi certain pus provenant d'un ulcère vénérien ou d'un bubon produira-t-il, s'il est inoculé, des effets que ne produira pas le pus provenant de toute autre suppuration, de celle qui provient d'une inflammation franche par exemple? On ne peut nier, il est vrai, l'action nuisible de l'air sur les sécrétions et en particulier sur le pus; mais cette action, pour se produire, a besoin de circonstances particulières. Pourquoi la fermentation vient-elle dans certains moments et ne se produit pas dans d'autres? Pourquoi le pus reste-t-il dans certains cas pendant longtemps sans subir la métamorphose de la fermentation, tandis que dans d'autres, quelques précautions qu'on prenne, malgré les soins de propreté les plus grands, les lavages, les irrigations, les pansements fréquents qui empêchent le pus de séjourner, la fermentation a lieu, témoin la pourriture d'hôpital, certains ulcères sanieux? On est donc obligé de reconnaître que l'altération chimique du pus ne peut avoir lieu sans l'existence de certaines causes spéciales. Que conclure de ces faits, sinon que le pus n'est pas toujours une seule et même chose, qu'il n'est pas le résultat de la fermentation, et que les caractères qu'il offre dépendent entièrement de l'état particulier dans lequel se trouve la partie qui le sécrète?

En effet, ce que l'on comprend sous le nom de *suppuration* renferme plusieurs phénomènes bien distincts : d'abord, et au moment où une plaie vient d'être faite, c'est l'écoulement du sang des vaisseaux. Dans cette première période, ils n'ont encore subi aucune modification; plus tard cet écoulement sanguin cesse, et est remplacé par le suintement d'une matière aqueuse, séreuse, qui n'est autre chose que de la lymphe plastique : il n'y a pas encore inflammation, et si, pendant ces deux premières périodes, les bords de la plaie sont rapprochés, il y a réunion sans suppuration. Mais si cette réunion n'est pas faite, la plaie restant *exposée*, suivant l'expression de Hunter, commence une troisième période qui se manifeste par le gonflement des bords et du fond de la plaie, dû à la stase du sang et de la sérosité dans les vaisseaux capillaires, qui se gonflent, se dilatent, et subissent certaines modifications spéciales. A ce moment les vaisseaux ne sont encore que peu modifiés, et ils retiennent encore beaucoup de la forme qu'ils ont revêtue pendant les deux premières périodes, et la sécrétion n'est guère plus que de la lymphe coagulable mêlée d'un peu de sérosité. Si encore à cette période on tentait la réunion, on pourrait peut-être l'obtenir; mais dès lors l'inflammation se déclarant, les vaisseaux sont modifiés à chaque instant par une nouvelle disposition qui amène à la période suppurative... La matière de l'écoulement, sang, sérosité ou lymphe coagulable, subit donc des modifications constantes depuis le moment où elle n'est qu'un simple liquide extravasé jusqu'à celui où elle constitue la substance de la nouvelle formation, qui appartient en propre à la suppuration; elle s'éloigne de plus en plus de la nature du sang, et prend bientôt toutes les qualités du pus louable ou de la bonne suppuration, si la plaie qui est le siége de la suppuration est elle-même dans des conditions favorables. Ainsi, tant que les surfaces sécrétantes ou plutôt les vaisseaux capillaires modifiés par l'inflammation restent dans de bonnes conditions, le pus reste de bonne nature, les parties engorgées par suite de la stagnation du sang dans les vaisseaux capillaires et de l'inflammation de la lymphe plastique se détergent peu à peu, les vaisseaux eux-mêmes se modifient, la sécrétion purulente diminue, et est bientôt remplacée par une sécrétion de nouvelle nature, dont les qualités se rapprochent le plus du sang, la lymphe plastique; enfin commencent les phénomènes de la régénération, de la réunion, la formation des bourgeons charnus.

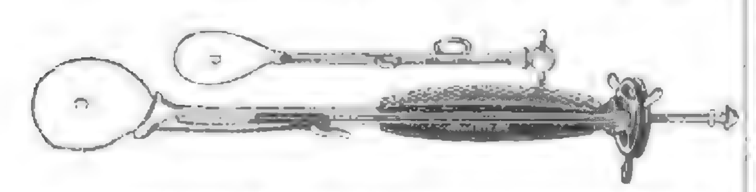
Mais si les surfaces qui sécrètent le pus perdent accidentellement les conditions où elles doivent être pour fournir du pus de bonne nature, si elles deviennent le siége d'une inflammation trop vive, ou que le mode d'action des *vaisseaux sécréteurs* du pus soit modifié d'une manière fâcheuse par une cause ou par une autre, alors la formation du pus est imparfaite, le pus prend de mauvaises qualités, devient sanieux, putride, et il ne se forme point de granulations. C'est quand cette matière altérée est sécrétée que tous les efforts de l'homme de l'art doivent tendre à la faire disparaître. Pour cela, il doit s'efforcer de modifier les vaisseaux sécréteurs jusqu'à ce qu'ils aient atteint les conditions qui les rendent propres à former du pus de bonne nature. C'est dans ce but que les détersifs sont employés; c'est dans le même but qu'on doit faire usage des désinfectants.

Mais ceux qui soutiennent que, dans tous les cas, la métamorphose du pus de bonne nature en pus fétide, sanieux, etc., est due à la fermentation seule produite par la seule influence de l'air sur une plaie, oublient les faits les plus communs:

---

sion de sang, des tissus que l'on veut diviser. Aujourd'hui l'écraseur a fait ses preuves, il est entré de plein pied dans le domaine de la médecine opératoire; M. Mathieu nous en présente des modèles de toute force et de toute grandeur, et ce qui peut faire le mieux l'éloge de son instrument, c'est que nous l'avons trouvé reproduit ou imité par un grand nombre de fabricants anglais.

M. Charrière n'a eu qu'à modifier légèrement son ancien



serre-nœud pour en faire un écraseur; le rapprochement des extrémités du lien constricteur se fait au moyen de la vis, et par conséquent avec une grande puissance; ce lien est aussi une chaîne articulée, mais c'est le plus souvent une corde, un fil métallique ou plusieurs fils tordus ensemble, ce qui assure sa solidité, et permet aussi en cas de rupture de le remplacer facilement. L'écraseur de M. Charrière peut devenir par l'ajustement d'une pièce de rechange un écraseur droit ou courbe. Il a aussi été imité en Angleterre, et nous le retrouvons dans l'exposition de M. Millikin. M. Weiss (de Londres), au lieu de reproduire les instruments de MM. Charrière et Mathieu, a cherché à les modifier. Abandonnant la vis et le patin mobile, il a renfermé dans le manche de l'instrument une vis sans fin, faisant tourner un barillet autour duquel s'enroule le lien constricteur. C'est une complication sans utilité, car elle paraît devoir diminuer plutôt qu'augmenter la puissance de l'instrument.

— Après avoir divisé, il faut réunir et certes ce ne sont pas les aiguilles qui nous manquent. Leur nombre s'est encore augmenté depuis l'introduction dans la pratique chirurgicale

Digitized by Google

mais alors pourquoi, si la fermentation putride dépend du contact de l'air sur une plaie, toute plaie suppurante et exposée à l'air ne devient-elle pas putride? Ne voit-on pas tous les jours de grands foyers suppurants subir le contact de l'air, être pansés soir et matin, cesser de suppurer, et se cicatriser sans avoir offert pendant des semaines, pendant des mois, la moindre trace de putridité? Que devient donc le ferment dans ces cas?

Dans d'autres circonstances, au contraire, les mêmes plaies, des plaies même beaucoup moins larges, moins profondes, deviennent, quoi qu'on fasse, le siége d'une sécrétion purulente, sanieuse, fétide, et cela sans avoir subi le contact de l'air pendant un temps plus long que d'habitude, et tout simplement parce que la surface sécrétante aura été irritée, enflammée, modifiée, non par le pus qu'on a soin d'enlever avant toute fermentation, mais parce que la plaie ou même l'économie tout entière est sous une influence fâcheuse provenant du froid, du chaud, d'un état particulier de la constitution, ou bien d'une cause morale, d'un excès de régime, etc. Dans ces cas particuliers, la plaie perd les conditions qu'elle avait lorsqu'elle sécrétait du pus louable; la proportion des globules du pus dépend, suivant les remarques de Hunter, de l'état de santé des parties qui forment le pus; quand ces globules sont considérables, le pus est plus épais, plus blanc et plus crémeux : on l'appelle un bon pus, ce qui veut dire que les surfaces qui le produisent sont saines, puisque cet aspect du pus est la conséquence directe de certains changements salutaires qui se passent dans les plaies et qui ont pour but d'y faire naître la disposition à une bonne suppuration et au développement des granulations.

D'après ces considérations, il est donc nécessaire, indispensable, lorsque le pus est de mauvaise nature, de porter toute son attention sur l'état des parties suppurantes, de chercher à les modifier, à les changer, tout en combattant, bien entendu, les causes qui ont pu métamorphoser le pus de bonne nature *en pus de mauvaise nature.*

Ces notions étant posées, disons maintenant ce qu'on doit entendre par un désinfectant en thérapeutique. Au point de vue de la désinfection et de la guérison des plaies, un désinfectant doit être un agent doué des propriétés de détruire d'abord sinon instantanément, au moins très promptement, toute mauvaise odeur des plaies, qu'elle soit putride, fétide, gangréneuse ou autrement; ensuite il doit être modificateur des surfaces suppurantes, afin de favoriser la cicatrisation; autrement dit, un bon désinfectant doit enlever, d'une part, tout ce qui est un obstacle au travail de la nature, et lui fournir de l'autre la puissance d'agir avec promptitude et efficacité. En conséquence, le désinfectant qui aura la propriété d'enlever au pus sa mauvaise odeur, en même temps qu'il favorisera et hâtera la formation des bourgeons charnus et mettra les plaies dans les conditions les meilleures, sera le désinfectant par excellence. Examinons donc si les nouveaux désinfectants proposés dans ces derniers temps remplissent toutes les conditions que doit avoir tout bon désinfectant.

La connaissance du temps où l'on doit employer les désinfectants n'est pas assurément moins essentielle que celle de toutes les circonstances qui sollicitent leur usage. C'est lorsque la suppuration est empreinte d'un mauvais caractère, qu'elle est lente et tardive, que les surfaces suppurantes sont blafardes, molles, affaiblies, et qu'elles n'ont pas assez de vitalité pour se débarrasser des parties mortes, qu'on doit faire usage des désinfectants, d'abord dans le but d'enlever au pus sa mauvaise odeur, ensuite d'augmenter l'action des surfaces de la plaie pour faciliter la séparation des corps étrangers putréfiés ou gangrenés dont la chute constitue la détersion de la plaie et favorise la sécrétion du pus de bonne nature. Car si on recourait aux médicaments par le moyen desquels on peut désinfecter, sans connaître les effets qu'ils doivent produire sur les plaies, les changements qu'ils doivent y apporter et les actions diverses qu'ils doivent y faire naître, ce serait se borner à une routine aveugle, et il pourrait arriver que le désinfectant le meilleur et le plus salutaire, administré mal à propos, donnât lieu aux accidents les plus funestes, et si l'on persistait à les employer dès que le fond de la plaie est modifié et en bon état, ils deviendraient nuisibles et préjudiciables.

(*La suite prochainement.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE. — *Quelques nouvelles expériences en faveur de l'hétérogénie*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Voici en quels termes MM. Joly et Musset résument ce travail :

1° En ensemençant des poussières, par le procédé de M. Pasteur, dans une décoction de viande bouillie deux fois et en contact avec de l'air calciné, nous avons obtenu ce que cet habile chimiste obtient lui-même, c'est-à-dire des *Bacteries* et un *mycelium* rameux.

2° Mais, sans rien ensemencer, c'est-à-dire en nous servant de coton-poudre aussi vierge que possible de corpuscules atmosphériques, nous avons vu des *Bacteries* et un *mycelium* apparaître aussi dans le ballon employé pour cette expérience.

3° Enfin le ballon, qui n'avait reçu que de l'air calciné, mis en contact avec la décoction, ne nous a pas moins fourni une nombreuse population de *Bacteries*, résultat en opposition ma-

---

des sutures métalliques, et il est si grand que nous nous bornerons à citer celles qui répondent à des indications spéciales : la staphylorraphie ou l'opération des fistules vésico-vaginales. Dans ces deux opérations, la principale difficulté de la suture est de faire manœuvrer dans un étroit espace des aiguilles qui, pour être saisies solidement, doivent avoir forcément une certaine longueur; M. Mathieu a notablement diminué, sinon fait disparaître cette difficulté. Son ingénieux instrument se compose d'une tige qui se meut dans une canule courbe et qui, à son extrémité, reçoit dans une encoche une petite aiguille mobile. Lorsque les parties sont traversées par la pointe, il suffit de pousser le petit disque C pour la détacher. On n'a plus alors qu'à la saisir avec une pince, à la ramener en avant et à la séparer du fil, qui se trouve ainsi très facilement passé. Nous devons cependant signaler dans ce porte-aiguille un défaut : c'est son volume ; quoique mince, la pointe est notablement plus volumineuse que celle des aiguilles ordinaires, et les ouvertures qu'elle fait sont plus larges qu'il ne faudrait.

L'aiguille canaliculée de M. Simpson, pour l'application des ligatures métalliques, se trouve dans la plupart des expositions. M. Coxeter (de Londres) en expose une disposée comme un

nifeste avec celui de Schwann, ainsi qu'avec ceux de M. Pasteur.

Nous nous croyons donc encore une fois autorisés à conclure que c'est la substance organique employée, et non des germes atmosphériques illusoires, qui donnent naissance aux êtres organisés des infusions. Du reste, des expériences toutes récentes et très précises du professeur Jeffries Wyman l'ont conduit à des résultats pareils aux nôtres, et il affirme, comme nous, qu'il a vu des infusoires se développer dans des solutions de matières organiques bouillies, mises en contact uniquement avec de l'air calciné, ou renfermées avec de l'air ordinaire dans des vases hermétiquement clos et plongés dans l'eau bouillante.

Physiologie. — *Études physiologiques sur l'hétérogénie*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Dans la conviction intime où nous sommes qu'il est temps de transporter la grande question de l'hétérogénie du domaine de la chimie sur celui de la physiologie, nous avons institué une série d'expériences à l'air libre dont les résultats, d'accord avec nos précédentes conclusions, démontrent victorieusement, ce nous semble, l'inanité des théories panspermistes. Voici le résumé des faits que nous avons observés et les conséquences que nous en avons déduites :

1° De même que l'eau provenant de la neige recueillie au moment de la chute des premiers flocons, et pour des raisons identiques (l'absence de germes atmosphériques et le peu de substance organique qu'elle contient), l'eau distillée peut rester longtemps exposée à l'air sans qu'il s'y manifeste la moindre trace d'organisation.

2° L'expérience nous a prouvé que des Infusoires *ciliés* ou *nus* peuvent vivre pendant plusieurs jours dans de l'eau distillée. Donc leurs germes pourraient et devraient également s'y développer s'ils y étaient apportés par l'air atmosphérique.

3° L'eau distillée renfermant du pyroxyle ou de l'amiante chargés des poussières flottant dans l'air reste toujours très peu féconde, quelquefois même entièrement stérile.

4° Au contraire, l'eau distillée où l'on verse une quantité de poussière considérable relativement au volume du liquide employé, devient promptement féconde ; mais, en raison de la petite quantité de substance organique qu'elle renferme, elle ne produit que des *Bactéries* et des *Monades*, c'est-à-dire les plus simples des organismes.

5° Cette même eau distillée, dans laquelle on fait macérer quelques feuilles d'*Asters*, préalablement lavées avec le plus grand soin, et dans de l'eau très pure, se peuple au bout de quelques jours, non-seulement de *Bactéries* et de *Monades*, mais encore d'Infusoires *ciliés* (*Kolpodes*, *Paramécies*, etc.).

6° L'eau distillée qui avait servi au lavage du mercure extrait d'une cuve pneumatique très poudreuse est restée inféconde. Donc, quoi qu'en ait dit un des adversaires déclarés de l'hétérogénie, un seul globule de mercure ne suffit pas pour peupler une infusion quelconque.

7° L'extrême rareté, sinon l'absence complète de germes atmosphériques, nous est encore démontrée par une expérience très simple, qui consiste à observer jour par jour une plaque de verre enduite sur l'une de ses faces d'une légère couche d'huile d'olive.

8° Enfin, en mettant, à l'exemple de M. Pouchet, une même macération de foin haché (filtrée) en grande quantité dans un grand vase A, et en très faible quantité dans un très petit vase B flottant dans le premier, on obtient en A des Infusoires *ciliés*, tandis que B, qui flotte à la surface du liquide où ces derniers ont pris naissance, ne renferme que des *Bactéries* ou des *Monades*. Si les germes d'Infusoires ciliés sont dans l'air, pourquoi, demandons-nous, n'y a-t-il aucun de ces Infusoires dans le petit vase, tandis qu'ils fourmillent dans le grand?

Ces deux notes sont renvoyées à l'examen des commissaires précédemment désignés : MM. Milne Edwards, Regnault, Decaisne, Cl. Bernard.

Physiologie. — *Sur les mouvements pulsatiles et rhythmiques du sinus de la veine cave supérieure chez les mammifères*, par M. *G. Colin*. — On sait aujourd'hui que les veines jouissent d'une contractilité lente et faible due à la présence de fibres musculaires lisses mêlées au tissu conjonctif et au tissu élastique de leur tunique moyenne.

Mais, indépendamment de cette contractilité lente et faible qui appartient à l'ensemble du système veineux, les veines caves, vers leur abouchement dans le cœur, en possèdent une autre qui leur donne des mouvements pulsatiles et rhythmiques semblables à ceux que M. Flourens a reconnus aux principales veines des Batraciens. C'est de celle-ci que M. Colin s'occupe dans la présente note. Ses observations ont porté sur le cheval, l'âne, le bœuf, le chien et le chat. Leurs *résultats* peuvent se formuler dans les propositions suivantes :

Chez les mammifères, les deux veines caves, vers leur abouchement dans les oreillettes, jouissent d'une contractilité très évidente, qui leur imprime des mouvements rhythmiques indépendants de ceux du cœur. A la veine cave supérieure ils sont très étendus et très énergiques, mais à l'inférieure ils sont faibles et très limités.

Les contractions rhythmiques de la veine cave supérieure paraissent avoir pour usage de faciliter et de régulariser l'abord du sang dans le cœur; elles semblent surtout utiles chez les animaux quadrupèdes dans les moments où ils tiennent la tête inclinée vers le sol pour y prendre leur nourriture.

Quant à la veine cave postérieure dépourvue de sinus ou de dilatation terminale, elle n'est contractile que sur une étendue à peine égale au dixième de sa longueur entre le cœur et le

---

tenaculum de trousse sur un manche, qui présente vers le talon une roulette sur laquelle vient s'enrouler une provision de fil. C'est ici le cas de rappeler que le mieux est quelquefois l'ennemi du bien, car cette addition complique sans utilité l'instrument et le rend moins maniable.

— Les cisailles, les pinces coupantes, les gouges de toutes formes, de toute force et de toutes grandeurs, se retrouvent dans toutes les expositions, mais il y a une certaine différence facilement appréciable entre les fabrications anglaise et française. En général, nos instruments sont plus gracieux, plus délicats de forme ; mais nous préférons ceux de nos voisins, plus massifs, mais aussi plus solides, car c'est ici surtout la solidité qui nous importe. Il arrive trop souvent que la flexibilité des branches des cisailles de Liston fait perdre une partie de l'effort, détruit par l'élasticité de tiges trop faibles. Cependant M. Luer a évité en partie ce reproche, et les cisailles qu'il expose méritent une mention spéciale.

Nous laisserons de côté les scies de Heine, de Stromeyer, la scie à molettes de M. Charrière ; tous ces instruments si ingénieux ont un vice radical : on ne peut guère s'en servir faute de point d'appui, et la roue dentée, au lieu de mordre sur place, fait trop souvent l'effet d'une roue véritable qui transforme la scie en machine locomobile. Un exposant a cherché à éviter cet écueil.

M. Nyrop (de Copenhague) est non-seulement coutelier, mais professeur d'instrumentation chirurgicale à l'Université de cette ville ; son exposition est une des plus remarquables. Son nouvel instrument se compose de deux parties réunies en une seule ; une pince tenue de la main gauche saisit fortement l'os qu'il faut sectionner, et une scie qui avance au fur et à mesure des progrès de la section est mue par une manivelle que fait mouvoir la main droite. Cette scie paraît unir la précision à la fixité qui manque dans les autres instruments analogues. M. Nyrop expose également des cisailles qui, au lieu d'être construites sur le modèle des ciseaux ordinaires, se composent de deux tiges glissant l'une sur l'autre à la façon

Digitized by Google

diaphragme; ses mouvements pulsatiles ne sont plus en grande partie que le résultat du reflux du sang lors de la systole des oreillettes. (*Comm.*: MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Longet.)

— M. *Coindo* adresse de Bône deux notes, l'une *sur les parasites épizoïques* de divers Pachydermes et de quelques grands Carnassiers, l'autre qui fait suite à une précédente communication, sur les *Aphidiens* et les *Gallinsectes* de l'Algérie. (*Comm.*: M. Blanchard.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° L'Académie reçoit : *a*. Un rapport sur une épidémie de scarlatine, par M. le docteur *Pons* (de Neyrac). — *b*. La relation des épidémies du canton d'Ambert (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1861, par M. le docteur *Mavel*. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un deuxième mémoire sur le phosphate de fer, par M. le docteur *L. Sandras*. (*Comm* : MM. Trousseau et Devergie.)

2° M. *Mathieu* adresse deux instruments avec une note ainsi conçue :

« Pour répondre au désir exprimé par M. *Gosselin* dans la dernière séance, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie deux instruments destinés à tenir ouverte l'incision pratiquée dans la trachée sans pénétrer dans le tube aérien.

» Le premier instrument est une sorte de triangle à bords arrondis dont l'idée m'a été suggérée par M. le docteur *Aran* quelque temps avant sa mort. Le mécanisme de ce dilatateur consiste en un petit écrou à vis servant à graduer la dilatation.

» L'idée du deuxième m'appartient. Le principe de cet instrument est basé sur celui du spéculum pour l'oreille de M. le docteur Bonnafont. » (*Comm.*: M. Bouvier.)

— M. *le président* annonce la mort de M. le docteur *Jomard*, membre associé.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — M. *Bouley* met sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques destinées à montrer quelques-unes des lésions consécutives à la trachéotomie chez les chevaux.

L'honorable académicien donne d'abord quelques renseignements sur la trachéotomie chez les animaux, sur les indications et les contre-indications de cette opération, et sur les divers procédés opératoires employés par les vétérinaires.

Ces différents modes d'opérer entraînent diverses modifications anatomiques dans la structure, le calibre et la forme de la trachée. Dans les cas les plus simples et quand la trachéotomie n'est pratiquée que dans un but provisoire, les lésions consécutives consistent dans un aplatissement du tube trachéal, dans une déformation de son calibre, dans la substitution d'une cicatrice membraneuse aux anneaux cartilagineux, dans le chevauchement de ces anneaux ou dans un rétrécissement plus ou moins prononcé du canal aérien. Mais les lésions les plus graves, les plus importantes, les plus curieuses sont celles qui succèdent à une opération nécessitée par une maladie chronique des premières voies respiratoires, telles que, par exemple, l'atrophie des muscles laryngés d'un côté. Dans ce cas, ce n'est plus une trachéotomie provisoire, propre simplement à remédier à un accident passager, et promptement curable; c'est une opération qui exige une incision plus large et la nécessité de maintenir la plaie trachéale ouverte, à l'aide d'un tube. Or, le séjour de ces tubes métalliques dans la trachée des chevaux détermine une véritable végétation du tissu trachéal et la transformation définitive de ces fongosités en tissu cartilagineux ou en tissu osseux. Il est rare que cette ossification ne se produise point au bout de cinq à six semaines. Quelque soin que l'on prenne, on ne peut ni prévenir, ni arrêter ce travail pathologique.

Cependant, dans des circonstances rares, exceptionnelles, les bords de l'incision ne végètent pas et se cicatrisent régulièrement, de manière à former une ouverture fistuleuse d'une grande régularité, laquelle pourrait permettre le retrait de la canule; chose surprenante, le système pileux autour de cette ouverture se développe toujours d'une manière exubérante.

Les chevaux sur lesquels on a pratiqué la trachéotomie conservent encore une très grande force, en dépit des considérations inductives qui pourraient faire croire le contraire; car, d'après une observation rapportée par M. le docteur Maquet, on sait que chez l'homme tout effort devient difficile et même impossible après l'opération de la trachéotomie, quand la plaie de l'opération reste béante, et ne permet point l'oblitération momentanée du tube aérien, nécessaire au mécanisme de l'effort. — Il en est autrement chez les chevaux, et M. Bouley a observé plusieurs de ces animaux qui n'avaient rien perdu de leur valeur et pouvaient encore fournir à leurs travaux habituels, nonobstant la persistance de la fistule trachéale, par laquelle la colonne d'air passait librement et perdait le bénéfice du point d'appui qu'elle prend sur la glotte fermée, pendant la production de l'effort.

MÉDECINE. — M. *Desportes* complète la lecture du rapport sur l'angine de poitrine, dont il a lu la première partie dans une précédente séance.

Les conclusions de ce rapport (remercîments à l'auteur et dépôt de son travail aux archives) sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

des instruments lithotriteurs et sont mues par une crémaillère; malheureusement, sans le secours du dessin il est difficile de faire comprendre le mécanisme de ces ingénieux appareils.

— De l'ostéotome au trépan la transition est facile. Les Anglais, grands partisans de la trépanation, se servent de la tréphine, assez mauvais instrument; les chirurgiens français, qui repoussent trop complétement l'emploi du trépan, en ont, au contraire, d'excellents, et cela grâce à l'esprit inventif de MM. Charrière. Leur perforateur mobile rentre facilement

dans l'intérieur de la couronne lorsque la scie a tracé sa voie, l'anneau mobile placé à l'extérieur, comme le représente la figure, limite l'introduction de l'instrument, enfin la couronne est cylindrique et non conique, comme on l'a fait si longtemps en France, comme on le fait encore quelquefois en Angleterre; il suffit de jeter les yeux sur le dessin qui la reproduit pour comprendre comment cette couronne, plus étroite à l'extrémité qui porte les dents, venait en guise de coin se serrer d'elle-même contre le rebord de la section, sans pouvoir pénétrer plus loin. La tréphine usitée en Angleterre n'est que la couronne simplement emmanchée; difficile et lente à manœuvrer, elle nécessite une pression dangereuse, et à la fin de l'opération elle peut, par une sorte d'échappée, être poussée violemment au contact de la dure-mère et du cerveau.

MM. Évans et Stephen ont exposé une tréphine mue par une manivelle latérale; mais aucun instrument ne saurait valoir le trépan à arbre, qui n'est autre que le vilebrequin des menuisiers, et nous ne pouvons comprendre la raison, s'il en est une, autre que l'habitude, qui empêche son introduction dans l'arsenal chirurgical de nos voisins.

— Faute de transition satisfaisante, faute d'un ordre meilleur,

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 16 MAI 1862.

EXEMPLE CURIEUX DE TRANSFORMATION ALTERNATIVE DE LA GRAVELLE. — PRÉSENTATION DE CALCULS.

M. *Leroy* (d'Etiolles) lit l'observation suivante :

OBS. — Un client de l'honorable M. Denis, M. H..., âgé de soixante-dix ans, que j'ai opéré plusieurs fois sous les yeux de son médecin, est *un des plus curieux exemples de transformation alternative de la gravelle.*

Des accès de goutte qui avaient autrefois fait souffrir M. H... diminuèrent d'intensité, et des coliques néphrétiques bien caractérisées les remplacèrent ; il rendit des graviers blanchâtres.

Dans l'année 1856, une retention d'urine presque complète causée par une hypertrophie de la prostate empêchant le malade d'évacuer les graviers descendus du rein, il eut recours pour la première fois à la lithotritie le 6 août 1856. La vessie contenait un assez bon nombre de petits calculs, dont quelques-uns ont été ramenés entiers dans l'instrument creux à cuiller. Ils étaient blancs et aplatis, et quelques-uns assez minces, formés de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie.

Pendant cinq années il s'est formé chez M. X... des graviers qu'il a fallu extraire par la lithotritie. La rapidité de leur formation a nécessité quelquefois de revenir à l'extraction plusieurs mois de suite. Si bien que ce malade a subi cinq opérations en 1856, onze en 1858, quatre en 1859, huit en 1860, et deux en 1861, ce qui donne le nombre de trente opérations en l'espace de six années.

Je présente à la Société l'observation de ce malade, et la collection de graviers entiers ou en débris que nous avons extraite, mon père et moi, dans ces trente opérations. M. H..., en homme méthodique, les a déposés dans des boîtes étiquetées et datées avec soin.

Cette petite collection est un sujet curieux d'étude de la transformation graduelle que peut subir la constitution chimique de la gravelle.

A la quatrième opération, faite en octobre 1856, les graviers extraits étaient jaunâtres, formés en partie par de l'urate de chaux et d'ammoniaque, différant de couleur d'avec ceux qui avaient précédé. Il ne se forma plus de calculs jusqu'en janvier 1858. A cette époque, le phosphate de chaux et de magnésie reparut en abondance, et nécessita dans le courant de cette seule année onze opérations.

Pendant les premières années que dura cet état, la santé du malade s'altéra sensiblement, ses forces s'épuisaient malgré un régime tonique, et l'usage en boisson d'eaux minérales carbonatées calcaires de Pougues et de Chateldon.

A la fin de l'année 1859, M. H... éprouva manifestement du mieux, et sa santé parut se rétablir.

En février 1860, je remarquai après une opération faite par mon père que les concrétions avaient une teinte un peu plus jaune, l'un des graviers était de couleur nankin. Depuis mars 1860 jusqu'en mai 1861 j'ai opéré six fois ce malade, et la gravelle phosphatique a été progressivement remplacée par de l'acide urique en graviers un peu plus petits et plus ronds (comme du chènevis), moins dur et moins abondant. L'urine, qui n'avait pas cessé d'être alcaline pendant plusieurs années, est redevenue acide, et, chose remarquable, il n'y a pas eu, depuis plus d'une année, retour de coliques, ni de calculs ; les choses s'étaient passées ainsi pendant l'année 1857.

Les leçons si intéressantes de M. le professeur Trousseau sur la goutte (*Union médicale*, août 1861), remarquablement rédigées par M. le docteur Dumont-Pallier, son chef de clinique, autorisent à attribuer à une forme obscure de cette maladie cette transformation de la gravelle en urate de chaux carbonate et phosphate de chaux.

C'est un exemple extrêmement rare ; un fait semblable est cité par M. Civiale (*Traité de l'affection calculeuse*, 1838, p. 34) et emprunté à Naumann : « M. Naumann, dit-il, a connu un » goutteux atteint de catarrhe vésical dont l'urine devenait » laiteuse de temps en temps et déposait une grande quantité » de matière mucoso-albumineuse mêlée avec du phosphate » calcaire. Au bout de quelques jours, il se déclarait un état » général d'irritation ; l'urine diminuait de quantité, elle prenait une teinte plus foncée ; la strangurie se déclarait, et le » dépôt phosphatique faisait place à une gravelle d'acide » urique, alternance fort remarquable que Howship a également observée. Cet état de choses durait jusqu'à l'apparition » d'un accès de goutte. »

C'est donc, comme on le voit, un fait tout à fait exceptionnel, et, pour éviter toute critique d'apparence fondée, je m'empresse de commenter mon opinion.

J'ai, il est vrai, observé chez un même malade affecté de la gravelle une succession de substances solides différentes, par exemple un gravier d'acide urique et plus tard un gravier d'oxalate de chaux. Or, il est reconnu que ces deux corps paraissent être sous la dépendance d'une même disposition pathologique ; que les mêmes écarts de régime concourent à la production de ces deux substances ; seulement, l'acide urique se forme de toutes pièces, et l'oxalate de chaux, quoi qu'en aient dit, sans cependant l'affirmer, dans leur savant ouvrage MM. Robin et Verdeil (*Chimie anatomique*, t. II, p. 385), a besoin d'être introduit dans l'économie par certains végétaux alimentaires. Dans le cas présent, au contraire, il s'agit de deux substances que des conditions pathologiques très opposées peuvent seulement produire : le phosphate de chaux *et de magnésie*, indice d'une grande débilité, d'un trouble organique profond, et de l'acide urique qui lui a succédé, et dont la présence révèle une constitution plutôt robuste, un excès de sève.

On pourrait aussi m'opposer en regard de ce fait, que je présente comme extrêmement rare, celui des calculs alternants. Les calculs alternants, composés au centre d'une autre substance qu'à l'extérieur, ne présentent rien d'analogue à l'exemple dont il est question. Ainsi, dans une collection de 237 calculs que je possède, il y en a 16 dont le noyau est différent de la périphérie ; 7, formés d'acide urique au centre entouré d'une couche de phosphate ; 1, formé d'acide urique au centre entouré d'oxalate de chaux ; 4, formés d'oxalate de chaux entouré d'acide urique ; 2, formés d'oxalate de chaux entouré d'urate ; 1, formé de deux noyaux d'acide urique en-

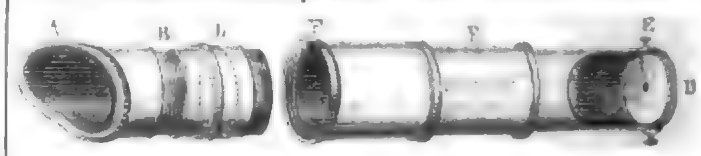
---

adoptant l'ordre anatomique, nous arrivons maintenant aux instruments si nombreux destinés au diagnostic et au traitement des maladies des yeux.

Les ophthalmoscopes ne manquent pas à l'exposition ; quelques nouveaux instruments se sont produits, nous passerons rapidement en revue les plus remarquables.

L'ophthalmoscope binoculaire de M. Giraud-Teulon se trouve, ainsi que celui de M. Follin, dans la vitrine de M. Nachet. Petite vitrine ; remarquables instruments. Celui de M. Giraud-Teulon, basé sur le système de la vision binoculaire, donne la sensation du relief ; il suffit de quelques séances pour en acquérir l'usage, tandis qu'il faut, avec les ophthalmoscopes ordinaires, un assez long apprentissage ; peu volumineux, très portatif, il nous paraît appelé à un grand succès. Celui de M. Follin répond à une autre indication, et comme instrument de démonstration nous n'en connaissons guère de meilleur.

L'ophthalmoscope de M. Galinzowski, dont nous donnons le dessin, est exposé par M. Charrière. Il est construit sur le principe de ceux de MM. Liebreich et Follin ; mais il a pour but de permettre l'examen sans être obligé de recourir à l'emploi d'une chambre hermétiquement close. Une des extrémités



s'appuie sur l'orbite du malade ; le tube forme alors chambre noire, et comme il est composé de plusieurs pièces rentrantes, il se manœuvre comme une lorgnette, et rien n'est plus facile que de mettre au point la lentille biconvexe qu'il renferme.

Cette mise au point de la lentille réfringente, l'immobilité qu'il faut savoir lui conserver est une difficulté des plus grandes pour les commençants. M. Charrière expose un porte-ophthalmoscope construit sur les indications de M. Desmarres fils. M. Mathieu, de son côté, en a fabriqué un autre pour

Digitized by Google

touré d'urates; 4, formé de trois noyaux d'acide urique entouré d'urates, et plus à l'extérieur d'une couche de phosphates. Mais je n'ai jamais vu le calcul alternant composé au centre de phosphate triple ou double et entouré d'acide urique. On en a cependant observé : Brugnatelli (*Litologia humana*, p. 34) donne la description de deux pierres dont le noyau était de phosphate calcaire très blanc, entouré dans l'une par de l'oxalate de chaux brun recouvert par de l'urate d'ammoniaque, et dans l'autre par de l'acide urique. Or, en rapprochant ce qui se passe dans la vessie de ce qui s'est opéré dans les reins de notre malade, l'exemple que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société est remarquable par ce fait, que le phosphate de chaux a formé au début, et pendant des années, la base des concrétions, et que progressivement l'acide urique l'a remplacé.

Le régime, les toniques, le fer, les eaux minérales acides bicarbonatées calcaires, telles que Contrexéville, Pougues; les limonades minérales faibles, ont eu pour effet de modifier la nature des concrétions en rendant au sang les éléments qu'il avait perdus. J'ai noté dans l'observation qu'une grande amélioration dans la santé avait précédé la seconde apparition de l'acide urique.

Pour éviter toute erreur, je répète qu'il ne s'agit pas ici d'une cystite chronique et du dépôt de sels de phosphate triple précipitée par une urine ammoniacale décomposée par la présence du muco-pus.

Il est question de graviers très abondants de phosphate de chaux et de magnésie formée dans le rein chez un goutteux, — fait déjà fort rare. — Leur descente dans la vessie a été accompagnée de coliques néphrétiques caractérisées; deux fois ils ont été remplacés par des graviers d'acide urique moins abondants, et après la formation desquels la gravelle a été suspendue une première fois pendant un an et la seconde fois pendant dix-huit mois.

Je terminerai en disant que la gravelle phosphatique *proprement dite* — formée dans le rein — est plus rare qu'on ne le pense, et, dans un TRAITÉ SUR LA PIERRE que je vais livrer à l'impression, je n'ai pu réunir qu'un très petit nombre d'exemples à l'article *Gravelle phosphatique*.

— A la suite de cette communication, M. Leroy (d'Etiolles) présente aussi à la Société quelques calculs qui méritent d'attirer l'attention :

1° Six calculs de cystine. Cette substance est assez rare pour que les concrétions qui en sont formées se comptent dans la science. La cystine ($C^6H^6O^4S^2Az$) est un principe, chimiquement parlant, assez différent de l'acide urique, classé par MM. Pelouze et Frémy dans les dérivés de l'acide urique ; elle contient plus d'hydrogène, moins d'azote, et de plus deux équivalents de soufre qui donnent sans doute lieu à l'odeur caractéristique alliacée que répand ce corps quand on le brûle. Deux de ces pierres ont été présentées par moi à la Société anatomique en 1855 et 1856, et analysées par le docteur Ch. Dufour, qui a fait à cette occasion un rapport très intéressant sur la cystine.

2° Un calcul d'urate d'ammoniaque, s'étant élevé naturellement en plusieurs petites cupules superposées et représentant quelques-unes des couches successives du calcul.

3° Un gros calcul creusé en géode, à parois minces, dont la face interne est criblée de petites alvéoles; le noyau central de ce calcul a d'abord été occupé par un caillot de sang qui a été résorbé peu à peu, et à la place duquel il est resté un vide.

4° Des débris de calcul ayant pour noyaux des fibres de bois de chêne qui avaient pénétré par le périnée dans une chute faite par le malade sur un échaffaudage. On arracha sur le moment un fragment de poutre qui était dans la plaie extérieure, dont la guérison fut rapide. Peu de mois après, une cystite et des signes de pierre ont nécessité l'emploi de la lithotritie, qui eut un plein succès, malgré la difficulté que présentait l'extraction des fibres de bois de chêne, très résistantes.

5° Un calcul de phosphate triple, aplati, lisse d'un côté, spongieux de l'autre. La surface poreuse est séparée de la surface lisse par un bourrelet que forme la substance calcaire, dont le dépôt a continué à se faire de ce côté.

6° Un calcul prostatique ayant la forme d'une cornemuse; il est du volume d'une très grosse noisette, ce qui est exceptionnel pour un calcul de cette région.

Après l'exhibition de ces calculs, curieux à plus d'un titre, M. Leroy (d'Etiolles) annonce à la Société qu'il l'a tiendra au courant des faits remarquables qu'il rencontrera dans sa pratique des maladies des voies urinaires.

ORDRE DU JOUR DU 3 OCTOBRE 1862.

Communication du secrétaire général.

M. le docteur *Commenge*. Observation d'un accouchement laborieux suivi de succès.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 10 ET DU 17 SEPTEMBRE 1862.

TUMEURS KÉLOÏDES. — POLYPE DU LARYNX. — APPAREILS PROTHÉTIQUES DE M. STALH. — RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — TUMEUR HÉMATIQUE.

M. *Larrey* a présenté le moule en plâtre d'une tumeur kéloïde de la grosseur du poing qui lui a été envoyée par M. Thomas Longmore (de Chatham). Cette tumeur siégeait à l'épaule gauche et était survenue chez un soldat anglais qui avait subi

M. Gillet de Grandmont (Anatole), dont on comprendra facilement le mécanisme : il a la forme d'une monture de lunette dont la partie moyenne présenterait une tige destinée à porter la lentille; celle-ci peut être changée, éloignée, rapprochée, inclinée vers l'un ou l'autre œil; une fois la distance focale trouvée, la lentille se trouve fixée d'une manière stable, tout en suivant la tête du patient suivant les inclinaisons que veut lui donner le chirurgien.

Devons-nous maintenant examiner en détail les centaines de petits couteaux, de crochets, d'aiguilles destinées aux opérations qu'on pratique sur les yeux? Leur nomenclature seule tiendrait toute la place qui nous reste, et il nous suffira de dire que la palme revient incontestablement à notre compatriote Luër, qui soigne en véritable artiste ces instruments si délicats. L'application des douches oculaires a produit deux irrigateurs de la conjonctive, celui de M. Margoullies, fabriqué par M. Charrière, et celui de MM. Savory et Moore, de Londres.

— Les instruments destinés à l'extraction des dents, clés, da-

Digitized by Google

des coups de fouet pour une peine disciplinaire. La peau avait été excoriée par les coups, et la kéloïde s'était formée sur le tissu cicatriciel.

M. *Trélat* cite comme un exemple de la curieuse disposition qu'ont certaines gens au développement des tumeurs kéloïdes un malade du service de M. Richet, qui porte une kéloïde opérée plusieurs fois et récidivée, et qui, toutes les fois qu'il s'excorie la peau, voit se produire de petites kéloïdes sur les égratignures.

M. *Blot* observe en ce moment à la Clinique quelques femmes qui portent des kéloïdes sur les cicatrices résultant d'emplâtres stibiés ou de ventouses scarifiées. Aussi voudrait-il qu'on n'employât ces agents thérapeutiques que quand ils sont absolument indispensables.

M. *Chassaignac* a vu aussi une femme qui avait le corps couvert de kéloïdes survenues sur des cicatrices de ventouses scarifiées avec le bistouri; mais il ajoute, et MM. Larrey et Velpeau disent avec lui, qu'il serait fâcheux qu'on se privât de moyens précieux en présence d'une éventualité si problématique. Larrey père, qui employait si fréquemment les ventouses scarifiées, n'a jamais observé la moindre altération des cicatrices, et M. Velpeau, qui a souvent recours aux ventouses scarifiées avec le bistouri, n'a jamais vu de kéloïdes qui en fussent la suite.

— M. *Fauvel* a fait voir un malade atteint d'un polype du larynx.

Ce malade est atteint depuis 1854 d'une raucité de la voix, d'un enrouement qui dégénère souvent vers le soir en une aphonie complète. La voix a commencé à perdre son timbre à la suite d'un refroidissement. En 1856, la maladie s'était aggravée au point que cet homme, en proie à des oppressions subites, tombait parfois dans la rue comme un homme ivre. Peu à peu ces accidents se calmèrent, et aujourd'hui la respiration est à peu près libre. De fréquents besoins de tousser et la raucité de la voix, qui s'éteint parfois complétement, sont ce qui gêne le plus ce malade.

Si on examine le larynx avec le laryngoscope, on trouve à la partie gauche et antérieure de la glotte, au-dessus de la corde vocale gauche inférieure et retombant sur elle, un polype gros comme un pois, qui paraît s'insérer à la base de l'épiglotte, presque à sa partie médiane. Ce polype ressemble, par ses caractères extérieurs, aux polypes charnus des fosses nasales. On constate aisément les déplacements que subit cette petite tumeur dans les deux temps de la respiration.

M. Fauvel atteint très bien le polype avec une pince recourbée qu'il a fait fabriquer exprès, et il se propose d'enlever la tumeur par la bouche, par la voie naturelle, et non par la voie artificielle, par la laryngotomie, si heureusement appliquée par M. Ehrmann (de Strasbourg), en 1844, sur un jeune homme atteint d'un polype du larynx. L'ablation d'un polype du larynx par la bouche n'a pas encore été faite en France. Elle ne l'a été qu'une fois à l'étranger par M. Victor de Bruns, professeur à Tubingue, sur son frère, Théodore de Bruns, conservateur de la bibliothèque royale de Berlin. L'opération fut très laborieuse et dut être pratiquée en plusieurs séances, mais elle réussit complétement.

Les difficultés rencontrées par M. Bruns ont été si grandes et il lui a fallu une instrumentation si complexe que M. Verneuil, en présence de l'instrument si simple de M. Fauvel, ne peut s'empêcher de douter qu'il soit suffisant; il désirerait que des essais fussent faits sur le cadavre.

M. Fauvel fera ces essais, mais d'avance il ne doute pas qu'il puisse avec sa pince saisir et arracher le polype, d'autant plus que, chez son malade, la glotte, fort docile, supporte très bien le contact des instruments.

— M. *Richet* a communiqué, au nom de M. Lagarde, une observation de résection de la mâchoire inférieure, et la pièce anatomique enlevée pendant l'opération. Cette pièce montre une tumeur de nature fibreuse avec quelques éléments fibro-plastiques, ce qui inspire quelques craintes à M. Richet pour la récidive, bien que M. Lagarde ait fait une opération aussi radicale que possible, et n'ait eu à enlever aucun ganglion engorgé au pourtour de la mâchoire.

— On se rappelle peut-être que M. Giraldès a montré autrefois à la Société une application heureuse faite par M. Stalh, mouleur au Jardin des plantes, du moulage pour certaines difformités du pied, telles que pieds bots et rétractions cicatricielles inopérables. M. Giraldès a fait part cette fois de quelques modifications heureuses apportées par M. Stalh aux appareils prothétiques.

Les cônes creux, en bois, en métal ou en cuir, des *appareils* prothétiques ne s'appliquent jamais sur le moignon d'une manière rigoureuse et en quelque sorte mathématique, d'où des pressions douloureuses et des blessures. Pour obtenir une pression douce et uniformément distribuée à toute la surface sur laquelle elle s'exerce, M. Stalh moule le moignon, et fait ensuite un moule de caoutchouc fondu qui s'adapte parfaitement à la périphérie du moignon. Cette sorte de manchon en caoutchouc fondu sert de modèle pour confectionner ensuite le manchon ou cône ordinaire qui sera porté par l'amputé.

— M. *Richet* a présenté à la Société le jeune homme chez lequel il a pratiqué la résection de la mâchoire dont il a été question il y a quelque temps. A l'extérieur il n'y a pas de difformité bien apparente; mais à l'intérieur, comme le côté gauche de la mâchoire s'est rapproché de la ligne médiane, les

---

viers, ne méritent pas de mention spéciale; nous excepterons cependant l'attractif de d'Estanque, exposé par MM. Charrière et Mathieu, et le *claviforceps* de M. Nyrop (de Copenhague).

— L'amygdalotome, inventé en Amérique par Fahnestock, de New-York, est presque devenu une invention française par les modifications que lui ont fait subir MM. Chassaignac, Maisonneuve, Velpeau, etc. Deux surtout, se manœuvrant d'une seule main, se partagent les suffrages : celui de M. Charrière et celui de M. Mathieu. Le rapprochement des doigts suffit, dans tous les deux, pour dégager et faire glisser l'un sur l'autre les lunettes faisant office de ciseaux; dans celui de M. Charrière la tige érigne doit être mise en mouvement par l'action isolée du pouce, ce qui constitue un léger inconvénient qui n'existe pas dans celui de M. Mathieu, tellement facile et commode qu'il ne nous paraît guère susceptible d'aucune amélioration; cependant l'amygdalotome de M. Charrière a, en revanche, l'avantage de pouvoir, par l'ajustement de lunettes de rechange, servir pour l'enfant ou l'adulte.

— La trachéotomie fournit aussi à l'*armentarium* chirurgical un grand nombre d'instruments.

Digitized by Google

dents du maxillaire supérieur de ce côté ne correspondent plus à celles du maxillaire inférieur. La plaie des téguments est aujourd'hui bien cicatrisée ; il reste entre les deux fragments de la mâchoire inférieure un espace d'environ 2 ou 3 centimètres.

M. Richet pense qu'un appareil prothétique serait nécessaire pour faciliter la mastication. L'appareil le meilleur à appliquer en pareil cas est celui que M. Bauchet a vu exécuter par M. Preterre, et qui consiste dans une arcade dentaire artificielle enveloppant l'arcade naturelle et lui empruntant son point d'appui.

M. Dolbeau voudrait qu'on essayât de s'opposer à la déviation des fragments à l'aide d'un appareil mis aussitôt après l'opération. Il a lutté une fois contre cette rétraction en agissant à une grande distance de la plaie, et sans rien interposer entre les fragments reséqués, et il a obtenu un bon résultat.

M. Richet a voulu employer une fois un appareil immédiat qui n'a pu être supporté. Il est convaincu du reste que le tissu inodulaire en se rétractant finit toujours par triompher de tous les appareils.

M. Trélat partage la même conviction. Aussi croit-il devoir insister sur le conseil de respecter dans les résections, toutes les fois qu'on le pourra, une bande d'os, quelque petite que soit sa hauteur ou son épaisseur. On aura ainsi une sorte d'attelle qui, mieux que toute autre chose, conservera au maxillaire sa longueur primitive, condition indispensable d'une mastication régulière.

— M. *Richet* a demandé l'avis de ses collègues sur la nature bénigne ou maligne d'une tumeur qu'il avait enlevée récemment. Cette tumeur s'était développée chez une dame âgée de soixante-six ans, à la suite d'une contusion sans plaie produite par la chute d'une tuile sur l'épaule. Elle avait l'apparence d'un kyste ou d'un lipome. Elle était enkystée au milieu des fibres du deltoïde, et on la trouva formée à l'intérieur, d'une substance ressemblant à de la gelée ou à une solution de gomme très concentrée. La tumeur se divisait en lobules plus ou moins foncés, et contenant tous la même matière, qui ne s'écoulait pas à la coupe, et était parcourue par des vaisseaux très nombreux.

M. Bauchet et M. Trélat croient à une tumeur hématique et bénigne. M. Houël l'appelle une tumeur colloïde, mais partage sur sa bénignité l'opinion de ses collègues.

D[r] P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Examen des taches de sang, par Landerer.

Nous avons donné il y a quelque temps (15 août 1862) une analyse d'un intéressant travail d'Erdmann, sur les caractères des taches de sang ; nous trouvons aujourd'hui dans le dernier cahier des Archives belges de médecine militaire, un mémoire du professeur Landerer sur ce sujet ; nous extrayons de ce mémoire (traduit par M. Acar) les détails qui suivent :

La première chose à pratiquer dans des opérations semblables (médico-légales), consiste à laver les taches avec beaucoup de soin à l'aide de l'eau distillée, à chercher ensuite dans la solution les éléments constitutifs du sang que l'eau a pu lui enlever, telles que la fibrine, l'albumine, la matière colorante et les composés naturels ferrugineux.

Les taches de sang déposées sur des objets de fer ou des tissus, peuvent être confondues avec des taches de rouille, que l'on reconnait par un examen attentif, ces dernières étant de couleur plus claire ; celles dues au sang sont plus brillantes. Cette différence est plus visible en les regardant à la flamme d'une bougie ou à celle du gaz ; les taches de rouille de fer sont sans aucun éclat.

Si les taches se trouvent sur des objets métalliques, tels que couteaux, épées, armes à feu, etc., en chauffant, on observe que celles dues à la rouille persistent, tandis que celles dues au sang se détruisent ; ces dernières, soumises à la chaleur, se liquéfient et se détachent en écailles brillantes d'un rouge brun.

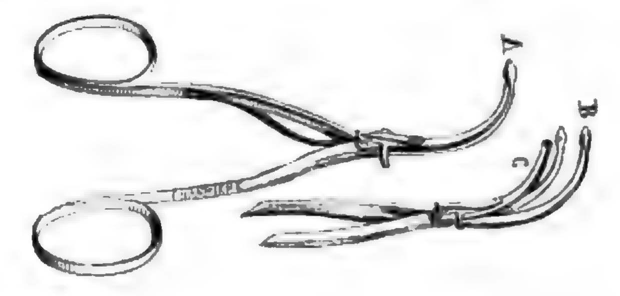
Les taches dues à l'oxyde de fer, traitées par l'acide chlorhydrique, s'y dissolvent, l'oxyde de fer étant transformé en chlorure de fer très soluble ; dans cette solution étendue d'eau distillée, il est facile de constater la présence du fer. Cela n'a pas lieu avec le sang, parce que l'acide chlorhydrique ne le dissout pas. Les taches provenant de matières organiques de couleur rouge, se dissolvent aussi dans l'eau, à laquelle elles communiquent une teinte rosée qui devient plus foncée sous l'influence des acides et verte sous celle des alcalis. Ce caractère, d'après l'auteur, est plus que suffisant pour reconnaître les taches dues à toutes les matières végétales colorées, comme par exemple celles des pavots rouges, des mûres, des cerises, etc. Les taches de sang, en effet, donnent à l'eau une teinte qui résiste à l'action des réactifs susdits, et qui altère la couleur des substances végétales.

Lorsque les taches à examiner peuvent être enlevées de l'objet sur lequel elles se trouvent, on introduit alors la matière enlevée dans un petit tube de verre à expérience ; il se développe de l'*ammoniaque empyreumatique*, si les taches contiennent des substances animales, telles que l'albumine, la

---

Depuis plusieurs années la canule double a subi bien des modifications, la plupart sans importance, et répondant à ce besoin d'invention qui tourmente tant de médecins ; presque toutes cependant ont conservé l'inconvénient d'être longues, de venir heurter les parois de la trachée, et de déterminer parfois des ulcérations. Nos fabricants ont exposé des canules terminées par une extrémité articulée qui obéit librement aux changements de forme de la trachée, et d'autres où le tube est mobile sur la plaque au lieu d'y être soudé. MM. Whicker et Blaise en ont construit une autre plus courte que celles dont nous nous servons, et qui nous a paru pouvoir être utilement employée. Le tube est formé de deux valves qui peuvent s'écarter lorsque l'instrument est en place, donnant ainsi au passage de l'air la plus large voie possible ; sans doute ces valves pressent sur la muqueuse trachéale, mais c'est alors par une large surface, et les ulcérations doivent se produire moins facilement que lorsque la pression est exercée par un rebord plus ou moins tranchant.

Parmi les pinces dilatatrices, nous citerons surtout celle de M. Laborde, exposée par M. Charrière : un dessin mieux qu'une description fera comprendre son mécanisme. Ces divers instru-



ments ne sont destinés qu'à faciliter un temps particulier de l'opération, mais il en est d'autres qui répondent à la fois à plusieurs indications ; nous mentionnerons le tenaculum fixa-

Digitized by Google

fibrine provenant du sang ; le dégagement ammoniacal est décelé soit par une odeur caractéristique, soit par la teinte bleue que prennent des bandelettes de papier de tournesol rougi, suspendues à l'orifice du tube ; on peut enfin approcher de ce dernier une baguette de verre mouillée d'acide chlorhydrique, il se formera des vapeurs blanches.

Lorsque, au contraire, les taches proviennent de matières colorantes végétales, il n'y a pas de dégagement d'ammoniaque, mais bien des vapeurs acides, d'acide acétique particulièrement, qui fait passer au rouge la teinte bleue du tournesol.

En plongeant dans l'eau l'objet taché, ou au moins une partie sur laquelle se trouve la tache, et en l'y laissant pendant quelque temps, ce liquide en enlevant les matières du sang qui y sont solubles, se colore en rouge plus ou moins foncé, en laissant la fibrine décolorée adhérente au tissu ; on peut à l'aide du microscope en observer directement les fibrilles.

Pour plus de sûreté, on soumet encore le liquide à l'examen suivant : on y verse du chlore liquide; sous l'influence de l'action de ce réactif, la couleur rouge due au sang prend d'abord une teinte légèrement verdâtre qui disparait promptement ; en faisant un essai comparatif avec les liquides colorés en rouge par les substances végétales, il n'est pas difficile de voir la différence que présente la manière d'agir du chlore dans la décoloration de ces dernières. Lorsqu'on ajoute au liquide de l'ammoniaque, la couleur persiste si elle provient du sang, elle devient verte si elle est due aux matières colorantes végétales.

La teinture de noix de galle et le tannin produisent dans l'eau colorée par le sang un précipité dû aux matières albumineuses.

En évaporant la solution et incinérant le résidu de l'évaporation, on peut découvrir dans celui-ci la présence du fer par les moyens ordinaires, et particulièrement par le sulfocyanure de potassium qui est un des meilleurs réactifs.

Si l'on fait enfin macérer le drap ou les habits sur lesquels se trouvent les taches de sang dans de l'acide sulfurique étendu d'alcool, les taches de sang y sont entièrement dissoutes et dans les produits de l'évaporation de cette solution, on peut de nouveau découvrir le fer. (*Archives belges de médecine militaire*, septembre 1862.)

Sur la présence de l'arsenic dans l'acide chlorhydrique dit pur du commerce. — Préparation de l'acide chlorhydrique pur, par M. Glénard.

L'acide chlorhydrique dit *pur*, vendu par les fabricants de produits chimiques, est arsénifère, et souvent autant que les acides bruts. A deux reprises, et à un an de distance, M. Glénard a examiné un assez grand nombre d'échantillons d'acide chlorhydrique considéré comme pur, et il a constaté la présence de l'arsenic. Dans deux échantillons examinés tout récemment, il a trouvé 2gr,50 d'acide arsénieux par kilogramme.

Suivant M. Glénard, la présence de l'arsenic dans l'acide chlorhydrique peut avoir des conséquences fâcheuses au point de vue de la préparation de certains produits pharmaceutiques. Il importe donc de signaler ce fait aux pharmaciens pour qu'ils n'acceptent et n'emploient l'acide chlorhydrique qu'après l'avoir soigneusement examiné. Cet examen, du reste, ne présente aucune difficulté. Il suffit, en effet, de mêler l'acide à essayer avec son volume d'une dissolution d'acide sulfhydrique, ou d'y faire passer pendant quelques minutes un courant de ce gaz, ou bien encore d'y projeter quelques parcelles de sulfure de fer artificiel. Dans ces trois circonstances, si l'acide contenait de l'arsenic, il ne tarderait pas à s'y faire un trouble dû à la séparation du sulfure jaune d'arsenic.

Quel est le moyen d'obtenir l'acide chlorhydrique pur? M. Glénard propose : 1° la préparation directe de cet acide ; 2° la purification de l'acide du commerce.

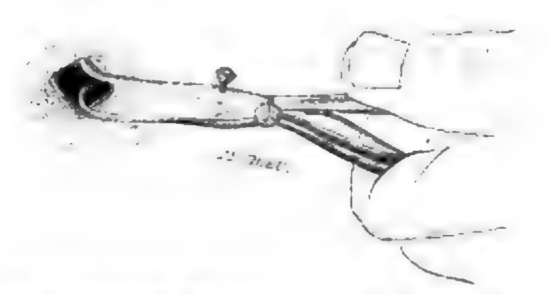
Quand on veut le préparer directement, la première précaution à prendre, c'est que l'acide sulfurique employé soit exempt d'arsenic. Autrement l'arsenic, transformé pendant la préparation de l'acide chlorhydrique en chlorure d'arsenic très volatil, s'échapperait avec cet acide et se condenserait avec lui dans l'eau. Il faut donc enlever préalablement à l'acide sulfurique l'arsenic qu'il contient ; à cet effet, on l'étend de la moitié de son poids d'eau et l'on y ajoute un peu d'acide chlorhydrique, puis on y fait passer un courant de gaz acide sulfhydrique. L'arsenic se sépare bientôt sous la forme de sulfure. On filtre dans un entonnoir dont la douille est garnie d'amiante ; on chauffe dans une capsule l'acide sulfurique filtré pour chasser l'excès d'hydrogène sulfuré et le ramener en même temps à 60 degrés de l'aréomètre de Baumé. Ainsi purifié, l'acide sulfurique est employé à la manière ordinaire et fournit de l'acide chlorhydrique parfaitement pur.

Après avoir rappelé le procédé si simple et si ingénieux qui consiste à dégager, au moyen de l'acide sulfurique concentré, le gaz chlorhydrique contenu dans l'acide du commerce, et à condenser ce gaz dans l'eau distillée, M. Glénard propose la méthode suivante : On fait passer dans l'acide brut que l'on veut purifier un courant d'acide sulfhydrique, jusqu'à ce que tout l'arsenic soit précipité. On sépare le sulfure d'arsenic, soit en abandonnant l'acide au repos, soit en le filtrant sur un entonnoir garni d'amiante. Si le liquide filtré contient un excès d'hydrogène sulfuré, on y ajoute quelques grammes d'une solution concentrée de perchlorure de fer, qui détruit l'acide sulfhydrique et qui est ramené à l'état de protochlorure. L'acide chlorhydrique ne contenant plus alors que des matières fixes, peut être soumis à la rectification. Le gaz acide chlorhydrique est déplacé au moyen de l'acide sulfurique

---

teur et dilatateur de M. Langenbeck (de Berlin), et l'instrument nouveau de M. Maisonneuve.

L'instrument de M. Langenbeck est un double tenaculum,



dont l'une des branches se continue avec le manche, tandis que l'autre peut s'écarter au moyen d'un levier ; on introduit la pointe sous le cartilage cricoïde fixé comme dans le procédé de M. Chassaignac, et, dans l'écartement léger des deux lames, on incise de haut en bas la trachée mise à découvert. Il suffit alors de presser légèrement sur la bascule pour convertir le tenaculum en pince dilatatrice, et placer facilement la canule.

Le trachéotome de M. Maisonneuve a été exposé par plusieurs fabricants. Une lame courbe et tranchante sur sa con-

cavité, placée perpendiculairement sur le manche, est enfoncée à travers les parties molles jusque dans la trachée ; un mouvement de rotation fait ressortir la pointe à quelques lignes plus bas, et il suffit de continuer la rotation pour pratiquer

Digitized by Google

exempt d'arsenic. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1862.)

Hémorrhagie et gangrène de l'intestin dues à une embolie de l'artère mésentérique supérieure, par Oppolzer.

Obs. — Un homme âgé de cinquante ans était mort après avoir eu, pendant plusieurs jours, des vomissements verdâtres et une entérorrhagie abondante. A l'ouverture de son corps, on trouva l'intestin dans un état de sphacèle plus ou moins avancé : la partie malade s'étendait de la troisième portion du duodénum au milieu du côlon transverse ; le reste du tube intestinal présentait simplement les lésions du catarrhe, tuméfaction de la muqueuse, couleur sombre des glandes solitaires. Remarquant que l'étendue et le siége de la lésion répondaient exactement à la distribution de l'artère mésentérique supérieure, le professeur Oppolzer soupçonna que ces altérations si graves reconnaissaient pour cause un trouble dans la circulation de ce vaisseau. En fait, le tronc principal était complétement oblitéré par un coagulum solide et résistant, d'un rouge pâle, long de deux pouces ; ce caillot adhérait intimement aux parois du vaisseau, et se continuait au moyen de dépôts récents dans deux des branches de l'artère. Au-dessous de ce point oblitéré était un espace libre, puis on trouvait un coagulum semblable au premier ; ce second caillot envoyait des prolongements dans tous les rameaux de l'artère, de sorte que leur calibre était complétement obstrué. Quelques-uns des petits ramuscules contenaient encore du sang fluide, mais bon nombre d'entre eux étaient absolument vides. A la suite de cette oblitération artérielle était survenu, dans les parties correspondantes de l'intestin, un travail inflammatoire qui avait rapidement amené la nécrose de la muqueuse. L'obstacle à la circulation avait, en outre, déterminé comme conséquences mécaniques une hémorrhagie intestinale abondante, un épanchement séreux dans le péritoine, l'infiltration et l'épaississement des parois intestinales.

— En présence de ces lésions, on pouvait se demander quel avait été le point de départ des accidents : était-ce l'obstruction artérielle qui avait causé la gangrène ? Était-ce, au contraire, la gangrène qui avait déterminé l'obstruction artérielle ? Cette dernière interprétation ne peut être acceptée dans le cas actuel ; dans les oblitérations vasculaires consécutives au sphacèle, l'obstruction débute par les petits rameaux artériels, et s'étend de là peu à peu vers les branches et vers le tronc ; ce processus morbide est parfaitement démontré par la congélation. Étant admise, par conséquent, la priorité de l'oblitération artérielle, cette autre question se présente : le caillot était-il autochthone ou embolique ? Des caillots identiques occupaient les auricules, et il est évident qu'un fragment de ces caillots avait pu être chassé de l'auricule gauche dans la mésentérique supérieure. L'intégrité parfaite des parois de l'artère est la preuve la plus nette de l'origine éloignée des caillots ; la situation et les rapports de ces derniers déposent encore dans le même sens ; le tronc de l'artère contenait un coagulum volumineux, et après un espace libre on en trouvait un plus petit qui s'était séparé du premier, ou qui, en raison de ses dimensions moindres, avait pu pénétrer plus loin. Enfin la soudaineté des accidents, la rapidité de leur évolution sont tout à fait en rapport avec l'hypothèse d'une embolie.

Cette observation est à notre connaissance le huitième exemple d'embolie de l'artère mésentérique supérieure ; les trois premiers sont dus à Virchow, Beckmann en a vu un cas, Cohn a observé les trois autres. Dans tous ces faits on a constaté dans les tuniques de l'intestin, l'hypérémie, l'hémorrhagie et les lésions inflammatoires qui sont signalées par Oppolzer ; mais la gangrène de la muqueuse intestinale ne se retrouve que dans l'une des observations de Cohn. (*Allgemeine Wiener med Zeitschrift*, 9-12 ; 1862.) J.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes, par le docteur Aug. Durand (de Lunel), médecin principal de première classe, etc. Chez Savy.

PREMIÈRE PARTIE.

Un traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes peut-il être un livre opportun dans l'état actuel de la science ? Les faits sont très nombreux, mais épars ; le dogme hésite, pour cause, à se constituer ; l'art enfin en est à l'usage empirique d'un spécifique puissant, qu'il manie bien, mais dont il ignore, en définitive, le vrai mode d'action sur l'économie. Donc, que notre collègue M. Durand, qui n'est point nouveau dans le débat traditionnel sur les fièvres, soit cette fois encore le bien-venu ; s'il peut être permis de songer à combler le déficit de la science à l'endroit de ces singulières maladies, il a qualité plus que personne pour l'essayer. L'honorabilité du caractère scientifique, la garantie de longues recherches en Algérie, au milieu d'un essaim de travailleurs et au contact de toutes les opinions, le talent de l'observation qui pénètre les nuances sans laisser d'être exacte, une saine méthode, l'érudition, cette lumière des bons esprits, cet obstacle des médiocres, et jusqu'à une hardiesse d'induction un peu trop vive peut-être, mais ferme, raisonnée, pressante, et qui, on le sent, ne proposera pas sans fruit ses hypothèses, alors même qu'elle échouera à les fonder : tels sont les titres de notre savant collègue à la confiance et à l'attention sympathique du public médical.

Le livre dont nous nous proposons de rendre compte est la comparaison et la mise en œuvre de matériaux recueillis de tous côtés, surtout par les médecins militaires, par des hommes dévoués, vivants ou morts, dont les noms presque tous distingués, quelques-uns illustres, nous sont chers et chers à la science. Ce livre est aussi l'application et le contrôle non-seulement des vérités cliniques découvertes par M. Durand, mais

une ouverture suffisante au passage de la canule. Un mécanisme vient écarter une lame mousse, qui, s'écartant de la première, transforme l'instrument en une pince dilatatrice. Il serait cependant à craindre que l'opérateur ne dépassât le niveau de la trachée et n'allât percer l'œsophage. Pour éviter ce grave accident, une tige dont la longueur est réglée par un pas de vis vient appuyer sur la peau et limite la pénétration de la lame. L'instrument que représente la figure est celui de MM. Robert et Collin ; quoiqu'ils n'aient pas pris part à l'exposition, il nous paraît juste de rendre aux premiers inventeurs le mérite qui leur est dû.

Léon Le Fort.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 août, les élèves des Facultés de médecine et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, nommés internes des asiles publics d'aliénés, jouiront, à ce titre, des avantages réservés par l'article 5 du décret du 18 juin 1862 à ceux qui ont obtenu au concours le titre d'interne dans un hôpital.

— Le programme du concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, qui doit s'ouvrir à Strasbourg le 5 décembre 1862 ; à Montpellier, le 14 du même mois, et à Paris, le 19 du même mois, est délivré au ministère de la guerre aux jeunes gens qui en font la demande.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a décerné, dans sa séance annuelle du 10 septembre dernier, la médaille d'argent à M. Pravaz, directeur de l'Institut orthopédique de Lyon, et à M. Schildbach (de Leipzig), auteurs de mémoires sur la scoliose présentés à cette Société.

Digitized by Google

aussi et surtout de ses principes de physiologie médicale exposés dans de nombreux écrits (1). C'est ce qu'il rappelle dans un court et lucide avant-propos, où l'on retrouve un reflet des rigoureuses intentions du Discours sur la méthode, et les meilleures réflexions sur les droits de l'expérience et de la pensée. M. Durand s'y plaint, en terminant, du peu de goût que notre temps a pour la théorie. A cet égard, nous lui donnons acte de nos propres regrets; mais faut-il oublier que la médecine a tant souffert de l'esprit de système qu'une pareille réaction s'excuse et se comprend? Ah! sans doute, « la théorie c'est la » science, et si elle n'est rien sans les faits, les faits ne sont » que lettre morte sans elle ». (*Avant-propos*.) — Mais qu'est-ce que n'être rien sans les faits, sinon se trouver assujetti au devoir scientifique de les éclairer, de les lier, sans jamais les excéder? Tâche difficile où le mirage est puissant, l'illusion redoutable, et à laquelle Descartes lui-même, le père des *quatre règles*, a succombé.

Le Traité dogmatique et pratique, etc., comprend quatre parties : 1° les principaux faits pathologiques relatifs à l'histoire des fièvres d'accès; 2° l'étiologie de ces maladies; 3° leur théorie; 4° leur traitement. Il renferme de plus une excellente notice sur l'action des eaux de Vichy dans le traitement des affections consécutives aux fièvres intermittentes.

I.

La nécessité qu'il y a pour nous de discuter avec quelque soin le point de doctrine, et en même temps de ménager l'espace, nous oblige à ne présenter que le sommaire des excellents chapitres du premier livre, sans négliger de relever ce qu'ils contiennent de plus saillant.

L'influence des pays chauds, des saisons chaudes et des points marécageux sur la formation des fièvres intermittentes est un fait incontestable; en un mot, le domaine de ces fièvres est celui où s'opère le mieux, sous l'influence de la chaleur, la fermentation végéto-animale, à telle enseigne que les contrées même chaudes et humides, mais sans marais, sont à peu près exemptes de fièvres d'accès. Sachons gré à M. Durand d'avoir réuni avec beaucoup de patience les documents les plus curieux et les plus décisifs à l'appui de cette thèse. L'auteur du Traité pense néanmoins qu'il faut attribuer à l'influence solaire un mode physiologique et direct d'action dans la formation des fièvres.

Les fièvres intermittentes se manifestent d'ordinaire par des accès périodiques à trois stades. Elles ont cependant des formes variées. Plus leurs endémies ou épidémies sont intenses, plus en général leurs types sont rapprochés. Les heures de leur apparition correspondent, pour les quatre cinquièmes des cas, en Algérie, à la période diurne. Leurs récidives très fréquentes, alors même que la cause extérieure principale de la maladie n'est plus manifeste, conduisent à la cachexie paludéenne. Le point capital est relatif aux types. « Tout donne à » penser que l'intensité de la cause tend au rapprochement » des accès (p. 20). » Nous proposerons un doute. « La fièvre » pernicieuse se rencontre de préférence avec le type tierce. » (*Compendium*, t. V, p. 329.) Comment se fait-il qu'un type dans lequel la cause morbide a son minimum d'intensité soit précisément celui où l'on rencontre le plus grand nombre de cas très graves? et comment se fait-il que le type *quarte*, qui témoigne d'une cause théoriquement peu intense, soit un de ceux qui résistent le plus aux ressources de la thérapeutique?

Nous ne saurions trop recommander la lecture des relevés détaillés qui fondent cette vérité importante pour la théorie de M. Durand, à savoir que, sur six accès de fièvre, cinq appartiennent à la période de jour (de six heures du matin à six heures du soir), un à la période inverse; qu'enfin, parmi les heures du matin, la neuvième et la dixième sont les plus chargées d'accès.

Le chapitre 3 se résume ainsi : des congestions ordinairement passives ont lieu pendant les accès. Les organes parenchymateux les moins impressionnables, notamment la rate et le foie, en sont de préférence le siége, pour le bien physiologique de ceux qui sont plus impressionnables. L'hypérémie de la rate avait été considérée comme le seul signe anatomique à peu près constant des fièvres d'accès. Or, cette hypérémie, dont Audouard et M. Piorry ont été jusqu'à vouloir faire la cause essentielle des fièvres, l'est si peu, que d'autres organes que la rate se trouvent presque aussi souvent hypérémiés que celle-ci et d'une façon presque aussi intense. Voilà ce qui ressort des nombreux travaux sur ce sujet de nos médecins africains, notamment des recherches de M. Durand.

Cette première partie, si riche de faits, se termine par l'appréciation des oscillations quotidiennes du volume des rates engorgées pendant les fièvres intermittentes. La loi de ces oscillations fait un des angles de la doctrine de M. Durand. — *Premier point :* L'état congestionnel de la rate augmente et diminue en quelques heures. Pourquoi? C'est une question de théorie; attendons. — *Second point :* Le minimum d'engorgement a lieu sous l'influence de la période diurne, le maximum sous celle de la période nocturne. Le rapport des rates les plus grosses pendant la nuit aux rates les plus grosses pendant le jour est des quatre cinquièmes. Valleix n'a pas reconnu ces différences; mais Valleix observait à Paris, sous un climat froid. Le fait signalé est physiologique, soit; mais quel rôle y aura-t-il à lui assigner dans l'explication de la série morbide? Nous n'en sommes pas là.

II.

Aucun auteur, que nous sachions, n'a abordé le sujet délicat de l'étiologie des fièvres d'accès avec plus de ressources et, il faut le dire aussi, avec plus de hardiesse (excessive peut-être à certains égards) que l'auteur du Traité : 1° causes déterminantes; 2° cause de l'intermittence; 3° cause essentielle des fièvres.

Passant outre à la considération des opinions sur les causes déterminantes, nous indiquerions les sentiments ou mieux les dissentiments des écrivains sur la cause de l'intermittence, si nous n'étions de l'avis de M. Bouillaud et de M. Durand sur ce point, que les auteurs n'ont guère fait autre chose qu'éluder ou reculer les difficultés du problème. Constatons cependant que de nombreux pathologistes ont cru devoir rattacher la périodicité des fièvres à celle des influences naturelles, donnant différentes formes à cette visée, qui n'a eu que le tort, comme tant d'autres, d'être exclusive et intolérante. Et d'ailleurs, ainsi que le remarque M. Durand, elle ne contient qu'un vague énoncé : « Il s'agit de pénétrer le mystère des causes efficientes, » le mystère de l'intermittence, celui de l'apyrexie, etc. » (P. 72.) Oui, sans doute, il s'agit de dévoiler ces arcanes, mais à la condition que l'explication des faits n'enfreindra pas les droits d'une induction légitime. Entrons, il en est temps, avec M. Durand, sur son propre terrain.

Quelle est la cause essentielle des fièvres d'accès? Les caractères symptomatiques des accès, l'état général des fébricitants, l'absence ordinaire de toute inflammation, la nature des causes et la nature du traitement, font juger que ces fièvres ont pour essence une *hyposthénie* de l'appareil nerveux de la vie organique, ordinairement accompagnée d'une *hypersthénie* de celui de la vie animale. Les fièvres intermittentes seraient donc une traduction des états d'antagonisme physiologique des systèmes nerveux de nutrition et de relation. On ne peut nier qu'il y ait là une bonne part de vérité. S'il est avéré, et il l'est, que la chaleur solaire excite le système nerveux de relation et abat les forces radicales, la tonicité, l'explication de R. Faure, de Roche, celle des frères Monard retournée, celle de M. Worms complétée, doivent être prises en considération. N'oublions pas

(1) Voy. *Nouvelle théorie de l'action nerveuse, recherches sur les qualités électriques du sang, lois synthétiques du mouvement vital, lois synthétiques du mouvement morbide, etc.*

Digitized by Google

cependant *que, dans les pays chauds où il n'y a pas de marais, on ne rencontre pas de fièvres d'accès, sauf exception.* Aussi bien, d'après l'auteur du TRAITÉ, les miasmes paludéens en sont-ils les causes dominantes. Ils seraient constitués, — et c'est ici que l'étiologie du TRAITÉ devient théorique et même systématique, — par des molécules végéto-animales en putréfaction, suspendues dans la vapeur d'eau. Leurs produits pondérables de putréfaction seraient des gaz à prédominance acide; il se dégagerait donc avec eux, d'après les lois de l'électro-chimie, de l'électricité négative. S'il en est ainsi après l'absorption miasmatique, ces deux genres de produits tendraient à déprimer la circulation sanguine, qui, d'après un grand nombre de faits, est électro-positive. Les miasmes hyposthénisent donc primitivement l'appareil nerveux organique, ce qui réveille les susceptibilités de l'autre appareil. Deux autres conséquences de l'absorption des miasmes sont, d'une part, leur incubation au sein des organes peu impressionnables, tels que la rate, où le sang subit une certaine stase, et qui s'engorgent pendant les accès, et, d'autre part, l'exaltation de leur fermentation à la périphérie sous l'action des influences solaires. Jugeons le détail.

Un trait caractéristique de toute fermentation, c'est, selon le TRAITÉ, la contamination de proche en proche; la décomposition s'entretient par un dégagement d'électricité de molécule à molécule. (P. 86.) Serait-ce là quelque chose de plus qu'une visée théorique, fondée sur cette remarque générale de MM. Pouillet et Becquerel, que la décomposition donne lieu à un dégagement d'électricité? Non, et l'induction de notre collègue pourrait bien, dans ce cas, dépasser les faits. La chimie, à cette heure, ne sait guère ce que c'est que la fermentation. Tout dernièrement, M. Pasteur a levé un coin du voile et prouvé que, dans de certains cas, les animalcules sont les agents de la contamination, absorbant une grande quantité d'oxygène de l'air et allant avec cet oxygène brûler les molécules organiques. M. Durand accorde la préférence à sa théorie électro-chimique : fort bien; mais est-elle autre chose, répétons-le, qu'une vue de l'esprit? Est-ce assez de la donnée abstraite de MM. Pouillet et Becquerel pour assurer qu'il y a de molécule à molécule des agents plus primitifs que ceux de M. Pasteur? qu'enfin l'électricité est, en quelque sorte, le moteur direct de la fermentation? Nous ne le pensons pas, et nous regrettons de dire que la cause prochaine de M. Durand ne nous paraît pas ici suffisamment expérimentale. Au reste, pour expliquer les actes profonds de la vie, M. Durand se montre, à notre gré, trop systématiquement physicien. C'est sans doute un à priori qui a sa raison d'être, que celui-ci : l'électricité est le premier moteur universel dans l'ordre instrumental, mais la vérification dans le détail n'est point faite. M. Durand soutient l'identité du fluide électrique et du fluide nerveux, entre lesquels évidemment il y a de très grandes analogies; mais se montre-t-il ainsi fidèle à la méthode dont il connaît si bien et invoque si sagement les lois? Non. L'auteur du TRAITÉ et de la NOUVELLE THÉORIE DE L'ACTION NERVEUSE aurait dû écarter, entre autres, ces objections de Béclard avant de prononcer : « La ligature du nerf, comme la section, interrompt le courant nerveux; ces deux expériences démontrent que l'assimilation des nerfs avec des conducteurs métalliques n'est pas fondée. » (P. 776.) Mais voici une différence plus remarquable encore : « La vitesse de transmission des courants nerveux, si on l'envisage dans ses rapports avec celle de l'électricité, *est infiniment plus lente.* » (Béclard, *Physiol.*, p. 787.) La note B du TRAITÉ ne lève nullement ces difficultés.

Le miasme des marais est-il bien une émanation putride? C'est possible, c'est probable; ce n'est pas prouvé. Si le miasme était, par hasard, un produit non putride de la fermentation putride? Pourquoi pas. Boussingault a saisi dans l'air des marais un principe organique hydrogéné; mais, ainsi que le remarque sagement le COMPENDIUM, les expériences faites jusqu'à cette heure ne font qu'ouvrir le champ à l'expérimentation.

Par quel procédé la matière putride introduite dans le corps vivant est-elle délétère? « Pour les fluides normaux, elle tend à les décomposer. » (P. 99.) Oui, si elle est réellement putride et si les fluides vivants ne lui résistent pas par le fait même de la vie. « Pour les nerfs, elle exercera sur eux, par ses produits, une impression anormale dans laquelle se feront remarquer l'action de la chaleur, de l'électricité, des produits pondérables, azote, hydrogène, acide carbonique, acide sulfhydrique, ammoniaque. » (P. 99.) Oui, si le point de départ du miasme putride est certain et s'il ne se conduit pas autrement dans le corps vivant qu'au laboratoire du chimiste. Ce sont là pour le moins des doutes qu'il est de notre devoir de soumettre au savant auteur du TRAITÉ.

En somme, « c'est au moyen d'un dégagement d'électricité, de molécule à molécule, que le miasme généralise dans le sang son mouvement de décomposition. » (P. 100.) C'est possible, mais la science veut autre chose que des possibilités. Pourrions-nous donc ne pas accuser la théorie de notre collègue d'être peu rigoureuse lorsque nous lisons ce qui suit : « Le miasme est surtout délétère par le fait de l'impression sur l'organisme de l'électricité que le mouvement de décomposition fait dégager. » (P. 117.) Une électricité délétère! C'est bien cela, car l'auteur « n'attache pas tant d'importance à l'impression des produits matériels de décomposition du miasme sur l'économie qu'à celle de son produit impondérable, l'électricité. » (P. 105.) Donc, la spécificité, toute spécificité, se peut, se doit ramener à deux sortes d'impressions électriques, dans le rapport desquelles on ne concevra que le défaut d'équilibre, le trop ou le trop peu. Nous n'espérons pas que cette nouvelle *dichotomie* puisse mieux répondre aux besoins de la médecine que celles qui apparaissent dans son histoire, de Thémisson à Broussais.

Le miasme admis, jusqu'à quel point a-t-on le droit d'affirmer *sa stase* dans un organe quelconque? D'abord, si par hasard il était soluble, il suivrait le sang partout où il va, et, uniformément répandu, il accommoderait aux quantités relatives de ce fluide, ici ou là, ses quantités relatives; ses stases seraient celles du sang, rien de plus, rien de moins. Or, même dans la rate, qui se congestionne et se décongestionne en quelques heures (TRAITÉ), il ne resterait aucun résidu miasmatique. S'il est insoluble, qui affirmera qu'il n'est pas assez ténu et mobile pour suivre le mouvement du sang? Enfin, s'il fait station dans la rate ou ailleurs, qui peut prétendre qu'il y fermente, prétendre qu'il s'y élabore? Qu'en savons-nous? Est-il donc si clairement un ferment, et la force du vivant permet-elle son élaboration? Ne résiste-t-elle point à sa décomposition? *Restons où nous voyons.* (Gaubius.)

Nous nous sommes tellement étendu sur les premiers points de doctrine que force est d'abréger. L'auteur, dans les derniers chapitres de ce second livre, traite avec une grande richesse de vues et de faits de l'influence des principaux agents de l'hygiène sur l'économie. Sans doute, les hypothèses signalées s'y retrouvent, mais mêlées à nombre de vérités et à de très curieuses considérations. Si le miasme est actif, d'autres causes le sont aussi; elles sont périodiques, diurnes ou nocturnes. La chaleur, avec plus ou moins d'humidité, la lumière, l'électricité positive en tension dans l'air pendant les jours sereins, l'attraction solaire, les excitations diverses, l'état de veille, la digestion et la station verticale, forment pendant le jour un premier corps d'influences. Parmi elles, les unes tendent à l'hypersthénie de l'appareil nerveux de la vie animale, à l'hyposthénie de l'autre appareil, et provoquent un mouvement général d'expansion, provoquant le dégorgement des organes centraux, infectés ou non; les autres sont seulement expansives pour certains organes centraux, tels que la rate et le foie. Un second corps d'influences est formé par les éléments nocturnes, qui, tels que le froid plus ou moins humide, l'obscurité, l'électricité négative ou tension dans les brumes des points marécageux, la diminution de l'attraction solaire, le calme des excitations, l'état de sommeil, l'abstinence, la posi-

Digitized by Google

tion verticale, agissent sur l'organisme en sens inverse des influences diurnes. Il est clair que ces alternatives du jour et de la nuit peuvent se compenser dans leurs effets, au profit de l'organisme, dans les pays chauds, mais en instituant l'intermittence. Il est clair aussi que l'équilibre peut être rompu par tout excès relatif d'une des séries, d'autant que le miasme intervient, apporte son appoint et détermine de force majeure la rupture de l'équilibre. Mais si là est la clef de l'intermittence, quelle part faire pour sa production aux différents éléments intégrants d'un problème si complexe? *Hic labor.*

Sous réserve de nos objections, et avant de clore la première partie, nous ne saurions trop redire que ces pages sont pleines d'aperçus féconds, nourries de l'analyse savante et originale de tous les modes d'action des grands agents de l'hygiène sur l'économie. A défaut de preuves expérimentales qu'on aimerait à y rencontrer, on se sent comme porté souvent vers les conclusions de l'auteur, sur un faisceau puissant d'inductions et de motifs; on sent enfin, malgré la trop large part faite à l'hypothèse, que tout mérite ici d'être mûrement médité.

P. Garreau.

(*La fin prochainement.*)

VI

VARIÉTÉS

Responsabilité médicale. — Quelques confrères ne nous ont pas vu sans inquiétude, dans notre article *sur la responsabilité médicale*, compter l'*ignorance crasse* ou *grossière* parmi les *fautes* susceptibles de justifier contre le médecin une action civile ou une action correctionnelle. Nous avons déjà dit que notre avis était celui d'Orfila, qui avait pourtant un sentiment très vif de l'indépendance et de la dignité de notre profession. Nous ajoutons qu'il est également celui d'un des célèbres médecins légistes de l'Allemagne, J. L. Casper, qui, dans son Traité pratique de médecine légale, récemment traduit par M. Gustave Germer Baillière, va même beaucoup plus loin que nous en appelant les sévérités de la loi non-seulement sur l'*impéritie* grossière, mais sur celle même qui procède « d'une théorie médicale particulière ». Enfin nous trouvons dans le Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure une note de M. le docteur Aubinais relative à ce cas d'arrachement du bras d'un fœtus qui a amené récemment la condamnation d'un officier de santé à six jours de prison et 25 francs d'amende, note dans laquelle l'auteur n'hésite pas à faire savoir qu'il avait, avec d'autres collègues, déposé en justice un rapport qui a amené la condamnation de l'inculpé. Et il a soin de spécifier que l'accident était résulté « de la plus grossière ignorance de la théorie des accouchements ». Ce qu'il y a d'assez singulier, c'est que, dans ce cas comme dans celui qui a fait le sujet de la consultation de Mᵉ Paul Andral, l'officier de santé avait résisté aux avertissements de tierces personnes qui s'efforçaient de lui faire entrevoir la possibilité d'un malheur. Nous sommes de plus en plus convaincu que le corps médical, si on voulait lui parler un peu plus de ses devoirs et un peu moins de ses privilèges, reconnaîtrait bien vite l'équité d'une jurisprudence fondée après tout sur l'égalité devant la loi, et qui a pour but de sauvegarder les intérêts généraux de la société.

A. D.

Rapport du docteur Partridge sur la blessure de Garibaldi.

« Spezzia, 20 septembre.

» Les rapports qui avaient été reçus en Angleterre sur la santé du général Garibaldi et l'état de ses blessures étaient si différents, si contradictoires et si alarmants, que quelques amis du général m'ont chargé de le voir en ma qualité de médecin, et de m'assurer par moi-même de son véritable état.

» Je suis arrivé à la Spezzia le 16 septembre, et j'ai, depuis cette date, visité journellement le général à Varignano, en société du docteur Prandina et de ses autres médecins, et j'ai toujours été présent, le matin, au pansement de ses blessures. Il m'a été, en outre, permis, par la courtoisie de ses chirurgiens, d'examiner moi-même la nature et la gravité de ces blessures.

» L'accident peut être déterminé brièvement en disant que c'est une fracture compliquée transversale de la malléole interne droite produite par une balle de carabine qui, bien qu'elle ait légèrement ouvert la jointure, n'est pas entrée ni ne s'est logée dans aucune partie du centre. La malléole externe n'a pas été touchée; l'os du tarse ne paraît pas non plus avoir été blessé. L'examen le plus minutieux, immédiatement après l'accident et depuis, a fait conclure qu'aucun autre os, le tibia excepté, n'a souffert, en conséquence, de la blessure.

» Une grande inflammation, un gonflement considérable et une excessive douleur ont été les conséquences immédiates de la blessure; mais ces conséquences ont été victorieusement combattues par des applications froides, des cataplasmes, des sangsues et autres remèdes, de sorte que maintenant la malléole et les parties environnantes ont presque repris leur volume et leur pose naturels, le pied étant presque à angle droit avec la jambe et dans une excellente position.

» La blessure, dont la circonférence est un peu plus grande que celle d'un demi-franc, a une bonne apparence, laisse écouler une matière saine mélangée avec des fragments moléculaires provenant de l'exfoliation de l'os. Ces fragments sont rarement plus considérables que des grains de sable.

» L'état non gonflé de la malléole et des parties qui l'entourent a permis de faire un examen, lequel a confirmé la conviction fournie par d'autres circonstances que la balle n'est pas entrée dans l'ouverture, et ne s'est pas logée ailleurs.

» Les parties blessées sont maintenant libérées de toute inflammation, et, à moins qu'on n'y touche, elles ne sont plus douloureuses. La blessure est simplement recouverte de charpie, enduite de cérat et d'un léger cataplasme, le pied étant maintenu au repos et en position au moyen d'un appareil approprié de petits bourrelets, de coussins et de bandages. La blessure de la cuisse gauche, qui était légère et superficielle, est maintenant en bon état.

» L'attitude du général est très patiente et tranquille; sa santé est très bonne, bien qu'il ait beaucoup maigri; son appétit est assez bon; son pouls est tranquille, sa langue est propre et moite, et généralement il dort bien. Il a, depuis deux jours, été transporté dans une chambre plus grande, plus aérée et plus tranquille que celle qu'il occupait d'abord.

» Toutes les personnes qui entourent le général semblent attentives à ses besoins et à ses désirs, et ses amis l'ont pourvu (j'espère qu'ils continueront à le faire) des objets de nécessité et de confort que son état réclame. Mon opinion, qui se base sur ses habitudes ordinairement sobres, est que, s'il conserve son repos d'esprit et de corps, si le membre blessé est maintenu tranquille, si la santé et la force du général sont soutenues par une nourriture convenable, et au besoin par des stimulants, par des chambres bien aérées, bien tenues et bien tranquilles, et enfin par un approvisionnement constant des articles de confort nécessaires à son état actuel, le général aura, avec le temps, certainement dans quelques mois, et avec des soins, un pied bon et utile, bien que la jointure de la malléole puisse devenir vide, ou au moins n'être plus que partiellement mobile. Je demande à pouvoir ajouter que je donne une entière approbation au traitement suivi par les chirurgiens qui soignent le général Garibaldi, et qui pansent sa plaie avec talent et avec des soins pleins de sollicitude.

» Un jour j'ai eu le bonheur de voir le général Garibaldi en compagnie du professeur Zanetti (de Florence), et j'ai été heureux de voir que mon opinion sur le traitement passé et futur de ce cas inquiétant était d'accord avec celle de cet éminent chirurgien.

» Je ne puis finir ce rapport sans exprimer ma reconnaissance pour l'appui empressé qui m'a été donné par les autorités ici, afin de faciliter le but de ma visite, et je rendrai aussi spécialement hommage à l'accueil franc et à la bienveillance dont j'ai été l'objet de la part des médecins du général Garibaldi, — les docteurs Ripari, Prandina, Albanese, Basile et autres, avec lesquels j'ai eu des conférences journalières.

» Richard Partridge,

» Chirurgien de l'hôpital du Roi, professeur d'anatomie au collége du Roi à Londres, et membre du conseil du collége royal des Chirurgiens d'Angleterre. »

MM. les docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire est expiré le 30 septembre, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 15 octobre, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1862.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. | PARIS, 10 OCTOBRE 1862. | N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Deux cas d'ossification de la trachée, par l'effet de la canule à demeure, chez l'homme. — Académie de médecine : Empoisonnement par la strychnine, traitement de l'aliénation mentale par l'hydrothérapie. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des désinfectants et de leur application en thérapeutique. — Thérapeutique : Hoquet accompagné de troubles graves dans la circulation durant douze jours, et guéri subitement par le valérianate de zinc. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Épidémie de variole chez des moutons. — Syphilis transmise par la vaccination. — V. **Bibliographie**. Traité pratique des maladies des yeux. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. — Du glaucome. — VI. **Variétés**. Discours d'ouverture des écoles de médecine de Londres. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. De la médecine et des médecins chez les Iroquois et les Peaux-Rouges.

I

Paris, 9 octobre 1862.

DEUX CAS D'OSSIFICATION DE LA TRACHÉE, PAR L'EFFET DE LA CANULE A DEMEURE, CHEZ L'HOMME. — *Académie de médecine :* EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE ; TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

Au sujet de la très intéressante communication de M. H. Bouley à l'Académie de médecine, relative à l'ossification de la trachée des chevaux par l'action de la canule à demeure, nous avons dit dans le dernier numéro (p. 625) que cette lésion n'avait jamais été observée dans l'espèce humaine, « faute peut-être d'y avoir regardé ». Nulle part en effet nous ne l'avions vue signalée, et nous savions d'ailleurs pertinemment que, à Paris, elle n'était jamais tombée sous les yeux de ceux de nos confrères qui ont le plus et le mieux étudié les lésions produites par le séjour de la canule trachéale.

Un de nos plus savants confrères des départements, M. le docteur Farge, professeur de clinique médicale à l'école préparatoire d'Angers, veut bien nous transmettre, sur deux cas de sa pratique, des détails que le défaut de notes n'a pas permis de rendre très explicites, mais suffisants néanmoins pour donner à penser qu'on trouverait assez souvent la trachée ossifiée chez l'homme, ou du moins chez l'adulte, plus ou moins longtemps après la trachéotomie, si l'on avait le soin, ou l'occasion fréquente, « d'y regarder. »

« J'ai pratiqué, nous écrit M. Farge, deux fois la trachéotomie *sur l'adulte*, dans des circonstances qui ont nécessité le séjour de la canule. L'un des opérés était notre si regrettable et si distingué confrère Gély, professeur à l'école de Nantes, atteint d'un œdème de la glotte. Gély avait alors quarante-deux ans ; les anneaux de la trachée n'étaient nullement ossifiés au moment où je les incisai ; mais ils s'incrustèrent sous l'influence du travail inflammatoire entretenu par la présence de la canule. La cicatrisation n'en eut pas moins lieu. Quelques mois plus tard, une nouvelle trachéo-

FEUILLETON.

De la médecine et des médecins chez les Iroquois et les Peaux-Rouges.

SOMMAIRE. — Origine divine de la médecine ; légende du manitou Manabosho. — Les pratiques médicales se confondent avec les rites religieux. — Loges de médecine — Sacs de médecine ; confection et prise en possession de ces sacs, foi des Peaux-Rouges en leurs vertus surnaturelles. — Poteaux de médecine.

Hommes-médecines ou docteurs magiciens : leurs attributions sacerdotales ; cérémonie pour attirer la pluie ; leur rôle dans les funérailles. — Organisation des hommes-médecines dans certaines tribus. — Épreuves de réception au grade de docteur. — Doctrine pathogénique. — Connaissances anatomiques des médecins Dacotas. — Costume officiel des docteurs Peaux-Rouges.

Un savant et zélé missionnaire, M. l'abbé Domenech, vient de publier un livre curieux sur les mœurs, les coutumes et le caractère des peuplades sauvages des déserts du nouveau monde (1). Dans cette magnifique relation d'un long et courageux apostolat, on trouve épars çà et là des détails peu connus sur la pratique de la médecine et le rôle des médecins chez les Indiens de l'Amérique, ainsi que sur la pathologie et l'hygiène de ces étranges tribus. Nous allons rapprocher et analyser ces renseignements précieux, afin de les mettre sous les yeux de nos lecteurs, qui les liront sans doute, comme nous-même, avec un profond intérêt.

Chez les Indiens de l'Amérique, comme dans les sociétés primitives, comme chez tous les peuples que le flambeau de la science et de la civilisation n'a pas encore éclairés, la médecine ne se sépare point de la religion. Dans le langage des Iroquois et des Peaux-Rouges, médecine signifie mystère ou magie, et médecin est synonyme de prêtre ou de magicien. *Faire de la médecine* consiste surtout à prier, chanter, danser et fumer pour la santé des bien portants et pour la guérison des valétudinaires. Suivant une vieille légende, la médecine et la religion, toutes deux filles du ciel, émanées du sein même du

(1) *Voyage pittoresque dans les grands déserts du nouveau monde*. Un grand vol. in-4, avec planches. Paris, 1862, chez Morizot.

Digitized by Google

tomie étant devenue nécessaire, on éprouva de sérieuses difficultés à inciser la trachée à cause des ossifications ; bientôt, sous l'influence de la nouvelle canule, les points osseux se nécrosèrent, et leur élimination donna lieu à des hémorrhagies que je n'ai pas vues, mais qu'on m'a dit avoir été assez sérieuses. — Dans le second cas, il s'agissait d'une dame âgée de trente-six ans, madame S..., arrivée au troisième degré de la phthisie, enceinte de sept mois, et affectée également d'œdème de la glotte. L'imminence de la suffocation me força, le troisième jour, à pratiquer la trachéotomie, ce que je fis sous les yeux et avec l'aide de mon savant maître, M. le docteur Mirault. Madame S... put vivre assez pour accoucher à terme, et naturellement. Elle ne succomba que six semaines ou deux mois plus tard. Pendant les trois mois et demi ou quatre mois qu'elle survécut à l'opération, l'état du larynx, sans cesse aggravé par la phthisie, ne permit pas de supprimer la canule, qui fut modifiée au moins trois ou quatre fois. A la mort, les bords des cartilages incisés furent trouvés ossifiés. On ne constata ni nécrose ni végétations. »

Ainsi, deux cas de trachéotomie, avec séjour prolongé de la canule, *chez l'adulte ;* deux fois ossification des cartilages trachéaux ; ce qui amène M. Farge à se demander si la différence qui existe sous ce rapport, dans les résultats de l'observation, entre l'espèce chevaline et l'espèce humaine, ne tiendrait pas à ce que les chevaux trachéotomisés seraient le plus souvent vieux ou tout au moins adultes, tandis que chez l'homme l'opération porterait presque toujours sur des enfants. Nous transmettons la question à qui de droit; mais nous devons dire que, suivant M. Bouley, spécialement consulté par nous sur ce point, l'ossification se montre « indistinctement » (c'est le mot de sa réponse) sur les chevaux jeunes et sur les vieux; et que, chez les uns comme chez les autres, elle est toujours proportionnelle à la durée du séjour du tube dans la trachée. M. Blache, de son côté, nous a déclaré n'avoir remarqué aucune trace d'ossification chez des enfants qui avaient porté la canule pendant *deux ou trois ans*. Il résulterait de ces renseignements, s'ils étaient conformes à l'observation générale, que la différence des effets de la canule, chez l'homme et chez le cheval, tient à quelque autre condition que celle de l'âge. Mais la question ne saurait être considérée comme vidée.

— A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le docteur Gallard a achevé la lecture d'un très intéressant travail sur L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE, et M. le docteur Baldou a lu un mémoire sous ce titre : NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE, AYANT POUR BASE L'HYDROTHÉRAPIE.

— On l'a dit bien souvent, il n'y a pas de petits faits en pratique, tout est bon à savoir, et les cas les plus vulgaires donnent parfois lieu à des remarques intéressantes. Un simple coup de bistouri dans un panaris m'a fourni l'occasion de faire récemment une observation utile.

Il s'agissait de cette variété de panaris si commune qui siége à la pulpe de la phalange unguéale du pouce, et qui a reçu le nom d'anthracoïde. Le mal datait de plusieurs jours, l'extrémité du doigt était énorme, la peau était déjà perforée en plusieurs endroits, et la pression faisait sortir par les orifices un pus concret mélangé de débris sphacélés. Deux coups de bistouri, donnés auparavant, avaient amené du soulagement, mais le pus s'échappait difficilement encore. Les douleurs, quoique diminuées, étaient de temps en temps assez violentes, et les téguments au niveau de la deuxième phalange étaient rouges, tendus, ce qui pouvait faire craindre l'extension de l'inflammation aux parties profondes du doigt tout entier. Ajoutons que, comme d'habitude, le stylet porté dans l'une quelconque des ouvertures cutanées arrivait jusque sur la phalange unguéale et constatait la nécrose. L'honorable confrère, qui m'avait appelé, pensa avec moi que le bistouri largement promené dans cette espèce d'éponge purulente mettrait un terme aux accidents, en offrant au pus infiltré une issue plus facile.

Le coup de bistouri fut donc donné, et libéralement ; je plongeai l'instrument presque perpendiculairement à l'axe du doigt sur le bord cubital, un peu au-dessus du pli palmaire, et je fis sortir la pointe sur le bord radial presque au même niveau. Je débridai ensuite la tumeur *jusqu'à son* extrémité, de sorte que mon incision rasant la face palmaire de la phalange unguéale, séparait en quelque sorte l'extrémité du doigt en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure. C'est ainsi que j'ai l'habitude de débrider ce genre de panaris; car si la pulpe n'est point détruite par la mortification, elle se réapplique à la manière d'un lambeau sur les débris de la phalange, et de cette façon les cicatrices du débridement se trouvent sur les parties latérales. Mais tout ceci est secondaire, et j'arrive au but principal de cette note. L'incision donna lieu à un écoulement sanguin assez abondant, sans jet artériel il est vrai, mais sous forme de grosses gouttes qui se succédaient de près. Le sujet était une femme adulte assez

---

Grand-Esprit, ont été répandues sur la terre et données aux hommes par Manabozho, le meilleur et le plus bienfaisant des Manitous, le protecteur et l'ami des mortels. « Il vint enseigner aux hommes les arts utiles, les mystères de la danse et de la médecine, et les propriétés curatives des plantes; c'est lui qui fait germer les herbes médicinales... » Issues d'une commune origine, la médecine et la religion, chez les Indiens, ont trouvé un asile commun dans les temples; elles sont servies par les mêmes ministres, se confondent dans les mêmes cérémonies et se manifestent par les mêmes rites mystérieux et les mêmes pratiques superstitieuses : des danses, des chants, des invocations, des sacrifices, des purifications, enfin toutes sortes de jongleries et de signes symboliques, où trop souvent la cruauté le dispute au grotesque.

Ces solennités s'accomplissent dans des espèces de temples ou plutôt de cabanes appelées *loges de médecine*, vastes hangars dont les parois, pour tout ornement, sont tapissées de feuillages, aux jours de fête.

La loge de médecine, chez les Pawnies, est consacrée au culte d'un oiseau symbolique « qui, d'après la tradition, fut envoyé à leurs ancêtres par l'étoile du matin comme son représentant, avec ordre de l'invoquer dans toutes les occasions importantes et de le montrer dans les cérémonies religieuses ». Cet oiseau est une sorte de boîte où sont renfermées des plantes aromatiques et sacrées, dont le parfum est agréable au Grand-Esprit, et qui possèdent le pouvoir de fermer les blessures, de soulager les maux et de guérir les morsures des serpents. Dans l'idiome du pays, cet oiseau est désigné par un mot qui signifie *sac de médecine*.

Les sacs de médecine jouent un rôle important chez ces peuplades sauvages. Indépendamment de ceux qui sont l'objet d'un culte public dans les loges, il en est d'autres que chaque individu porte sur lui en guise d'amulettes ou de talismans. Ces sacs passent pour recevoir directement du Grand-Esprit leur puissance spirituelle et mystérieuse ; ils contiennent des baumes contre les blessures des flèches et les morsures des reptiles, et

vigoureuse, et je ne m'occupai point tout d'abord de cette hémorrhagie. Cependant, comme le sang était reçu dans une cuvette, je constatai bientôt qu'il s'en était écoulé au moins une palette et que le courant ne se ralentissait pas, je fis, sur les côtés du doigt, au niveau des collatérales, et à l'aide du pouce et de l'index, une compression qui n'arrêta rien. Je demandai de l'eau très froide pour en arroser le doigt et l'entourer de compresses. Lorsque l'eau arriva, il s'était écoulé près de deux palettes de sang ; une saignée du bras n'aurait guère coulé plus vite. L'application du froid ralentit à peine l'hémorrhagie qui commençait à me préoccuper. C'est alors que je fis attention à l'attitude du membre.

Le bras, dans une demi-abduction, était immobile, suspendu à distance au-dessus de la cuvette, l'avant-bras fléchi à angle droit, tous les muscles en contraction fixe. C'est une position qu'on prend instinctivement quand, par exemple, on a les mains souillées et qu'on ne veut rien toucher, position qu'on peut se représenter si aisément, que je crois superflu de la décrire en détail. Tous les muscles du bras sont fortement contractés, le biceps surtout. Les notions physiologiques me revenant en mémoire, j'entrevis aussitôt la cause de l'opiniâtreté de l'hémorrhagie. En effet, j'ai constaté par la dissection et l'expérimentation que l'expansion aponévrotique du biceps exerce sur la circulation dans les vaisseaux huméraux une influence très manifeste, c'est-à-dire que ces vaisseaux sont plus ou moins comprimés et même peuvent être momentanément oblitérés, lorsque l'expansion aponévrotique est tendue, soit par l'extension forcée du membre, soit par la contraction énergique du muscle. Or, dans le cas actuel, le biceps était contracté, pas assez il est vrai pour effacer l'artère humérale et faire disparaître le pouls radial, mais suffisamment à coup sûr pour gêner la circulation en *retour* dans les veines humérales, d'où hémorrhagie passive sans jet artériel et par les simples vaisseaux capillaires.

La justification de mon hypothèse ne se fit pas attendre, j'ordonnai à la malade de laisser retomber son bras et lui fit cesser toute contraction musculaire; l'avant-bras reposait sur le bord de la cuvette par son bord cubital; brusquement, c'est-à-dire en quelques secondes, l'hémorrhagie cessa d'elle-même. Si la quantité de sang perdu n'avait pas été aussi considérable, j'aurais été tenté de faire la contre-épreuve et de rappeler l'écoulement en reproduisant l'attitude première du membre, mais je crus prudent de m'abstenir. L'incident n'eut pas d'autres suites.

Toujours est-il qu'en puisant à la source des indications tirées de la physiologie pure j'avais trouvé un moyen hémostatique prompt et efficace. Ce petit fait vient se ranger à côté d'autres notions analogues : on sait déjà qu'on peut susprendre très aisément le pouls radial soit par la flexion, soit par l'extension forcée de l'avant-bras. Dans la demi-flexion du membre on obtient le même résultat par une contraction volontaire et énergique du biceps ; c'est sur la circulation artérielle qu'on a prise par ces moyens qui ont déjà été appliqués plus d'une fois. L'hémorrhagie de la main s'arrête en pareil cas par suspension de l'abord du sang, et l'hémostase exige une tension violente du tendon aponévrotique du biceps. Or, c'est en relâchant cette expansion fibreuse que j'ai réussi dans le cas actuel, il y a donc une apparente contradiction, mais pour l'interpréter, il suffit de se rappeler que l'écoulement sanguin reconnaissait ici pour cause, non pas l'afflux trop fort du courant, mais au contraire un obstacle qui, sans modifier l'apport artériel, gênait seulement le retour veineux. Ceci concorde avec le précepte si connu qui consiste à mettre le bras dans le relâchement complet à la fin de la saignée ordinaire du bras.

On objectera peut-être à mon hypothèse qu'à défaut des veines humérales profondes momentanément effacées par la compression aponévrotique, la circulation en retour pouvait aisément s'effectuer par les veines sous-cutanées du pli du coude, qui n'étaient soumises à aucune compression et qui offrent une voie collatérale si spacieuse. Sans méconnaître la valeur de l'objection, j'y répondrai par une autre observation faite à l'amphithéâtre et tirée de dissections nombreuses ; chez l'homme et surtout chez les sujets qui exécutent avec les bras des travaux de force, les veines sous-cutanées sont extrêmement développées, tandis que les satellites de l'artère humérale sont réduites à un calibre singulièrement restreint. Chez la femme, l'inverse a lieu : les veines humérales, relativement beaucoup plus larges, donnent certainement passage à la plus grande partie du sang fourni à l'avant-bras par les artères radiale et cubitale. L'explication de cette différence est facile à donner, mais ce n'est point ici le lieu de la développer.

— Puisque nous parlons des affections des doigts, disons quelques mots de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce sur laquelle on a déjà tant écrit. Nous avons reçu il y a quelque temps une note de M. le docteur Ephraïm Cutter, de l'État de Massachusetts, relative à un procédé de réduction, qui, paraît-il, est généralement adopté en Amérique. L'auteur

---

des ingrédients propres à éloigner le génie malfaisant des maladies, à rendre propices les esprits des bois et des prairies, et à donner aux guerriers un courage invincible dans les combats.

La prise du sac de médecine « marque une époque dans la vie du Peau-Rouge ; elle est pour lui ce qu'était pour un gentilhomme du moyen âge l'élévation au rang de chevalier : aussi ne se fait-elle pas sans de grandes préparations » et sans une certaine solennité qui rappelle le cérémonial d'une *investiture*. Après plusieurs jours passés dans la retraite, le jeûne et la prière, l'impétrant court à la forêt voisine avec ses armes de chasse, et se met à la poursuite de l'animal qui lui est apparu dans son dernier songe. « Lorsqu'il l'a tué, il l'écorche soigneusement et se sert de la peau pour faire son sac de médecine. Il le porte à sa ceinture ou le suspend à sa lance. Il ne l'abandonne jamais volontairement, et, s'il le perd, il devient pour sa tribu un objet de mépris. Il n'a qu'un moyen de se réhabiliter, c'est d'enlever un autre sac de médecine sur le corps d'un ennemi tué de sa main. »

Ce sac merveilleux, qui a protégé l'Indien pendant sa vie, protége encore ses dépouilles après sa mort ; il est attaché à un poteau nommé *poteau de médecine*, que les gens de la tribu plantent sur la tombe du défunt. Il faut convenir que nous ne faisons pas si grand cas de nos trousses.

Le sac de médecine, quelles que soient ses vertus, n'est pas toujours une sauvegarde efficace contre la maladie ni un préservatif assuré contre le trait d'un ennemi ou la dent d'un serpent. Aussi existe-t-il, chez les Peaux-Rouges, des médecins pour traiter les malades et les blessés que le talisman n'a pas suffisamment protégés : on les appelle *hommes-médecines*.

« Les *hommes-médecines*, dit M. Domenech, sont des sortes de prêtres, de médecins et de charlatans, qui prétendent guérir les maladies, expliquer les augures et prédire les événements. Ils se disent inspirés par les esprits ; ils pratiquent des pénitences très rigoureuses, se mutilent et jeûnent par mortification, possèdent des charmes et des secrets qui les rendent très puissants ; ils président à toutes les cérémonies religieuses

Digitized by Google

assista, lors de son passage à Paris, à une leçon clinique de M. Velpeau, et remarqua que le chirurgien de la Charité ne faisait point mention du procédé en question. M. Cutter le considérant comme simple et facile, voudrait le voir adopté par les chirurgiens français.

La note est intitulée : SUR UNE MÉTHODE AMÉRICAINE DE RÉDUCTION DE LA LUXATION DU POUCE PAR MANIPULATION. Ce dernier terme n'a pas pour notre confrère le sens que nous lui donnerions dans notre langue; il paraît simplement signifier que la réduction s'opère uniquement par l'action de la main.

« La luxation dont il s'agit est le déplacement de l'extrémité postérieure de la première phalange du pouce en haut et en arrière sur la face dorsale de l'extrémité antérieure du métacarpien (luxation métacarpo-phalangienne complète en arrière).

» Le procédé de M. le docteur Crosby, de Hanover (États-Unis), se compose de deux temps : 1° extension de la phalange jusqu'à ce qu'elle forme un angle droit avec la face dorsale du métacarpien ; 2° flexion de la phalange combinée avec traction légère et une pression exercée sur la face dorsale de l'extrémité postérieure de cette phalange. L'exécution de ces deux temps exige moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire.

« Les principes sont fort simples, mais voici un exemple : supposons la luxation du pouce droit sur un adulte. On place le sujet sur une chaise au milieu de la chambre ; le chirurgien assis en face saisit de sa main droite la main du patient de manière à la fixer solidement ; il place son propre pouce contre la phalange luxée. Alors à l'aide de la main gauche il agit sur la phalange, l'étend à angle droit et la fléchit comme il a été dit plus haut. La réduction se fait ordinairement sans la moindre difficulté.

» OBS. — Il y a quelques années une jeune dame me fut amenée d'une ville voisine ; elle avait le pouce luxé depuis plusieurs heures, et l'on avait employé longtemps et sans succès les procédés usuels. Le médecin ordinaire regardait le cas comme très mauvais. La partie était devenue si douloureuse par suite des tentatives de réduction, qu'on dut administrer le chloroforme ; l'anesthésie obtenue, la luxation fut réduite par le procédé décrit, dans un temps si court, que les assistants furent émerveillés.

» Plusieurs autres cas pourraient être rapportés, mais quiconque est au courant de la littérature américaine sait que ce procédé remplace aujourd'hui tous les autres en Amérique. M. Cutter espère que les chirurgiens français l'essayeront avant d'en venir à la ténotomie, à la résection ou à tout autre moyen violent rendu désormais inutile. »

Il y a toujours avantage à rappeler aux praticiens les bons procédés de réduction ; c'est ce qui nous a engagé à reproduire la note de M. Cutter ; cependant nous ferons quelques remarques.

Dans le seul cas cité on a employé le chloroforme ; il serait bon de savoir si l'on avait mis l'anesthésie en usage dans les premières tentatives et dans les autres cas auxquels notre confrère fait allusion. — Si oui, le succès est moins surprenant, car l'emploi des anesthésiques a changé si radicalement le traitement des luxations que les manœuvres, quelles qu'elles soient, réussissent souvent, et que les questions de prééminence ont perdu beaucoup de leur importance. Si non, la chose offrirait plus d'intérêt, aujourd'hui surtout que, par suite de quelques accidents, un bon nombre de praticiens répugnent à employer le chloroforme dans les luxations récentes.

La seconde remarque est relative à l'historique. M. Cutter décore du nom de méthode américaine du docteur Crosby un procédé fort anciennement connu. N'ayant pas assisté à la leçon de M. Velpeau, nous ne pouvons savoir si le chirurgien de la Charité a omis de faire allusion à ce mode de réduction, mais il suffit de consulter le TRAITÉ DES LUXATIONS de M. Malgaigne (p. 739, 1855), pour constater que l'impulsion avec flexion en arrière qui constitue le fond du procédé remonte à plus de trente ans.

A. DECHAMBRE ET A. VERNEUIL.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

DES DÉSINFECTANTS ET DE LEUR APPLICATION EN THÉRAPEUTIQUE (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1861 — mention honorable) ; par le docteur BOINET.

Suite. — Voir le numéro 40.

Mais avant d'étudier l'avènement successif dans la thérapeutique de chacun de ces nouveaux médicaments dits désinfectants, rappelons brièvement que la chirurgie, avant l'apparition de ces nouveaux venus, n'était pas entièrement dépourvue

---

et dirigent les danses et les chants ; ils interprètent les songes et le vol des oiseaux. La ruse, la fourberie, l'adresse, un peu de savoir et beaucoup de jongleries font toute la base de leur renommée.

C'est par des moyens si puissants que les hommes-médecines parviennent à faire la pluie et le beau temps dans leur tribu. Ceci n'est point une figure, c'est l'expression de la réalité. En effet, une des plus importantes prérogatives des hommes-médecines, une de celles qui leur donnent le plus de crédit et qui montrent le plus clairement leur communication avec le Grand-Esprit, c'est le pouvoir qu'on leur attribue de faire tomber l'eau du ciel. Voici comment on procède à l'accomplissement de ce miracle :

« Le jour indiqué pour l'ouverture des cérémonies, douze ou quinze jeunes gens se rendent en procession dans la grande loge de médecine, où se trouvent les prêtres de la tribu qui chantent, gesticulent et font brûler des herbes odorantes pour se rendre favorable le Grand-Esprit... Un des jeunes gens monte sur le toit de la cabane sacrée avec son bouclier, son arc et ses flèches, récite des prières, conjure le ciel de l'exaucer, le menace au besoin, promet à la foule impatiente que l'éclair attiré par son bouclier fendra bientôt la nue et qu'il fera pleuvoir par la force de sa médecine..., puis il tire une flèche de son carquois et la lance dans les airs pour crever des nuages imaginaires. Si la pluie tombe dans la journée, le héros est fêté par la tribu et reçoit le titre d'homme-médecine ; dans le cas contraire, il est tourné en ridicule par sa tribu : on dit que sa médecine ne vaut rien, et il rentre dans son wigwam cacher sa honte et son désespoir. »

Chez les Tahkalis, les hommes-médecines accompagnent les funérailles de leurs clients (les médecins européens ne sont pas si polis, et ne poussent pas à ce point l'accomplissement de leurs devoirs professionnels), mettent le feu au bûcher, et, sans doute, pour mieux témoigner leur douleur, exécutent, en présence des parents et des amis désolés, toutes sortes de gesticulations, de sauts et de contorsions

Digitized by Google

d'agents désinfectants : il y a bien longtemps déjà qu'on a cherché à désinfecter les plaies et qu'on a employé même des substances bitumineuses pour remplir cette indication. Tous les chirurgiens anciens et modernes ont fait et font encore usage de désinfectants; seulement ces désinfectants ne sont que des détersifs. Ces détersifs désinfectants sont en grand nombre et appartiennent aux trois règnes de la nature. Les uns sont simples, les autres sont composés et s'emploient sous forme d'onguents, de pommades, de poudres absorbantes et rongeantes, de lotions, d'injections, etc. Les substances qui font la base de tous ces médicaments, employés pour purifier le fond des plaies et des ulcères, pour les déterger, les modifier et accélérer leur cicatrisation, sont la rue, la sabine, l'aloès, les feuilles de noyer, etc.; les acides, le jus de citron, le vinaigre, le miel rosat, l'eau de chaux, le styrax, les résines, le sel ammoniac, les cantharides, le sel commun, l'alun, l'antimoine, le vitriol, le vert-de-gris, enfin les caustiques de toute espèce. Dans les mémoires et prix de l'ancienne Académie de chirurgie, on ne trouve pas moins de cent formules recommandées pour panser les plaies empreintes d'un mauvais caractère. Toutes ces substances et beaucoup d'autres encore ont toujours été préconisées pour modifier les plaies de mauvaise nature, les ulcères sanieux, en purifier le fond, détruire les parties mortes et étrangères qui pouvaient s'y rencontrer, corriger les vices de la matière suppurée, c'est-à-dire désinfecter les plaies putrides. Il en est de même des caustiques et surtout du cautère actuel. « Cet agent, dit Guy de Chauliac, successeur des arabistes, empêche la corruption de s'étendre et de se multiplier; il est utile dans les caries et les ulcères qui s'élargissent d'eux-mêmes. » De son côté, A. Paré recommande le cautère actuel pour abattre la force des venins « quand la pourriture est si grande aux ulcères putridineux qu'elle ne peut se corriger par certains remèdes; lors faut passer aux plus forts, même aux cautères actuels. » Guillemeau soutient aussi que le feu qui tarit la virulence et la vapeur maligne, fait eschare et touche les vaisseaux, est un remède efficace pour hâter la cicatrisation des plaies putrides et sanieuses. Fabrice de Hilden dit : « Le feu est le remède par excellence dans les morsures des chiens enragés, » et Fabrice d'Aquapendente veut qu'on cautérise hardiment l'ulcère humide et pourri. Ces procédés de détersion et de désinfection n'ont jamais été abandonnés, et ils sont toujours d'un usage journalier. Tous ces agents si divers étant connus et appréciés depuis longtemps, nous ne nous y arrêterons pas plus longuement; nous ne les avons indiqués que pour montrer que les moyens de désinfection ne nous manquaient pas absolument lorsqu'est apparu le coaltar en 1859.

C'est le 18 juillet que M. le professeur Velpeau, au nom de MM. Corne et Demeaux, annonçait comme merveilleux les résultats obtenus dans le pansement des plaies infectes par l'emploi de la poudre de plâtre et de coaltar. Alors surgirent sous le nom de désinfectants nouveaux un grand nombre d'agents doués de puissance désinfectante et que l'on employait sous le titre de détersifs, d'antiputrides et d'antiseptiques, et, du jour où cette intervention active s'est manifestée, peu à peu la chirurgie s'est emparée de ces produits nouveaux, les a vantés et exploités au détriment des anciens; mais il est probable que ces nouveaux se font jour pour disparaître à leur tour sous l'envahissement du même remède, portant un nom nouveau; ce n'est pas à dire pour cela que nous trouvions à blâmer les efforts qui sont faits pour trouver un désinfectant meilleur que tous ceux que nous avons eus jusqu'à ce jour : au contraire, nous pensons qu'il est important d'appeler l'attention sur tous les essais qui ont été tentés dans ce sens, et la question à résoudre aujourd'hui est de savoir, parmi les désinfectants nouveaux, lequel est le meilleur et doit être préféré.

Le coaltar ayant été le point de départ de toutes les communications récentes faites aux académies dans ces derniers temps, nous commencerons par lui.

Uni au plâtre par MM. Corne et Demeaux pour désinfecter les foyers purulents fétides sanieux, il a été d'abord employé, soit en poudre, soit en cataplasme délayé dans de l'huile, expérimenté par une commission nommée par l'Académie des sciences (1), et à peu près par tous les chirurgiens de notre époque. Malheureusement, les résultats qu'il a fournis ne sont pas venus confirmer tous ceux annoncés par MM. Corne et Demeaux. Les remarques suivantes sont celles de la commission : « En poudre *épaisse, et trois ou quatre fois par jour* sur les plaies gangréneuses, putrides, sanieuses, la poudre a fait disparaître l'odeur sans causer *de douleurs notables*. Sur les plaies, sur les brûlures à vif, le contact de cette poudre, bien supporté par quelques-uns, a produit, au contraire, *une cuisson assez prononcée chez les autres.* »

« Cette substance, *convenablement appliquée*, dit M. Velpeau dans son rapport, désinfecte les plaies ou les suppurations putrides ou fétides. *Quant aux qualités détersives que les inventeurs lui attribuent en même temps*, elles ne nous ont pas paru aussi évidentes; la poudre absorbe mieux que les cataplasmes. Ceux-ci s'emparent, il est vrai, *d'une portion* des exsudations morbides; mais, si l'on n'a pas soin de *les renouveler souvent* (quatre, cinq ou six fois par jour), le pus n'en reste pas moins au-dessous en quantité plus ou moins considérable (et conserve, ajouterons-nous, sa mauvaise odeur).

» Il suit de là qu'après s'être un peu nettoyée, la plaie cesse, au bout de quelques jours, de se déterger et d'avancer vers la cicatrisation mieux qu'avec les topiques usuels.

» En chirurgie, les inconvénients du plâtre coaltaré sont :

(1) Cette commission était composée de MM. Chevreul, J. Cloquet, Velpeau, rapporteur.

---

inouïes. « Ils prétendent, par cet expédient, recevoir dans leurs mains la vie du défunt, qu'ils communiquent à un vivant en lui imposant les mains sur la tête et lui soufflant dessus. » Franchement, ces bons docteurs feraient bien de rendre la vie au trépassé plutôt que de la donner à un vivant qui, ce nous semble, n'en a que faire.

« Dans certaines tribus, les docteurs magiciens forment une sorte de corporation secrète, une espèce de franc-maçonnerie. Les candidats y sont reçus au milieu des cérémonies mystérieuses qu'il leur est défendu de divulguer. »

Chez les Dacotas et autres tribus du nord, les épreuves sont publiques, comme en France; mais elles diffèrent sensiblement de celles qu'on fait subir aux élèves de nos facultés, ainsi qu'on va le voir par la description suivante :

« Le candidat, ou plutôt le patient, est placé au centre du village, en face d'une perche de 8 à 10 mètres de hauteur, plantée en terre, et entourée des docteurs, qui chantent en s'accompagnant du tambour. A un tiers de la perche sont attachées les armes du néophyte, un peu plus haut une tête de buffle, et à l'extrémité une corde pour y pendre le malheureux. On lui fait ensuite deux énormes incisions sur la partie supérieure de la poitrine, on passe dans ces incisions deux brochettes de bois, puis en tirant la corde qu'on lie à ces brochettes on abaisse la perche de manière qu'en se redressant le corps du patient soit enlevé jusqu'à ce que ses pieds ne fassent plus qu'effleurer la terre. Le pauvre aspirant au titre de docteur doit rester dans cette position depuis le lever jusqu'au coucher du soleil, en tenant son sac de médecine à la main, et en regardant continuellement les feux éblouissants de l'astre du jour. Pendant ce temps, la foule fait cercle autour du candidat, et jette à ses pieds des cadeaux, tels que hache, fusil, pipe, mocassins, etc., qui lui sont remis quand on le décroche, à la fin du jour. »

Et après cela croit-on que les étudiants en médecine de Paris soient bien fondés à se plaindre de la difficulté des épreuves et de la « férocité » des professeurs? Quelque gloire

» 1° De salir le linge des malades;

» 2° De se durcir et de peser sur les plaies et autour des plaies;

» 3° De donner aux compresses dont on se sert pour les cataplasmes une couleur jaune ou rousse très tenace;

» 4° D'avoir besoin d'être renouvelé souvent;

» 5° En détruisant l'odeur putride, de conserver une odeur bitumineuse que tout le monde n'aime pas. »

Telles sont les conclusions de la commission, qui, on le sait, était des plus favorables pour ce nouvel agent désinfectant, et M. le rapporteur en particulier avait accepté avec empressement l'usage de ce nouveau désinfectant. Ces conclusions laissent beaucoup à désirer et n'engagent pas à accepter toutes les promesses des auteurs, au moins en ce qui concerne la détersion et la cicatrisation des plaies elles-mêmes. « C'est sur les matières organiques en putréfaction que la poudre de plâtre et de coaltar, dit M. le rapporteur, est toute-puissante. » Mais ce côté de la question, quoique fort important, n'étant pas de notre sujet, nous croyons devoir le passer sous silence.

Ce rapport de la commission a paru même trop favorable à plusieurs autres expérimentateurs, qui, de leur côté, se sont empressés d'étudier les effets sur les plaies de ce nouveau désinfectant. Ils y ont trouvé plusieurs inconvénients que nous rapporterons :

Des expériences faites à l'infirmerie de l'hôtel impérial des Invalides, sous la direction de M. Faure, médecin en chef, de M. Bonnafont, médecin principal, et de M. Langlois, pharmacien en chef, il résulte que l'odeur du pus n'est nullement détruite, mais seulement masquée par celle du coaltar. Voici ce qui a été observé : lorsqu'on applique une ou plusieurs couches de la poudre Corne et Demeaux sur une plaie ou un ulcère, la suppuration, après avoir imbibé la couche ou les couches de poudre le plus immédiatement en contact avec elle, rend le mélange imperméable; il se durcit et forme une croûte épaisse et solide, et le pus qui n'a pas été absorbé par la poudre reste emprisonné au-dessous de la croûte et n'exhale plus d'odeur, parce que celle-ci, ne pouvant plus se répandre au dehors, cesse d'impressionner les assistants, qui ne constatent plus que l'odeur bitumineuse du coaltar. La meilleure preuve que les choses se passent ainsi, c'est qu'aussitôt qu'on enlève cette croûte formée par les couches de poudre mises successivement, la suppuration accumulée au-dessous n'a perdu que peu ou point de son odeur. Cette observation a été faite et vérifiée par tous ceux qui ont fait usage du coaltar uni au plâtre; aussi était-ce pour éviter cet inconvénient que M. Velpeau et les inventeurs de la poudre recommandent de renouveler fréquemment les pansements, c'est-à-dire cinq ou six fois par jour. Une autre remarque qui prouverait encore que cette poudre n'est pas un bon désinfectant et qu'elle n'est qu'un absorbant comme bien d'autres poudres, c'est que, si l'on ne met pas sur une plaie une couche suffisante de poudre pour absorber tout le pus, ou que la suppuration soit très abondante, celle-ci traverse la couche de poudre et vient imbiber la charpie et le linge du pansement. Si cette poudre était un bon désinfectant, elle aurait dû désinfecter le pus qui l'a traversée; mais on a constaté que, dans ces circonstances, le pus qui a traversé la couche du coaltar n'a perdu que fort peu de son odeur spécifique et que c'est l'odeur du coaltar qui domine. Cette poudre est peu maniable : elle rend les pansements longs, parce qu'elle exige un certain temps pour être enlevée de la plaie. D'autre part, les expériences que M. Larrey a fait instituer dans les hôpitaux de Milan et de Brescia, malgré les communications favorables du maréchal Vaillant, ont démontré que la poudre Corne et Demeaux donne quelquefois de bons résultats comme désinfectant et comme agent modificateur, mais que ces résultats sont loin d'être aussi avantageux qu'on aurait pu le croire d'après quelques publications trop enthousiastes de ce nouveau topique. La meilleure preuve, d'ailleurs, que cette poudre a plus d'inconvénients que d'avantages, c'est que tous les chirurgiens qui l'ont expérimentée l'ont promptement abandonnée. De leur côté, MM. Follet et Rigault (d'Amiens) refusent aussi au coaltar la faculté de détruire les odeurs. M. Demeaux lui-même, reconnaissant que cette poudre ne pouvait convenir dans tous les cas, pour les plaies profondes et sinueuses par exemple; qu'elle devenait trop lourde pour les plaies, qu'elle les irritait en se durcissant, qu'elle était difficile à appliquer, etc., a proposé de remplacer le plâtre par du sable de rivière ou par de la farine de blé. Ce nouveau mélange n'a pas eu, il paraît, plus de succès que le premier, et son auteur, après l'avoir abandonné, vient tout dernièrement (*Bulletin de thérapeutique*, 15 février 1861) d'adresser à l'Académie des sciences la formule d'un nouveau désinfectant ou plutôt du même désinfectant présenté sous une nouvelle forme : ce serait une émulsion de coaltar à l'alcool et au savon. Cette nouvelle préparation n'a pas *encore été* assez expérimentée pour que nous puissions apprécier sa valeur.

M. Renault, ayant fait des expériences comparatives, a vu qu'en substituant à la poudre Corne et Demeaux un mélange de plâtre et de goudron végétal on désinfectait immédiatement les liquides putréfiés, et mieux qu'avec le coaltar et le plâtre. Ce nouveau désinfectant, qui n'est qu'une variante légère du procédé original, n'a guère été essayé en chirurgie : mais il est probable, d'après sa composition, qu'il doit avoir les mêmes inconvénients, c'est-à-dire de se durcir, d'être d'un poids trop considérable sur les plaies, d'être difficile à enlever, de salir le linge, etc.

M. Renault s'est encore livré à d'autres expériences : il a expérimenté ensuite le plâtre seul, le coaltar seul, l'huile de schiste, le charbon végétal, le charbon animal, l'essence de

---

qu'il puisse y avoir, en raison de la sévérité des épreuves, à être docteur de la Faculté des Dacotas, nous sommes médiocrement jaloux d'un tel honneur, et nous estimons qu'il vaut mieux subir cinq examens à Paris qu'une seule épreuve chez les Peaux-Rouges.

Mais si les aspirants au doctorat, chez les Dacotas, doivent montrer tant de courage et de sang-froid, ils ne sont pas tenus, en revanche, de faire preuve d'un grand savoir, et de posséder des connaissances très variées. Leur pathogénie se résume dans cet aphorisme : « La cause des maladies est due à l'esprit d'un animal malfaisant qui s'est introduit dans le corps du patient » (M. Raspail aurait-il, par hasard, étudié la médecine chez les Peaux-Rouges?). Il paraît qu'ils savent aussi « un peu d'anatomie, grâce à leur habitude de disséquer les animaux; ils connaissent le nom et la forme de tous les ossements qui composent la charpente osseuse de l'homme ». Toutefois, nous avons peine à croire que ces noms ressemblent à ceux que nous employons nous-mêmes, à moins que quelque professeur transfuge de l'École pratique ne soit allé *incognito* ouvrir un cours d'ostéologie parmi les sauvages de l'Amérique du Nord.

La plupart des médecins indiens, pour faire leurs visites et soigner leurs malades, revêtent un costume particulier, ni plus ni moins que le faisaient les médecins français du temps de Molière. Toutefois, si l'usage du costume revenait jamais parmi nous, nous n'hésiterions pas à préférer la robe de M. Purgon et l'instrument de M. Diafoirus aux insignes des docteurs iroquois, tels qu'on les trouve décrits et figurés dans le livre de M. Domenech. Voici donc quel est l'accoutrement ordinaire du praticien le plus distingué de cette tribu : « Sa tunique est faite avec la peau d'un ours jaune... L'animal a été écorché avec le plus grand soin, afin de conserver la fourrure de la tête et des membres, qui est recousue, et dans laquelle le docteur se cache entièrement, de sorte que, lorsqu'il en est affublé, il ne lui reste rien d'humain dans l'allure et l'extérieur. Pour se rendre, sans doute, plus effrayant encore, il s'attache autour du cou, de la ceinture et des bras, une collection d'ani-

térébenthine seule, puis incorporée au plâtre en diverses proportions, puis enfin le goudron végétal seul, et ce même goudron mélangé à du plâtre dans des portions égales à celles dans lesquelles entre le coaltar dans la préparation Corne et Demeaux.

Or, voici sommairement les résultats de ces diverses expériences :

La poudre de plâtre et de coaltar, bien mêlée avec les matières putrides, fait disparaître en très peu d'instants l'odeur putride ou gangréneuse, si infecte qu'elle soit, et la pâte qui en résulte n'a plus que l'odeur bitumineuse particulière assez forte et un peu âcre qui est propre au coaltar.

Le mélange du plâtre seul avec les mêmes matières donne une pâte dont l'odeur, bien qu'elle soit atténuée, est toujours celle de ces matières.

Une petite quantité de coaltar seul, versée sur ces matières, forme une pâte noire qui n'a plus qu'une odeur forte et très prononcée de coaltar; d'où il suit que le coaltar est l'élément véritablement désinfectant dans les différentes poudres proposées, et que le plâtre, le sable, la farine, le charbon, la chaux, etc., n'ont d'autre action que de diviser le produit bitumineux, d'en faciliter l'application et d'absorber les liquides putrides et gangréneux.

L'huile de schiste, également versée sur ces matières en très petite quantité, leur enlève leur odeur aussi instantanément que le coaltar; mais à cette odeur elle substitue la sienne propre, qui est forte, âcre, pénétrante et très désagréable à respirer.

L'essence de térébenthine, soit seule, soit associée au plâtre, affaiblit sensiblement, mais n'enlève pas complétement l'odeur infecte des matières, et puis, ce qui n'arrive pas pour le coaltar ou l'huile de schiste, l'odeur putride se reproduit assez fortement lorsque l'essence, s'étant volatilisée, cesse de se faire sentir dans le mélange.

Le charbon animal ou végétal pulvérisé donne les mêmes résultats que le plâtre seul. Il n'a aucune action désinfectante.

Enfin le goudron végétal, dont les propriétés pour arrêter ou prévenir la putréfaction ont déjà été indiquées à d'autres époques, soit seul, soit mélangé au plâtre, a une action désinfectante très prompte, et M. Renault, auquel sont empruntées toutes ces expériences, a remarqué que l'odeur du goudron végétal qui se substitue à l'odeur putride ou gangréneuse est sensiblement plus douce et moins désagréable que celle du coaltar. Déjà, en 1845, M. Herpin (de Metz) avait composé avec le plâtre et le charbon végétal un topique doué de la faculté d'absorber les matières liquides et de désinfecter les plaies.

L'argile mêlée au charbon végétal serait, suivant M. Renault, un aussi bon désinfectant que le plâtre uni au goudron. D'après MM. Desportes et Chatin, l'argile aurait sur le plâtre l'avantage de ne pas s'attacher aux plaies, d'absorber, en outre, l'eau des dissolutions de sels ou de matières organiques.

M. Chevreul, de son côté, a fait des expériences qui ne laissent pas que d'avoir une grande importance au point de vue des propriétés désinfectantes du coaltar. En définitive, M. Chevreul reconnaît que la poudre Corne et Demeaux atténue l'odeur des matières en putréfaction, et que cet effet est en partie dû à l'intervention du coaltar, agissant comme corps odorant.

A. En mêlant 5 centimètres cubes de pus cancéreux avec 5 centimètres cubes de poudre Corne et Demeaux, M. Chevreul a constaté que ce mélange avait perdu de son odeur, mais non pas son odeur entière.

Ce mélange exhalait avec l'odeur de coaltar une odeur nauséabonde si sensible que l'expérimentateur en a conservé l'impression plus de six heures après l'avoir observée.

B. 5 centimètres cubes du même pus mêlés avec 5 centimètres cubes de plâtre avaient une odeur plus forte que le mélange ci-dessus; d'où il conclut que l'odeur du coaltar est pour quelque chose dans l'affaiblissement de celle du mélange.

C. 5 centimètres cubes de pus mêlés avec 5 centimètres cubes de chaux hydratée ont exhalé une forte odeur ammoniacale, avec une odeur nauséabonde.

D. 5 centimètres cubes de pus mêlés avec 5 centimètres cubes d'une solution d'acétate de plomb n'ont pas perdu leur odeur nauséabonde, et il a fallu mêler jusqu'à 20 centimètres cubes de la solution d'acétate de plomb pour n'avoir plus qu'une odeur fade, nauséabonde.

E. 5 centimètres cubes de pus, mêlés successivement avec 20 centimètres cubes d'une solution de chlorure de zinc, n'ont point fait disparaître l'odeur.

F. 5 centimètres cubes de pus mêlés avec 5 centimètres cubes d'hypochlorite de chaux n'ont pas été complétement désinfectés, et toute odeur nauséabonde a disparu par l'addition de 5 autres centimètres cubes d'hypochlorite. Alors restait une odeur particulière à l'hypochlorite.

Les mélanges précédents, examinés vingt-quatre heures et quarante-huit heures après qu'ils eurent été faits, ont donné lieu aux observations suivantes :

APRÈS VINGT-QUATRE HEURES.	APRÈS QUARANTE-HUIT HEURES.
A. Odeur bitumineuse / — nauséabonde } affaiblies . .	Plus affaiblies, mais encore sensibles.
B. Odeur nauséabonde affaiblie . . .	Odeur de colle forte.
C. Odeur ammoniacale / — nauséabonde } affaiblies.	Presque inodore.
D. Odeur fade de blanc d'œuf . . .	Odeur fade de blanc d'œuf toujours prononcée.
E. Odeur fade de blanc d'œuf. . . .	A peu près comme la précédente.
F. Odeur chlorée	Odeur encore chlorée.

maux empaillés, et surtout de serpents à sonnettes, de crapauds, de chauves-souris, de chouettes, de canards et de tarentules séchées; sur la poitrine il porte des ailes d'oiseau déployées, et autour du cou un collier composé de queues de quadrupèdes, mélangées d'ongles, de griffes et de dents. Pour croire à la présence d'un homme sous cet affreux assemblage, il fallait regarder les pieds et les mains, qui restaient libres pour tenir le *tambour de médecine* et la *lance magique.* » Cette lance ressemble assez à un mât de cocagne auquel on aurait suspendu, en guise de montres et de saucisses, des dépouilles de rats, de lézards et de couleuvres.

Quel est le but d'un travestissement si hideux et si extravagant? Serait-ce pour agir sur l'imagination du malade? Ne serait-ce pas plutôt pour effrayer le génie malfaisant qui, suivant leur théorie pathogénique, s'est emparé du corps du patient, le faire fuir de peur, et en même temps se mettre à l'abri de ses atteintes?

Cette dernière hypothèse nous paraît d'autant plus probable que ce costume burlesque et diabolique s'adapte merveilleusement à un système de traitement fort en honneur dans le pays, ainsi que nous le verrons en parlant de la thérapeutique de ces fantastiques docteurs.

A. LINAS.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Un concours pour la place d'externe dans les hôpitaux de Paris s'ouvrira le 4 novembre prochain. Le registre d'inscription sera clos le 20 octobre à trois heures.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 6 novembre. Le registre d'inscription sera clos le 28 octobre.

Digitized by Google

MATIÈRE CANCÉREUSE EN PUTRÉFACTION COMPLÈTE.

A. 5 centimètres cubes de cette matière et 5 centimètres cubes de poudre sont encore très odorants; 5 centimètres cubes de poudre ajoutés ne font pas disparaître toute odeur de putréfaction.

B. 5 centimètres cubes de cette matière et 10 centimètres cubes de plâtre ont plus d'odeur que le malade A.

C. 5 centimètres cubes de la même matière et 10 centimètres cubes de chaux dégagent de l'ammoniaque sans que l'odeur spéciale soit neutralisée.

D et E. L'acétate de plomb et le chlorure de zinc, employés en volume double de la matière, n'enlèvent pas l'odeur.

F. L'hypochlorite de chaux à volume égal a désinfecté la matière, mais il reste une odeur chlorée.

La puissance antiseptique du coaltar viendrait, suivant M. Calvert, de l'acide carbolique qu'il renferme. Quant à M. Dumas, il ne voit autre chose qu'une substitution d'odeur, et il incline à voir au fond de ce phénomène un acte d'arrêt dans le mouvement cataleptique de la fermentation putride, dû sans doute à l'acide phénique ou carbolique.

Enfin un industriel de Marseille, M. Royssac, a aussi proposé une poudre désinfectante composée de coaltar et de chaux hydraulique. Cette poudre, qui est très poreuse, a surtout été proposée en vue de l'hygiène publique, et M. Velpeau, qui l'a essayée sur un cancer ulcéré, a bien vite été obligé d'en débarrasser le malade, à cause des douleurs atroces qu'elle avait produites après quelques minutes d'application.

D'autres modifications ont encore été apportées à la poudre Corne et Demeaux : M. Cabannes veut qu'on remplace le plâtre par une terre quelconque végétale ou non végétale; il en résulte un mélange qui a une forte odeur de bitume, mais qui serait très propre à la désinfection. On obtiendrait le même résultat avec les farines de lin, de blé.

Un autre, M. Burdel (de Vierzon), a également expérimenté divers mélanges désinfectants. Il a d'abord constaté les bons effets de la poudre Corne et Demeaux, et, après avoir essayé d'autres mélanges, il est arrivé à obtenir une action désinfectante au moyen de toute poudre absorbante unie en proportions convenables à toute huile empyreumatique. Le mélange qui lui a semblé réunir le plus complétement les qualités désirées est celui qu'il a préparé avec de la marne pulvérisée et du goudron végétal.

Nous ne terminerons pas tout ce qui a trait aux mélanges désinfectants sans rappeler qu'en 1844 Bayard avait proposé à la Société d'encouragement pour mélanges désinfectants en proportions déterminées du sulfate de fer, de l'argile, du sulfate de chaux avec addition de goudron de houille.

Telle est à peu près la liste de toutes les poudres désinfectantes proposées dans ces derniers temps. Nous avons vu qu'elles n'ont pas tous les avantages annoncés par les inventeurs, et que les chirurgiens qui les ont expérimentées en ont cessé l'usage, préférant d'autres moyens éprouvés depuis longtemps. Parmi tous ces mélanges désinfectants, c'est la poudre Corne et Demeaux qui a eu le plus de vogue pendant un moment; cependant elle est loin d'être un désinfectant par excellence : si elle désinfecte, ce qui n'est pas contestable, c'est en absorbant les matières sécrétées, en les solidifiant et en les empêchant de se décomposer. En agissant ainsi, elle masque la mauvaise odeur plutôt qu'elle ne la détruit; il y a, comme l'a dit M. Robinet, désinfection pour le nez, mais non pour la plaie, et, si l'on ne sent plus d'odeur, ce n'est pas parce que celle-ci n'existe plus, mais parce que, complétement renfermée, emprisonnée sous une croûte épaisse qui recouvre la plaie, l'odeur ne peut plus s'exhaler au dehors. Les observations de M. Velpeau et celles des autres chirurgiens ont démontré que, pour obtenir la désinfection d'une matière purulente fétide avec cette poudre, il fallait la renouveler souvent, au moins quatre ou cinq fois par jour. Ce renouvellement fréquent de la poudre ou des cataplasmes de la même composition prouvait donc que la désinfection n'était pas immédiate, puisqu'il était nécessaire, pour l'obtenir, de mettre plusieurs couches de poudre dans la journée, afin d'absorber tout le pus d'une plaie. On peut conclure de ces faits que cette poudre n'agit pas autrement que toutes les autres poudres absorbantes, qui, en raison de leur solidité et de leur porosité, absorbent le pus et les matières septiques sans modifier, comme l'a remarqué M. Velpeau, la surface sécrétante. Ce n'est donc pas en désinfectant chimiquement que cette poudre agit ; au moins c'est une question qui, jusqu'à présent, n'a pas été résolue, étant reconnu que cette préparation vantée par MM. Corne et Demeaux constituait un agent grossier, difficile à manier, salissant tout ce qu'il touchait, et n'ayant pas, s'il possédait la propriété désinfectante, celle de modifier d'une manière favorable les surfaces suppurantes; d'autres expérimentateurs se mirent à l'œuvre pour chercher mieux.

(*La suite prochainement.*)

HOQUET ACCOMPAGNÉ DE TROUBLES GRAVES DANS LA CIRCULATION DURANT DOUZE JOURS, ET GUÉRI SUBITEMENT PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC, par le docteur DANET.

OBS. — Le 17 décembre dernier M. D..., rue Royale, 14, éprouve une vive contrariété, il est subitement pris de vomissements et d'une céphalalgie intense.

Une heure après je vois le malade, il se plaint d'envies de vomir, et d'un mal de tête violent; le pouls est petit, faible, la langue couverte d'un enduit jaune verdâtre.

Je crois devoir me contenter de prescrire le repos au lit, quelques tasses d'infusion légère de tilleul orangé et une potion calmante. Rappelé dans la soirée, je trouve l'état du malade plus grave ; les envies de vomir ont fait place à un hoquet assez fréquent ; le mal de tête est plus fort, la peau brûlante, le pouls plein et lent, le ventre légèrement ballonné, sensible à l'épigastre à droite, la langue *épaisse et jaune*. Je prescrivis un éméto-cathartique qui amena promptement des évacuations bilieuses, lesquelles, contre mon attente, durèrent toute la nuit et ne cessèrent que le lendemain vers midi, pour faire place à un hoquet incessant, ne laissant pas au malade un moment de repos, et prenant d'heure en heure des proportions que je ne connaissais pas jusqu'alors.

Le hoquet, simple au début, fut bientôt accompagné de soubresauts, d'étouffements, de spasmes, de syncopes, de plaintes, puis de cris et enfin de hurlements. Le pouls, petit mais régulier, devint intermittent et rémittent, et bientôt tomba à 34 battements, et, phénomène remarquable, devint isochrone au hoquet, à tel point que M. le professeur Bouillaud, qui avait bien voulu m'honorer de ses conseils, pensa, et moi avec lui, qu'il pouvait bien y avoir une lésion grave des vaisseaux de la circulation abdominale.

Le ventre était souple, mais douloureux. Dès le premier jour j'employai les antispasmodiques et les solanées, la belladone, le datura, l'éther, le chloroforme *jusqu'à l'anesthésie*, la décoction et la poudre de valériane, le valérianate de Pierlot, l'asa fœtida, les bains prolongés, l'électricité continue et par induction, enfin un cautère à la potasse, un large vésicatoire et le feu.

Rien n'y fit, et malgré tout cet arsenal de moyens employés, la maladie marchait à grands pas et je désespérais de sauver mon malade qui, quinze jours auparavant, avait échappé à un érysipèle général. Le douzième jour de la maladie, je prescrivis la pilule suivante :

℞	Valérianate de zinc.	5 centigrammes.
	Extrait de belladone	1 —
	Extrait mou de quinquina.	q. s.

Une pilule.

Le malade râlait, on lui donne la pilule à huit heures du matin. Je le revois à onze heures, il avait reposé une heure. Je fis prendre une seconde pilule ; à trois heures je revins, le hoquet n'avait pas reparu. Je fis donner une troisième pilule, et à six heures j'accordai un bouillon : le malade s'endormit ne se réveillant qu'à dix heures pour demander un potage qu'on lui donna, et il s'endormit jusqu'au lendemain.

Aujourd'hui M. X... qui ne s'est jamais ressenti de son accident, est gérant d'un des bains froids de Paris.

Ce fait me donne l'occasion d'en citer un second analogue, mais en thérapeutique vétérinaire, où le valérianate en

Digitized by Google

poudre donna gain de cause à M. le professeur Bouley, de l'école d'Alfort, contre mon bon et savant ami M. le professeur Reynal, de la même école.

Je présentai à ces messieurs, il y a deux ans, une jeune jument de prix appartenant à M. B..., député du département du Nord. Cet animal avait un battement de flancs analogue au hoquet chez l'homme, c'est-à-dire qu'on voyait parfaitement qu'on avait affaire à une contraction spasmodique du diaphragme.

M. Reynal diagnostiqua une lésion des gros vaisseaux sous-diaphragmatiques. M. Bouley dit que c'était une affection nerveuse, et prescrivit de la valériane en poudre, 10 grammes par jour.

Pendant quinze jours, la jument prit ce médicament, et fut guérie. Depuis deux ans, la guérison ne s'est pas démentie.

Si je me permets d'occuper les lecteurs de la Gazette de ces deux observations, c'est pour appeler l'attention de mes confrères, non-seulement sur les préparations de valériane dans ces cas où l'on est trop souvent embarrassé sur les moyens à prendre, mais aussi sur le cortége effrayant de symptômes qui accompagne souvent une simple névrose. Je crois certainement que souvent une lésion grave des vaisseaux de la circulation fait naître de ces phénomènes pathologiques, et l'autopsie nous montre ces lésions; mais ne seraient-elles pas aussi fort souvent le résultat même de la névrose plutôt que la cause des accidents nerveux?

Je laisse à meilleurs juges que moi le soin de répondre à cette question, que je crois trop grave au point de vue thérapeutique pour ma jeune expérience.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 SEPT. 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

Physiologie. — *De l'influence de l'action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs*, par M. *Schiff*. — En parlant de la paralysie des nerfs vasculaires, nous n'avons insisté que sur un seul mode d'action de ces nerfs, sur la *constriction* des vaisseaux. Cette constriction est évidemment l'effet de la contraction des muscles circulaires des vaisseaux.

Il y a un autre mode d'action sur les nerfs vasculaires, moins connu et encore moins compris, la *dilatation* des vaisseaux.

Quelques auteurs ont nié l'existence d'une dilatation active, dans laquelle ils ont cru reconnaître, ou une paralysie des muscles constricteurs des vaisseaux, ou un épuisement de ces muscles, produit par une constriction qui précéderait toujours la dilatation.

M. Schiff rapporte une expérience qui prouve :

1° Que la dilatation vasculaire qui se montre comme effet d'une irritation ne doit pas être toujours précédée d'une constriction du vaisseau; qu'il y a donc des dilatations vasculaires qui ne sont pas l'effet de l'épuisement des fibres circulaires; 2° que cette dilatation n'est pas l'effet mécanique d'un afflux augmenté du sang, afflux qui, selon une ancienne hypothèse, serait primitivement produit par l'irritation; car s'il y avait un afflux qui dilatât l'artère, la dilatation ne serait pas bornée au point irrité, elle devrait se montrer encore plus forte dans la partie plus centrale de l'artère située au-dessous du point irrité; 3° que la dilatation n'est pas l'effet mécanique d'une contraction réflexe située ou plus loin vers la périphérie ou dans le système veineux; car une telle contraction devrait exister, ou immédiatement au-dessus du point irrité dans la continuation de l'artère dans ce cas elle ne pourrait pas se soustraire à l'observation, ou elle aurait son siége dans un point plus éloigné dans ce cas elle devrait amener, non une dilatation consécutive tout à fait locale, mais étendue sur toute la partie périphérique de l'artère, que nous avons vue rester normale; 4° que le sympathique ne contient pas de nerfs vasculaires qui président à cette espèce de dilatation.

La dilatation produite par le chatouillement n'est pas indépendante des nerfs; car si on coupe tous les nerfs sensitifs de l'oreille, le chatouillement ne produit plus l'effet indiqué.

La dilatation vasculaire que nous venons de considérer, ajoute M. Schiff, n'est donc ni l'effet de l'épuisement ni de la paralysie des fibres circulaires des vaisseaux; elle n'est pas l'effet d'un afflux augmenté du sang, ni d'un arrêt de la circulation par une constriction périphérique : c'est un effet local d'une irritation locale, sans qu'il dépende d'une perturbation générale de la circulation. Cette dilatation n'est donc pas passive, elle ne peut être qu'un phénomène actif. Elle est de plus sous l'influence du système nerveux, sans qu'elle reconnaisse dans la présence des troncs nerveux une condition indispensable de sa production. Elle est, sous ce rapport, analogue à la contraction musculaire. Comme dans la contraction musculaire, l'irritant qui produit l'effet signalé doit changer de nature, doit devenir plus énergique, lorsqu'on a retranché les troncs nerveux.

Cependant notre expérience ne montre cette dilatation que sous l'influence du système nerveux sensitif qui doit l'exciter. Nous allons maintenant rapporter une expérience qui prouve que la dilatation vasculaire active est aussi sous la dépendance d'un système nerveux moteur qui la provoque directement.

On coupe ou resèque le sympathique au cou d'un animal carnivore, par exemple d'un chien, qu'on examine dans le laboratoire pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines de suite. On trouve régulièrement la moitié de la tête et les oreilles du côté opéré plus chauds que du côté opposé. Les vaisseaux du côté opposé sont un peu plus dilatés.

Il faut nécessairement admettre que, dans ce cas, la résection du sympathique a dû paralyser des agents qui provoquaient une dilatation vasculaire du côté sain. Toute autre explication est en opposition directe avec les faits fournis par l'observation.

On peut prouver de la même manière que le sciatique contient des nerfs dilatateurs pour les vaisseaux de la patte. Si l'on provoque une fièvre artificielle, la patte s'échauffe moins quand on a préalablement coupé le sciatique.

La connaissance de la dilatation active est riche en conséquences importantes pour la pathologie. Elle est indispensable pour la connaissance des effets réfléchis dans le système vasculaire. (*Comm.*: MM. Rayer, Cl. Bernard.)

Anatomie. — *Note sur la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères*, par M. *Rouget*. — L'auteur conclut de ses recherches que la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles de grenouille diffère complétement du type commun aux reptiles écailleux, aux oiseaux et aux mammifères. Ses observations le conduisent à admettre en très grande partie la description que Kölliker en a donnée récemment. Comme lui, il croit les fibres pâles extérieures au sarcolemme munies d'un prolongement de la gaine des tubes à double contour; comme lui, il a reconnu d'une manière incontestable les noyaux de la gaine dans les prétendus organes analogues aux corpuscules de Pacini; la description que Kühne en a donnée n'a, suivant M. Rouget, d'autre fondement que les illusions optiques qui accompagnent constamment l'emploi de grossissements de 1000 à 1500 diamètres, obtenus seulement à l'aide d'oculaires très puissants. (*Comm.*: MM. Andral, Cl. Bernard, Longet.

— M. *Rayer* présente au nom de l'auteur, M. *Heiser*, directeur d'un établissement de gymnastique médicale et orthopédique à Strasbourg, des *observations sur le rachitisme, la scrofule et les difformités des Gallinacés*. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer.)

Digitized by Google

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Gros*, sur le service médical des eaux minérales de Hammam-Rirah (Algérie) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un rapport sur une épidémie d'angine diphthéritique qui a régné à Bar-le-Duc en 1861, par M. le docteur *Nève*. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Bourdin* sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1861 à Choisy-le-Roi et à Villeneuve-le-Roy. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Sermet*, qui réclame la priorité d'invention du révulseur présenté dernièrement par M. *Mathieu*. (*Comm.*: M. Trousseau.)

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

TOXICOLOGIE. — M. le docteur *T. Gallard*, médecin des hôpitaux, termine la lecture de son mémoire intitulé : CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

L'auteur se propose de chercher dans les observations nouvelles, publiées depuis le mémoire de M. Tardieu, la confirmation de ce que le savant médecin légiste français a écrit sur ce sujet en 1857. — On comprend que dans les traités de médecine légale antérieurs au procès Palmer et au travail de M. Tardieu, l'empoisonnement par la strychnine n'ait donné lieu qu'à un très petit nombre de considérations, faute de faits sur lesquels appuyer des développements plus étendus ; mais ce qui ne s'explique pas, c'est que des ouvrages récents, et qui devraient être au niveau de la science, notamment le traité de M. Casper, gardent le même silence sur un sujet aussi intéressant.

Le mémoire de M. Gallard est divisé en deux parties.

Dans la première, consacrée à des considérations purement médico-légales, après avoir rapporté un certain nombre d'observations détaillées d'empoisonnement par la strychnine, il analyse minutieusement les symptômes et les signes qui permettent de le reconnaître et apprécie, d'après les faits, la valeur comparative de chacun de ces symptômes et de ces signes.

De cette étude, il résulte que la dose de strychnine suffisante pour donner la mort oscille entre 1 et 5 centigrammes. Il suffit de 1 à 2 centigrammes pour déterminer de graves accidents, mais il n'y a pas jusqu'à présent d'exemple d'empoisonnement mortel avec moins de 2 centigrammes et demi de strychnine ingérée dans l'estomac. Si l'estomac est rempli d'aliments, une dose de poison beaucoup plus forte pourra ne déterminer aucun accident.

Une dose beaucoup plus considérable pourra être impunément absorbée, si elle est fractionnée et administrée à intervalles suffisamment éloignés.

Le début et la marche de la maladie sont également rapides, la mort arrive en peu d'heures; la guérison est complète au bout d'un ou deux jours, sauf de rares exceptions.

Parmi les symptômes, le plus important, celui qui est vraiment caractéristique est le spasme tétanique, qui se produit spontanément à diverses reprises et qui présente cette singulière propriété d'être accru ou rappelé par le moindre contact, par un simple bruit. Ce qui n'empêche cependant pas les individus empoisonnés d'aller, de venir, de se mouvoir pendant l'intervalle qui sépare l'ingestion du poison du premier accès des convulsions tétaniques.

L'attouchement qui a la faculté de rappeler ou de provoquer ces convulsions est loin d'être douloureux, et il n'est pas rare d'entendre les malades demander à être tenus fortement ou frictionnés pendant leurs accès de spasme tétanique.

Les pupilles ont toujours été vues dilatées, au moins pendant l'attaque convulsive, sauf un seul cas dont la relation manque peut-être de détails suffisants sur ce point important.

Les autres symptômes, non plus que les lésions nécroscopiques, n'offrent rien de spécial, si ce n'est la rigidité cadavérique, laquelle commence beaucoup plus rapidement, est plus complète et se prolonge beaucoup plus longtemps qu'à l'état normal.

L'état du cœur, les lésions constatées quelquefois du côté des centres nerveux, sont loin d'avoir un caractère de constance et d'uniformité suffisante pour qu'il soit permis d'en faire des signes juridiques de cet empoisonnement.

Dans la deuxième partie consacrée à la thérapeutique, l'auteur ne s'est plus borné à l'analyse des faits observés sur l'homme, mais il a institué lui-même un grand nombre d'expériences sur les animaux. Il s'est proposé à la fois et de déterminer de quelle façon la symptomatologie bien connue de l'empoisonnement par la strychnine, peut être modifiée par les divers agents thérapeutiques pour permettre de reconnaître cet empoisonnement, même quand il aura été masqué par une médication plus ou moins énergique, et de rechercher s'il existe réellement un antidote efficace de la strychnine.

Ses expériences n'ont porté ni sur les moyens propres à évacuer le poison, ni sur ceux qui peuvent le dénaturer chimiquement avant son absorption. Il n'a voulu étudier expérimentalement que les antagonistes de la strychnine absorbée et ayant déjà commencé à manifester par des symptômes non douteux son action sur le système nerveux.

Afin de donner à ses résultats plus de certitude et plus de précision, il a procédé en injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané en solution concentrée, le poison aussi bien que les antidotes essayés.

Le curare dont les propriétés sont, suivant les uns, opposées, suivant les autres, identiques avec celles de la strychnine, ne lui a paru offrir qu'un simple intérêt de curiosité, car, dans la pratique, on n'aurait pas le temps de se le procurer pour pouvoir l'opposer à un cas d'empoisonnement par la *strychnine, il ne* s'en est donc pas occupé.

La morphine et la conicine ont été loin de justifier dans les expériences instituées par M. Gallard, les espérances que l'on aurait pu se croire en droit de fonder sur elles. — Elles ont plutôt accéléré que retardé la mort des animaux auxquels il les a administrés comme antidotes de la strychnine.

L'atropine et les inhalations de chloroforme n'ont pas eu non plus de bien brillants effets. La seule substance qui ait paru agir d'une manière bien manifeste est l'aconitine.

Un premier animal, qui avait reçu une dose de strychnine capable (d'après l'expérience acquise sur d'autres animaux de même force et de même taille) de le tuer en dix ou quinze minutes, a survécu deux heures et a succombé avec les symptômes de l'empoisonnement par l'aconitine, ceux de l'empoisonnement par la strychnine ayant en partie disparu ; un deuxième animal chez lequel la dose d'aconitine a été mieux graduée, s'est trouvé parfaitement rétabli au bout d'une demi-heure ; puis, quand trois jours après, on lui a administré comme contre-épreuve la même dose de strychnine, il a succombé en dix-sept minutes.

Ces résultats qui paraissaient assez encourageants, ne se sont malheureusement pas confirmés, car, dans une troisième expérience, un petit chien empoisonné avec 2 milligrammes 1/3 de strychnine a succombé en sept minutes, malgré l'administration immédiate d'un 1/2 milligramme d'aconitine.

MÉDECINE MENTALE. — M. le docteur *Baldou* lit un travail intitulé : DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

Ce travail peut se résumer ainsi :

Par les modifications dont l'application de l'hydrothérapie est susceptible entre les mains du médecin expérimenté, cette méthode offre à l'aliéniste des modifications très variées et qui correspondent aux variations si nombreuses de l'aliénation. Ces variétés d'action de l'hydrothérapie sont encore susceptibles de

Digitized by Google

s'augmenter par l'association de cette méthode avec les autres agents de la thérapeutique. L'application de l'hydrothérapie à la folie exige l'emploi raisonné et non systématique de chacun de ses éléments. La manie, comme la lypémanie et la démence, offre des périodes ou des phases pyrétiques et apyrétiques d'excitation et de dépression ; on ne peut donc dire que tel traitement convient à la manie, ou à la démence, ou à la lypémanie, mais bien à telle ou telle phase de ces maladies.

L'usage des douches et des bains comme moyen d'intimidation doit être plus restreint que ne l'ont pensé quelques aliénistes, mais non proscrit. Il en est de même des irrigations appelées douches, et qu'il vaut mieux remplacer par la capeline humide.

Ma conclusion dernière, dit l'auteur, sera non une prédiction, mais une prévision, et je la formulerai sans crainte de me heurter aujourd'hui contre les incrédulités et les préventions qui accueillirent mes prévisions en 1844 : l'hydrothérapie occupera dans la thérapeutique de l'aliénation mentale une place plus importante encore que celle qu'elle a su conquérir dans la thérapeutique des maladies chroniques en général.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Épidémie de variole chez des moutons.

Il y a quelque temps la variole sévissait épidémiquement à Wiltshire sur des troupeaux de moutons. W. Acton se rendit sur les lieux avec le professeur Simonds pour étudier *de visu* cette épizootie, et à son retour il a rendu compte de son examen dans une lettre qu'il a adressée au mois de septembre dernier à l'éditeur du journal The Lancet. La rareté du fait en lui-même, l'intérêt des détails contenus dans la lettre de W. Acton, nous engagent à reproduire ce document.

« La maladie apparut d'abord dans le troupeau de M. Parry ; ce troupeau, qui se compose d'agneaux et de brebis, au nombre de 1700 environ, paissait sur les bords du canal qui parcourt le val de Pusey, entre la plaine de Salisbury et les plateaux de Beckhampton. Le sol est formé par des dépôts d'alluvion. Il a été positivement établi que ce troupeau n'avait subi depuis longtemps aucune augmentation ; notons en outre que ce district est resté complétement à l'abri de l'épidémie qui a sévi en 1848 et 1849 sur les bêtes à laine ; le troupeau le plus voisin qui fut alors affecté était dans le Hampshire.

» A l'époque de ma visite à Wiltshire (le 4), le professeur Simonds avait sous sa surveillance trois troupeaux malades, appartenant à M. Parry, à M. Harding, et à M. Neates ; mais le bruit courait que la petite vérole avait éclaté dans quatre autres troupeaux du voisinage.

» *Mode probable d'infection*. — M. Harding m'a rendu compte en ces termes de l'infection de son troupeau : Ces animaux n'étaient séparés que par quelques champs de ceux qui étaient malades dans la propriété de M. Parry ; mais il est certain qu'il n'y a pas eu entre eux de communication directe. Il est probable que le miasme infectieux favorisé dans son transport par les rosées épaisses de la vallée, s'est propagé à distance d'un troupeau à l'autre. Des expériences antérieures ont montré que la variole des bêtes à laine est une maladie infectieuse au plus haut degré. Notre vieil ami l'étourneau a été accusé de transmettre le poison en se perchant sur le dos des moutons pour manger les insectes qu'il y trouve, et il est possible que dans certains cas le bec de cet oiseau ait été l'agent de transmission du virus ; mais dans le fait actuel, l'éruption siégeait dans des points qui n'étaient pas à la portée du bec de l'étourneau. On a supposé également que les mouches pouvaient être les agents d'inoculation, et cela est vrai sans aucun doute, dans les périodes avancées de la maladie.

» Le troupeau de M. Harding était parqué en trois lots séparés de quarante à soixante et dix têtes ; il était nourri de pâturages artificiels de la meilleure qualité, et de navets dont on distribuait une ration fraîche tous les jours. Avant l'invasion de la maladie, tous ces animaux étaient dans d'excellentes conditions ; vivant sur un terrain favorable, ils valaient quarante schellings pièce.

» *Symptômes*. — Lorsqu'on entrait dans le pâturage, voici les symptômes qui apparaissaient d'eux-mêmes : Les plus malades des moutons se tenaient à l'écart des autres ; ils présentaient tous les signes de l'abattement le plus complet, la tête basse, les oreilles pendantes ; la respiration était rapide et brève, les paupières étaient tuméfiées, des larmes s'écoulaient des yeux ; les conjonctives avaient une teinte rouge qui variait de la couleur de la scarlatine à celle du rouge de Modène ; les narines étaient le siége d'un écoulement muqueux, dont la viscosité augmentait à mesure que la maladie faisait des progrès ; ce liquide devenait souvent sanguinolent dans la dernière période ; la rumination était suspendue, toute nourriture refusée ; en revanche ces animaux avaient une soif vive, et ils étaient très enclins à lécher la terre ; mais alors le sol détrempé par le mucus nasal obstruait les narines, et la respiration en devenait plus difficile. Lorsqu'on couchait la bête sur le dos, on découvrait le siége principal de l'éruption, à savoir la partie interne et inférieure des membres, soit antérieurs, soit postérieurs. Cette éruption présentait la forme papuleuse ; confluente dans quelques cas, elle était discrète dans d'autres. Ces papules ou élevures étaient dures ; blanchâtres chez les uns, elles dégénéraient chez les autres en pustules ; l'épiderme qui les recouvrait présentait parfois une coloration brune. Sur beaucoup de points existaient de vastes ulcérations de mauvaise nature.

. . . .

» *Mesures prophylactiques*. — Il n'est pas sans intérêt pour le public de noter ici qu'à l'instigation du professeur Simonds, toutes les précautions ont été prises pour prévenir la propagation de la maladie. Dès qu'un animal meurt, il est enterré avec sa peau dans une fosse de quatre pieds de profondeur. On ne permet pas aux étrangers de s'approcher des troupeaux malades ; les chiens des bergers sont laissés dans les fermes. Dès qu'un nouveau troupeau est atteint, on en inocule toutes les bêtes, les saines et les malades.

» M. Simonds n'est pas partisan de l'inoculation avant l'apparition de la maladie.

. . . .

» *Inoculation*. — Le professeur Simonds, dans son ouvrage sur la variole ovine, a nettement établi que la vaccination ne met pas les troupeaux à l'abri de l'invasion de la variole. Les essais tentés avec le virus-vaccin n'ont jamais répondu aux espérances qu'on en avait conçues. Le seul moyen de protection dont l'expérience a prouvé l'efficacité en Autriche, en Belgique et dans la Grande-Bretagne, c'est l'inoculation ; encore cette protection n'est-elle que partielle.

» Conformément à ce qui a lieu pour d'autres animaux, la maladie ovine n'a jamais été transmise à la vache, ni aux chèvres, ni au chien, ni à l'homme ; des expérimentations nombreuses ont été faites pour établir ce résultat négatif.

» L'opération de l'inoculation est des plus simples : on la pratique d'ordinaire à la partie interne de la cuisse. L'instrument dont se sert M. Simonds est une aiguille courbe à pointe fine et un peu étalée ; on la plonge dans le liquide d'une vésicule, et l'on insère ensuite le virus au-dessous de l'épiderme, en évitant de produire un écoulement de sang qui nuirait au succès de l'opération. Il faut beaucoup d'attention et d'expérience pour choisir la vésicule la plus pleine qui doit fournir le liquide à inoculer. J'ai eu maintes fois la preuve que cette opé-

ration n'entraine aucun inconvénient, si elle est pratiquée avec les précautions convenables.

» Le mardi, 4 septembre, je suis allé voir les agneaux de M. Neates; ils avaient été inoculés dix jours auparavant..... Après en avoir attentivement examiné un grand nombre, je constatai que les caractères suivants étaient communs à tout le troupeau. A la partie interne de la cuisse était un tubercule élevé, aplati, de couleur rose, de la grandeur d'un schelling; le bord était surmonté de petites vésicules. Dans quelques cas les vaisseaux absorbants voisins étaient durs et dilatés, la peau était chaude; mais ces animaux ne paraissaient pas être grandement affectés par la fièvre, et ils paissaient comme ceux qui étaient sains. C'est là ce qu'on peut attendre de l'inoculation lorsqu'elle est heureusement pratiquée. Dans tous les cas de ce genre la maladie revêt sa forme bénigne et l'animal n'est plus susceptible de contracter la *maladie naturelle*..... Dans quelques circonstances, il y avait avec les phénomènes précédents une éruption papuleuse, répondant à ce que nous appelons *roséole;* cette éruption occupait le tégument externe. Ces papules n'étaient pas confluentes, et je crois être dans le vrai en avançant que ces animaux-là avaient été infectés avant l'inoculation, et que si celle-ci n'eût pas été pratiquée, ils eussent présenté la forme la plus sévère de la *maladie naturelle*. Le professeur Simonds a pris la peine d'examiner chaque mouton en particulier, et il devait faire inoculer de nouveau tous ceux chez lesquels l'opération n'avait pas suffisamment réussi. J'ai appris que le nombre de ces réinoculations a été très peu considérable. Après avoir vu par moi-même un grand nombre d'animaux inoculés, je suis convaincu qu'il ne résulte de cette pratique aucune conséquence fâcheuse, et je crois que c'est là une opération qui, entre des mains habiles et avec des soins convenables, peut donner les meilleurs résultats. Autant que je puis en juger d'après ma courte visite à Wiltshire, nous possédons dans l'inoculation un moyen efficace pour atténuer les effets d'une maladie extrêmement redoutable. » (*The Lancet*, septembre 1862.)

Syphilis transmise par la vaccination.

Le docteur Lachèze a donné dans l'Union médicale la relation suivante d'un fait qu'il a observé en Perse.

Un médecin italien qui n'avait guère de médecin que le nom « avait voulu profiter de la saison tempérée pour faire des vaccinations, ayant du vaccin, conservé provenant probablement de Turin. Un caravanier qu'il connaissait consentit à lui confier son fils, enfant de trois mois, et il fut vacciné.

» Huit jours après, sur un bouton qui paraissait normal, on procéda à onze autres vaccinations. Que se passa-t-il ensuite?

» D'abord, le premier vacciné eut des phénomènes extraordinaires; les boutons vaccinaux se transformèrent en ulcères qui ne voulurent pas guérir; plus tard, on vit des ulcères dans la bouche et l'arrière-bouche, et, au bout d'un mois, l'enfant succomba. Toute la famille du caravanier fut malade, il en fut à peu près de même chez tous les autres vaccinés et dans leurs familles. Le *médecin* qui n'avait jamais rien observé d'analogue, ne savait ce que cela voulait dire. Le lendemain, je fus mis en présence des victimes, et tout le monde avait la syphilis à l'état aigu ou à l'état constitutionnel; le mal se propageait dans les familles, et trois enfants étaient morts. »

Avec beaucoup de précautions, M. Lachèze annonça la triste vérité à l'infortuné *médecin;* « mais bientôt, continue-t-il, je fus amené à le plaindre en apprenant que, antérieurement à la vaccination, le caravanier était porteur de la syphilis. Ce chef de famille fit des aveux qui ne laissaient rien à l'état de doute. Il indiqua la date du jour où, ayant recherché la prostitution *masculine*, il avait senti les premières atteintes du mal, et ceci se passait quinze jours avant la vaccination, la mère étant en cohabitation habituelle avec son mari.

» L'iodure de mercure et les autres antisyphilitiques firent des merveilles, ce que j'appris par la suite. Voilà, monsieur, le fait dans sa plus grande simplicité, et dont j'ai de tout temps, dans mes conversations, tiré les conclusions suivantes :

» 1° Que le vaccin déposé sur un enfant infecté s'est développé normalement pour dégénérer en ulcération difficile à guérir et ayant tous les caractères syphilitiques, etc., etc.;

» 2° Que la sérosité prise au huitième jour sur le bouton a produit une pustule se comportant de la même manière que la première;

» 3° Que l'enfant infecté a présenté tout de suite les caractères réunis de l'affection locale et générale;

» 4° Que le danger est imminent pour les personnes en rapport avec l'enfant;

» 5° Que rien ne prouve que le bouton, en apparence *vaccinal* pendant les huit premiers jours, jouissait de la propriété de garantir contre la petite vérole. » (*Union méd.*, 23 sept. 1862.)

— La rédaction de l'Union médicale a fait observer avec raison que cette dernière conclusion est complétement en contradiction avec les résultats des revaccinations de Rivalta. Nous nous permettrons une autre remarque : les détails de ce fait sont insuffisants pour juger la question de la syphilis vaccinale, et il y a d'ailleurs une singulière incompatibilité entre deux des assertions de M. Lachèze; l'enfant était âgé de *trois mois* quand il fut vacciné, son père a contracté la syphilis *quinze jours* avant la vaccination, c'est-à-dire à un moment où l'enfant avait *deux mois et demi;* et c'est là-dessus que se fonde M. Lachèze pour qualifier cet enfant d'*infecté*. Ou il y a là un *lapsus calami*, ou il faut bien reconnaître avec nous que les divers éléments de cette observation sont inconciliables.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. Wharton-Jones, avec des additions et des notes par M. Foucher, in-12. Paris, 1862; Chamerot.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par Ch. Deval, in-8. Paris, 1862; Albessard et Bérard.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par Wecker, in-8, 1er fascicule. Paris, 1862; J.-B. Baillière.

Du glaucome, par Alphonse Jaumes, thèse. Montpellier, 1861.

Le nombre et la valeur des ouvrages qui, depuis quelques années, sont consacrés à l'histoire des maladies des yeux suffiraient seuls à montrer toute l'importance qu'a acquise en Angleterre, en France et en Allemagne l'étude de cette partie de la chirurgie. Paris n'est certes pas resté, sous ce rapport, en arrière des autres grandes capitales de l'Europe, car 1862 aura vu paraître trois traités nouveaux sur la matière.

L'un, celui de M. Wecker, en cours de publication, ne se compose encore que d'un seul fascicule; mais ce fascicule paru comprend deux cents pages, consacrées à l'étude des maladies de la conjonctive, et si nous appliquons ici le précepte *ab uno disce omnes*, il nous promet un important travail.

Le Traité pratique de M. Wharton-Jones peut aussi être revendiqué comme nôtre, car M. Foucher ne nous a pas donné une simple traduction avec notes explicatives de l'ouvrage de l'auteur anglais, il y a fait de nombreuses additions, si nombreuses même et si importantes qu'il doit être regardé comme le collaborateur de celui dont il se considère modestement comme l'annotateur; quelques chapitres des plus remarquables, l'*histoire de l'ophthalmoscope*, du *glaucome*, des *maladies de l'accommodation*, sont presque entièrement écrits par M. Foucher.

Nous ne pouvons parler du livre de M. Deval sans une

pénible émotion, car les éloges que nous aurons à donner à son ouvrage ne pourront, quelque peu de prix qu'il y eût pu attacher, arriver jusqu'à l'auteur, mort peu de temps après la publication de son important travail.

Il nous serait fort difficile de faire en quelques lignes une analyse, même sommaire, de trois traités très étendus, et nous devrons nous borner à considérer les tendances générales qui s'y manifestent, en examinant et en comparant quelques chapitres d'une importance spéciale. Ils nous donnent, du reste, comme un reflet des trois écoles ophthalmologiques de France, d'Angleterre et d'Allemagne. Les idées françaises et anglaises, réunies dans le livre de MM. Wharton-Jones et Foucher, sont complétées et commentées par les deux auteurs; les idées allemandes sont plus ou moins conservées dans les traités de MM. Deval et Wecker, qui ont poursuivi leurs études ophthalmologiques dans les cliniques de Wursbourg, de Vienne et de Berlin.

L'école allemande a eu sur l'ophthalmologie une grande et légitime influence, qu'elle devait à la valeur scientifique et aux remarquables travaux d'auteurs et de cliniciens à la tête desquels se placent Berr, Jæger, Rosas, de Graefe; malheureusement cette influence s'est quelquefois fait sentir d'une manière un peu trop germanique. Maîtres et élèves, en s'attachant aux infiniment petits, en s'adonnant trop spécialement à un travail d'analyse, en donnant trop de place aux classifications plus ou moins naturelles, en décomposant outre mesure des maladies qui, pour les besoins de la pratique, doivent être réunies, il en résulta une nomenclature des plus étendues et des plus variées, dans laquelle les mots grecs se pressent, se suivent, se combinent en si grand nombre que le langage spécial à l'ophthalmologie ne peut plus être compris qu'à l'aide d'un dictionnaire, à moins qu'on n'ait conservé un souvenir précis de son Jardin des racines, car chaque affection, chaque symptôme même a plus ou moins un mot grec pour le désigner :

...Ces noms durs et barbares
N'offrent de toutes parts que syllabes bizarres
A l'oreille effrayée.

des élèves, sans oublier la nôtre, se refusent trop souvent à en reconnaître la signification. MM. Jones et Foucher ont si bien reconnu cet inconvénient, plus important qu'on ne pense, d'une nomenclature prétentieusement chargée, qu'ils ont cru devoir ajouter à la fin de leur livre un glossaire qui sera souvent consulté, sinon pour lire leur livre, il n'en est guère besoin, mais pour comprendre certaines publications françaises pleines de l'esprit germanique.

Ce vice de l'analyse et des divisions portées jusqu'à l'extrême serait cependant peu important s'il n'avait pour but que la création de mots nouveaux, mais il n'en est pas ainsi, et l'on a cru pouvoir créer avec autant de facilité des maladies nouvelles. L'école de Beer en créant de toutes pièces les ophthalmies dites spécifiques peut nous fournir un exemple des graves inconvénients de ces divisions arbitraires. Deval, dans son livre, nous donne jusqu'à quatorze espèces différentes d'ophthalmies, mais nous devons dire tout de suite qu'il les rejette pour la plupart.

La classification de Beer, qu'on a cherché vainement à populariser parmi nous, reconnaissait dans les ophthalmies une foule de formes, le plus souvent imaginaires, dont le point de départ était une diathèse agissant assez fortement sur l'œil pour imprimer un cachet spécial à ses maladies, à la vascularisation de ses tissus, comme si la distribution des vaisseaux dans un organe ou une membrane pouvait être modifiée anatomiquement par la nature des causes délétères ou internes.

L'ophthalmie catarrhale de Beer affectait surtout la conjonctive, tandis que la rhumatismale se portait sur la sclérotique et la cornée représentant les tissus fibreux articulaires; mais ces deux diathèses se réunissant donnaient naissance à l'inflammation catarrho-rhumatique; puis venaient les ophthalmies scrofuleuses, catarrho-scrofuleuses et rhumatismo-scrofuleuses, l'arthritique, la catarrho et la rhumatismo-arthritique, etc. Nous avons encore conservé quelques-unes de ses divisions, non en les basant sur l'état local pour en déduire la diathèse, mais en renversant le raisonnement et en appelant scrofuleuse, par exemple, l'ophthalmie survenue sous l'influence bien marquée de la scrofule, quelles que soient les légères modifications de l'affection locale; de même l'ophthalmie arthritique ne sera pas celle où nous trouverons le cercle péricornéen ou l'écume arthritique de Beer, l'injection variqueuse sous-conjonctivale, mais nous pourrons ajouter cette dénomination à la choroïdite, à l'iritis, etc., quand ces maladies auront leur point de départ dans la diathèse rhumatismale.

Il y a dans ces deux manières d'envisager la question une différence plus grande qu'on ne le croirait volontiers d'abord, et cette différence est d'autant plus importante qu'elle influera beaucoup sur le traitement, car un scrofuleux présentant le cercle arthritique ne sera pas soigné en France comme un rhumatisant, mais comme un malade dont il importe de refaire la constitution par les toniques et les reconstituants.

Une réaction se fit plus tard contre les idées de Beer; mais, comme il arrive dans toutes les réactions, on alla trop loin en arrière en repoussant absolument ces idées, en n'admettant plus qu'une classification anatomique, et en décrivant à part des iritis, des choroïdites, des conjonctivites, sans voir que l'union de ces diverses lésions constituait, dans certains cas, une maladie qu'on devait classer et surtout traiter comme une unité morbide. Ce reproche ne saurait être adressé aux auteurs dont nous examinons les ouvrages, et l'histoire des ophthalmies forme dans les traités de Deval, de MM. Jones et Foucher un chapitre des plus importants.

« L'inflammation, dit M. Foucher, ne se localise jamais dans » une seule des membranes de l'œil, et sous le nom de kératite, » d'iritis, de choroïdite, etc., on ne peut désigner que des » inflammations dont le siége principal est dans l'iris, la cor- » née, la choroïde, etc.; ce serait s'exposer à décrire des » formes morbides qui ne se rencontrent pas dans la pratique » que de localiser ainsi chaque maladie oculaire. »

« La conjonctive, dit M. Deval, est la seule membrane oculaire, peut-être, qui soit susceptible de s'enflammer isolé- » ment. Lorsque la cornée, l'iris, la choroïde, etc., sont en » proie à l'inflammation, d'autres parties de l'organe y parti- » cipent plus ou moins. »

M. Deval, après avoir consacré un assez long chapitre à l'histoire générale des ophthalmies, c'est-à-dire de l'inflammation simultanée de plusieurs des membranes de l'œil, étudie séparément, dans les chapitres suivants, les maladies de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, etc.

M. Wharton-Jones reste un peu plus dans les idées de Beer et de Weller; il décrit aussi les ophthalmies en général, mais c'est encore sous ce titre qu'il examine la plupart des affections des membranes oculaires, et nous retrouvons les ophthalmies scrofulo-catarrhales, catarrho-rhumatismales, postérieure interne scrofuleuse, postérieure interne arthritique, etc.

Les traités de MM. Wharton-Jones et Deval débutent par une étude très importante que nous regrettons de ne pas trouver en tête de celui de M. Wecker, c'est l'ophthalmoscopie (en donnant au mot toute son acception) ou l'exploration de l'œil en vue du diagnostic. On ne saurait croire combien cette partie renferme dans les deux livres de renseignements précieux pour l'élève et pour le praticien; ils peuvent y apprendre quels sont les moyens mis à leur disposition au lit du malade pour l'exploration des bords de l'orbite, des paupières, de la conjonctive, de l'appareil lacrymal; quels sont les erreurs possibles et les moyens de les éviter; si à ce premier chapitre nous ajoutons le second qui le complète par l'étude générale du traitement des maladies des yeux, la valeur et le mode d'application des émissions sanguines locales, des collyres, des pommades, de l'occlusion de l'œil, des douches oculaires, etc., nous aurons ainsi en tête de l'ouvrage un petit traité clinique qui suffirait

Digitized by Google

à lui seul pour mériter au livre tout entier le titre de traité pratique.

Parmi les divers moyens d'explorer l'état anatomique de l'œil, il en est un qui par son importance méritait une mention ou plutôt une histoire spéciale, c'est l'ophthalmoscope; M. Deval a étudié ce sujet avec toute l'importance qu'il mérite; mais il a été un peu trop négligé par M. Wharton-Jones; heureusement, M. Foucher a si bien comblé cette lacune, que, loin de regretter le laconisme du chirurgien anglais, nous devons au contraire nous en féliciter, car elle nous vaut une description précise, claire, quoique concise, des instruments, de leur théorie et de leur mode d'application.

Les ophthalmoscopes *homocentriques*, c'est-à-dire ceux dans lesquels la lumière est réfléchie par un simple miroir concave, sont très nombreux; les plus connus ceux de MM. Ruete, Jæger, Liebreich, Anagnostaki, Desmarres, Follin, A. Gillet de Grandmont, peuvent se diviser en instruments fixes et instruments mobiles ou à main : les premiers, utiles surtout pour le cabinet, indispensables pour la démonstration; les seconds, pouvant servir partout et destinés surtout à suivre le chirurgien au lit du malade.

La grande difficulté de l'examen avec l'ophthalmoscope à main, consiste dans la combinaison des mouvements que l'on doit imprimer au miroir et aux lentilles pour les placer à la distance nécessaire soit l'une de l'autre, soit de l'œil observé, telle que l'exigent la longueur de leurs foyers et celle de la vision distincte du malade et du chirurgien. Il faut pour cela une certaine habitude que l'usage seul peut donner, mais que quelques médecins ont cherché à diminuer, M. Desmarres fils par son porte-ophthalmoscope, M. A. Gillet de Grandmont par son ingénieux appareil qu'avait adopté M. Deval, et dont il fait dans son livre un grand éloge.

Mais il existe encore une autre difficulté, c'est celle de placer son malade dans une obscurité suffisante, condition souvent très difficile à réaliser, et que M. Anagnostaki a presque supprimée par son instrument qui ressemble beaucoup aux ophthalmoscopes fixes, mais que l'on peut facilement transporter. Nous ne parlerons pas davantage de ces appareils décrits par MM. Deval et Foucher, et dont on trouvera le dessin dans le dernier numéro de ce journal. (*Gaz. hebd.*, p. 632.)

L'application de l'ophthalmoscope à l'étude des affections oculaires est encore assez récente pour expliquer le peu de place que tient dans le livre de l'auteur anglais la description des lésions profondes visibles à l'aide de cet instrument.

C'est encore une lacune comblée par M. Foucher, auquel nous devons l'histoire des choroïdites et des rétinites congestives, exsudatives, atrophiques, de l'hydropisie sous-rétinienne, des apoplexies des deux membranes internes de l'œil et enfin du glaucome aigu; du glaucome, cette maladie qui, à l'état chronique, a tant préoccupé les auteurs anciens et modernes, jusqu'au moment où la description du glaucome aigu est venue porter à son comble des incertitudes et des difficultés déjà grandes.

« Le terme de glaucome, dont on avait déjà tant abusé avant » que l'ophthalmoscope fût en usage, a acquis une signification » encore plus indéfinissable depuis que cet instrument a été » employé. »

Telle est la phrase qui sert d'épigraphe à une excellente thèse sur le glaucome, publiée récemment à Montpellier par M. Alp. Jaumes, et ces mots quelque peu décourageants ont été écrits par de Graefe, c'est-à-dire par l'auteur qui a fait peut-être le plus pour l'étude d'une affection sur la nature de laquelle on est loin d'être d'accord.

La dénomination donnée à la maladie n'a pas peu contribué à obscurcir son histoire : on est naturellement amené à rechercher parmi les symptômes cette coloration bleu verdâtre qui avait longtemps caractérisé le glaucome chronique; or ce symptôme est des plus exceptionnels dans le glaucome aigu, qu'on semble pouvoir ranger dans les affections inflammatoires de la choroïde, de l'iris et de la rétine; c'est ce que nous démontrera l'examen rapide des particularités les plus importantes de la maladie.

L'apparition du glaucome est quelquefois précédée de phénomènes prodromiques : augmentation rapide d'une presbytie déjà existante, irisations autour des lumières, obscurcissements de la vue intermittents et passagers, douleurs d'une intensité variable, etc.; mais quelquefois le début est brusque, foudroyant. Les malades sont réveillés par une douleur atroce dans un des yeux et dans la région frontale correspondante, la vue s'éteint rapidement, et souvent des vomissements accompagnent l'apparition de ces symptômes. Quelquefois, après cette première attaque, les douleurs diminuent ou s'apaisent, la vue revient plus ou moins complétement, mais une nouvelle attaque survient, et cette fois la cécité est le plus souvent complète. La pupille est dilatée et immobile, elle offre quelquefois cette teinte verdâtre particulière du glaucome chronique; la région ciliaire est congestionnée, les vaisseaux saillants, tortueux, comme variqueux, se rendent flexueusement sur les confins du pourtour de la cornée; celle-ci est terne, mate, et si l'on explore sa sensibilité, on s'aperçoit qu'elle est très notablement diminuée, quelquefois abolie.

Ces symptômes ne sont pas les seuls; les principaux dans lesquels nous devons comprendre l'anesthésie cornéenne, peuvent se ranger sous deux chefs : ceux que l'on constate par les moyens ordinaires d'exploration, ceux que l'ophthalmoscope seul permet d'apercevoir. Parmi les premiers, nous devons citer tout d'abord la tension, quelquefois extrême, du globe oculaire, pression due évidemment à une augmentation de volume des parties intérieures, car elle se traduit par un volume plus considérable et une dureté quelquefois extrême. Il semble même que le segment postérieur de l'œil soit surtout le siége de ce travail morbide, et ce qui semble le faire croire, c'est que la chambre antérieure est notablement diminuée, l'iris se trouvant, ainsi que le cristallin, plus ou moins porté en avant; en raison de cette circonstance, quelques auteurs ont cru pouvoir faire consister le glaucome aigu dans une *hydropisie* subite et considérable du corps vitré.

Mais c'est du côté de la rétine qu'apparaissent les symptômes vraiment pathognomoniques de l'affection : l'excavation de la papille et le pouls spontané des vaisseaux qui en émergent.

La papille se présente à l'état normal sous la forme ronde et sous une couleur d'un blanc brillant; elle offre à son centre une véritable dépression centrale d'où sortent les vaisseaux, et ceux-ci peuvent être suivis dans leur trajet depuis le centre de la papille jusque sur la face interne de la rétine proprement dite. Dans le glaucome aigu, cette disposition change complétement, et la forme de la papille est profondément modifiée. Ces modifications et une certaine disposition des vaisseaux firent croire d'abord à Edouard Jæger que la papille, au lieu d'être sensiblement plane ou très légèrement concave, était devenue, au contraire, saillante, et M. de Graefe admit aussi d'abord cette conicité de la papille.

Depuis, l'anatomie pathologique, une étude plus suivie du phénomène, sont venues démontrer que cette prétendue conicité était, au contraire, une excavation et le doute n'est plus permis lorsqu'on se sert de l'ophthalmoscope binoculaire de M. Giraud-Teulon. Une déviation des plus remarquables dans le trajet des vaisseaux rétiniens a été cause de cette erreur.

Chez un sujet sain, et quel que soit leur point d'émergence, les tubes vasculaires présentent un trajet à peu près rectiligne, et l'œil peut facilement les suivre depuis leur naissance au centre de la papille jusque sur la rétine. Dans le glaucome, il n'en est plus de même. Le point d'émergence se trouve plus ou moins rejeté vers le segment interne de la papille; de plus, arrivés à la limite interne de la zone blanchâtre qui circonscrit cette papille, ils disparaissent pour reparaître plus loin; mais les deux bouts de section apparente ne sont pas sur les limites d'une même ligne droite, ils sont séparés l'un de l'autre par un espace variable et ne pourraient être réunis que par une ligne oblique en forme de Z.

Digitized by Google

Jæger, ayant constaté cette disparition du vaisseau sur une partie de son trajet, l'expliquait assez naturellement par une conicité de la papille. En supposant que le cône se continuât par sa pointe avec le nerf optique, rien n'était plus facile que de comprendre comment la circonférence de la base du cône pouvait cacher une partie des vaisseaux; mais la dépression ayant été constatée à l'autopsie, il fallait chercher une autre explication; celle-ci, du reste, n'est pas difficile à trouver. Les bords de la dépression sont plus ou moins taillés à pic, l'obliquité de la section cache une partie du tube vasculaire lorsqu'on regarde le malade en face, et la portion invisible reparait sur le segment inférieur de la papille lorsque l'on fait regarder le malade en bas; c'est au contraire sur le segment supérieur que l'on peut suivre le vaisseau dans tout son trajet lorsque l'on fait diriger en haut l'œil que l'on examine.

Le pouls spontané des vaisseaux rétiniens est aussi un des phénomènes curieux que l'ophthalmoscope permet de constater, et M. Jaunes a consacré à l'étude de tous ces symptômes des pages qu'on lira avec plaisir, car ce sujet assez difficile s'y trouve exposé avec une grande clarté.

A une certaine période de la maladie, cette pulsation est apercevable sur la veine seulement; mais alors une pression légère, exercée à l'aide du doigt sur le côté externe du bulbe, la provoque facilement dans l'artère, tandis qu'elle disparait dans la veine, qui reste pâle et aplatie. Plus tard enfin ce phénomène devient spontané dans l'artère, mais il disparaît dans la veine. Ces symptômes, signalés d'abord par van Bright, bien étudiés par Donders, ont été rapportés par M. de Graefe à l'augmentation de la pression intra-oculaire, et cette opinion est aujourd'hui adoptée par la plupart des ophthalmologistes.

Quelle que soit sa nature, et l'espace qui nous est laissé ne nous permet pas de discuter cette intéressante question, le glaucome aigu est une maladie d'autant plus grave que, dans un grand nombre de cas, sa marche est très rapide et qu'elle entraîne souvent en quelques jours la perte complète et irrémédiable de la vision. Aussi les chirurgiens n'ont-ils pas craint d'employer pour la guérir des moyens actifs, des opérations sérieuses aujourd'hui à l'ordre du jour dans les cliniques ophthalmologiques : nous avons nommé l'iridectomie et la section du muscle ciliaire.

Frappé de la tension et du volume que présente dans le glaucome aigu le globe oculaire, M. de Graefe songea à pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure; l'opération amenait avec elle une amélioration et un amendement dans les symptômes; mais bientôt la petite plaie se cicatrisant, ils ne tardaient pas à reparaître avec leur intensité première. Le chirurgien de Berlin avait déjà traité des iritis chroniques, des irido-choroïdites par l'opération de la pupille artificielle, et il avait constaté dans beaucoup de ces cas une amélioration de la vision et un arrêt de l'atrophie de l'œil. Il songea à étudier dans le glaucome l'efficacité de ce moyen thérapeutique; le succès couronna ses tentatives, et l'iridectomie devint un fait scientifique de la plus haute importance. De Graefe faisait avec un couteau lancéolaire une ponction portant sur la sclérotique à 1 millimètre de la cornée, excisait de l'iris un lambeau très large de forme carrée qu'il prenait ordinairement à la partie interne de ce diaphragme.

M. Bowman, tout en employant le procédé de van Graefe, conseille avec raison de prendre le lambeau à la partie supérieure, afin que la perte de substance soit facilement cachée par la paupière.

De l'Allemagne où elle avait pris naissance, l'iridectomie, appliquée au traitement du glaucome, se propagea en Angleterre et spécialement à Londres, où elle fut pratiquée par MM. Bowman, Hulke, Critchett, von Salomon, Hancock, et un si grand nombre de fois que l'auteur d'une revue clinique sur ce point de pratique, insérée dans le Dublin Quarterly Journal, crut pouvoir l'intituler iridectomie épidémique en Angleterre.

C'était là sans doute une exagération; mais nous devons dire, pour notre part, que, sans méconnaître les services qu'a rendus et que rend tous les jours cette opération, elle est beaucoup plus souvent pratiquée qu'il ne serait nécessaire. Dans le but d'étudier avec quelques autres questions celle de l'iridectomie, nous sommes retourné l'année dernière rendre une courte visite aux hôpitaux de Londres et spécialement au *Royal London Ophthalmic Hospital*; or, à la première visite à laquelle nous assistâmes, nous vîmes pratiquer dix opérations, dont quatre iridectomies.

Les deux premières furent faites par M. Critchett sur un jeune garçon affecté de pannus et guéri antérieurement par l'inoculation du pus blennorrhagique. A gauche, la cornée, quoique transparente, paraissait un peu terne, mais uniformément; deux petits dépôts grisâtres, de la grosseur d'une pointe d'épingle, existaient sur sa face profonde; dans l'œil droit il y avait quelques dépôts fibrineux sur le cristallin, mais la vue était très bonne de chaque côté. M. Critchett fit l'iridectomie, très habilement du reste, sur les deux yeux par le procédé qui lui est propre.

La seconde malade était une petite fille de huit à dix ans nommée Marthe Daniel, ayant déjà perdu l'œil gauche, qui était atrophié, ayant la cornée droite un peu trouble, mais la vue encore très suffisante. M. Critchett fit cette fois l'iridectomie inférieure.

Le troisième malade était un homme âgé, ayant à l'œil droit un large staphylome. M. Hulke enleva l'œil avec une grande dextérité, par le procédé de Bonnet (de Lyon), puis, séance tenante, il fit sur l'autre œil l'iridectomie par déplacement et incision.

Nous observâmes le même jour deux malades iridectomisés pour un glaucome; l'un opéré par iridectomie transversale interne, par M. Hulke, ne pouvait lire que les n[os] 19 et 20 de Jæger; l'autre opéré, par M. Critchett, pouvait distinguer une montre, mais ne pouvait voir les aiguilles.

Ces faits nous frappèrent vivement, et si notre confiance dans cette opération ne fut pas ébranlée, nous crûmes du moins pouvoir en conclure que l'iridectomie épidémique n'était pas tout à fait une invention ou une calomnie irlandaise.

Le glaucome et l'iridectomie sont encore à l'étude, et M. Jaunes a rendu aux chirurgiens français le service de rassembler dans sa thèse les principaux documents sur cette importante question. Il en est un cependant que nous eussions aimé à trouver, et qui eût complété tout à fait son excellent travail, c'est la statistique des faits nombreux publiés dans le Medical Times et The Lancet, par MM. Hancock, Hulke, Vose Salomon, Bowmann, etc.

L'espace nous manque pour examiner quelques autres chapitres intéressants des livres de MM. Deval, Wharton-Jones et Wecker. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier ouvrage lors de la publication d'un nouveau fascicule; mais nous ne saurions quitter le traité pratique de M. Wharton-Jones, sans féliciter M. Foucher de la manière heureuse dont il a rempli la tâche, toujours un peu ingrate qu'il s'était imposée; les chapitres qu'il y a ajoutés mettent au niveau de la science un livre qui devra à sa collaboration une grande partie de son succès; nous ne devons pas non plus terminer sans adresser à l'éditeur des félicitations pour le grand nombre d'excellentes figures, qui seront pour les lecteurs un des attraits du livre dont ils complètent si bien et si heureusement le texte.

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

DISCOURS D'OUVERTURE DES ÉCOLES DE MÉDECINE DE LONDRES.

La ville de Londres, on le sait, ne compte pas moins de huit écoles de médecine, dont les certificats sont valables pour la candidature aux différents titres officiels. Le 1[er] octobre, les huit écoles ont simultanément ouvert leur session d'hiver, et le Daily Telegraph a reproduit presque

Digitized by Google

in extenso les huit discours d'ouverture. Ce fait prouve à la fois l'importance attribuée à l'enseignement médical, et l'intérêt que le public anglais y attache. A *Middlesex*, le docteur Priestley a pris pour texte la valeur solide de notre profession, comparée principalement à celle du clergé; il a parcouru les différents points du globe où les médecins ont joué un rôle remarquable, montrant aux jeunes étudiants la dignité et la noblesse de la profession qu'ils embrassent. A *St-Mary's*, le docteur Sieveking a tracé à grands traits les devoirs du médecin et les motifs qui peuvent déterminer un jeune homme à embrasser cette carrière. A *Guy's Hospital*, c'est un chirurgien, M. Cooper Forster, qui a prononcé le discours annuel; l'importance de l'étude de l'anatomie pour les médecins et la méthode à employer pour diriger habilement ses études en ont fait le fond. Ce thème a été également choisi, et non moins habilement traité, par M. Prescott Hewett à *St-Georges Hospital*. Le docteur Bristol, doyen de *Saint-Thomas*, a traité la question de la construction, de la distribution et de l'hygiène des hôpitaux; il s'est élevé contre les projets qui tendraient à éloigner les hôpitaux des centres de population, et aussi contre ceux qui voudraient diviser un hôpital en deux sections, l'une à la ville, l'autre aux environs, et destinée aux cas chroniques et aux convalescents. Les devoirs de l'étudiant envers les livres vivants, qui remplissent les salles d'un hôpital (*les malades*, s'entend), ont fait le sujet du discours de M. W. Cholmeley à l'école de médecine de *Grosvenor Place*. A *Westminster*, M. Anstie a donné des conseils aux étudiants sur la manière de diriger leurs études, et il a savamment énuméré les découvertes médicales de ces dernières années. Enfin, au *Collége de l'Université*, le professeur Wilson Fox a prononcé une magnifique *lecture* sur la méthode philosophique des sciences médicales.

Si nous mentionnons les nombreux discours, c'est moins à cause de l'intérêt qu'ils offrent individuellement que pour montrer un côté particulier de l'enseignement médical à Londres. On comprend quelle émulation, quel mouvement, quelle vie intellectuelle excitent les nombreuses écoles auxquelles restent attachés de cœur et d'esprit les anciens élèves. On comprend aussi quelle vaste carrière est ouverte au talent et au mérite par le fait même de l'existence de chaires très nombreuses, rétribuées selon la valeur du professeur par ceux qui en sont, au point de vue des études, les meilleurs juges, c'est-à-dire par les élèves. Grâce à cette organisation, qui n'exclut en rien le grand enseignement théorique et philosophique, on peut dire qu'à Londres il est bien rare qu'un homme de mérite ne trouve point l'occasion de se manifester, et vieillisse dans les positions inférieures, sans occasion de développer complétement et de faire valoir ses aptitudes. — En écrivant ceci, nous ne comparons pas, nous ne jugeons pas les mérites respectifs de l'enseignement anglais et de l'enseignement français; nous indiquons seulement un des avantages du premier. E. D.

— La commission du monument élevé à Lyon à la mémoire de Bonnet voulant, autant qu'il est en elle, exciter l'émulation de la jeunesse qui se destine au service des hôpitaux, a adopté, dans sa dernière séance, les propositions suivantes: 1° Une somme de 2000 francs, prise sur le produit de la souscription, sera consacrée à la fondation d'un prix décerné chaque année à l'élève en médecine qui sera reçu le premier au concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. 2° Ce prix, appelé *prix Bonnet*, consistera en une trousse d'honneur munie de ses instruments, et portant cette inscription: *Prix Bonnet*, décerné à l'élève ***. 3° Pour assurer à perpétuité les effets de cette fondation, la somme disponible de 2000 francs sera offerte au Conseil des hôpitaux de Lyon, avec demande d'en vouloir bien employer le revenu comme il vient d'être dit.

Le Conseil d'administration des hôpitaux ayant pris en considération les motifs de la proposition qui lui était faite, a agréé la fondation du prix Bonnet, et s'est chargé d'en assurer les effets à l'avenir. Dès cette année donc, une trousse d'honneur sera remise par le président de l'administration au premier élu du concours qui va s'ouvrir le 28 octobre prochain.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours, dans sa séance générale du 10 septembre 1862, la proposition suivante: « Un exposé historique et critique, basé sur des expériences (physiologiques) et des recherches cliniques, de l'influence thérapeutique de l'inspiration des corps médicamenteux en forme de gaz, de vapeur et en poudre, sur la guérison des maladies des voies respiratoires. » La Société désire que les travaux de MM. Sales-Girons, Demarquay, Durand-Fardel, Poggiale et Fournié sur cette matière soient consultés.

Prix: Une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 fr.). Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er juin 1863, dans la forme académique, à M. le docteur J.-W.-R. Tilanus, secrétaire général de la Société, à Amsterdam, écrits lisiblement en hollandais, français, anglais, allemand ou latin.

— L'ouverture du nouvel hôpital militaire établi sur le vaste emplacement qu'occupait autrefois l'hospice des Incurables, a eu lieu le 1er octobre. Il s'appelle hôpital Saint-Martin. Une centaine de malades y ont été admis en traitement à partir de ce jour.

— On construit en ce moment une nouvelle et grande aile à l'orient de l'hôpital Saint-Antoine. Cet hôpital, qui ne contenait qu'environ cinq cents lits, va bientôt en contenir le triple.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux aura lieu le 17 décembre prochain.

— M. Roux-Martin, ancien chirurgien-major de la marine, est mort à Paris le 28 septembre dernier, à l'âge de soixante-trois ans.

— Mercredi dernier, 1er octobre, a eu lieu, au port de Toulon, le concours pour les places vacantes dans le cadre des chirurgiens de la marine. La cérémonie était présidée par M. le contre-amiral Chaigneau, préfet maritime par intérim, assisté de tout le personnel du service de santé, et dont le discours fait autant d'honneur au corps de santé militaire qu'à l'orateur lui-même.

La question à traiter était: *L'anatomie et les fonctions du grand sympathique*. Cinq candidats ont été entendus dans cette séance. Le nombre des candidats et des places se décompose ainsi: Chirurgien de 1re classe: 5 places, 29 candidats; chirurgien de 2e classe: 10 places, 15 candidats; chirurgien de 3e classe: 10 places, 13 candidats.

— La séance générale annuelle de l'Association générale aura lieu le 26 et le 27 de ce mois, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales est fixé au 25, à sept heures et demie du soir, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. Le prix de la souscription est de 20 fr.

On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 22.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DE L'EFFICACITÉ DES APPLICATIONS DE GLACE SUR LE VENTRE, AVANT ET APRÈS LE DÉBRIDEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES, POUR COMBATTRE LA PÉRITONITE CONSÉCUTIVE, par le docteur *Adolphe Dumas*. In-8. Paris, Asselin. 50 c.

ÉTUDE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE SUR LES DIVERTICULES DE L'INTESTIN, par le docteur *Henry Cazin*. Grand in-8, avec figures. Paris, Asselin. 2 fr. 50

MÉMOIRE SUR LA PÉNÉTRATION DES LIQUIDES DANS LES VOIES RESPIRATOIRES, ET DE LEUR APPLICATION AU TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX, DU PHARYNX ET DU LARYNX, par le docteur *Demarquay*. Grand in-8. Paris, Asselin. 1 fr. 50

AIX-LES-BAINS: SES THERMES; TRAITÉ COMPLET, DESCRIPTIF ET THÉRAPEUTIQUE, DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES, ALCALINES, IODO-BROMURÉES, D'AIX EN SAVOIE, par le docteur *J. Berthet*. In-8 de VIII-280 pages. Aix-les-Bains (Savoie), chez l'auteur. 3 fr. 50

DE LA SURDITÉ ET DE QUELQUES NOUVEAUX MOYENS PROPRES A GUÉRIR CETTE AFFECTION, par le docteur *Lersche*. In-8 de 60 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 25

DE LA COEXISTENCE FRÉQUENTE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DES LÉSIONS DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE; DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN RÉSULTENT, par le docteur *Nonat*. Brochure in-8. Paris, Adrien Delahaye. 75 c.

DE LA MÉTHODE SUBSTITUTIVE, OU DE LA CAUTÉRISATION APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE AIGUE ET CHRONIQUE, par le docteur *Hicguet* (de Liége). In-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

DU TRAITEMENT DE L'ENTORSE PAR LE MASSAGE, par *Felix Rizet*. In-8 de 20 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

PHTHISIE IRRÉGULIÈRE MANIFESTE CHEZ L'ADULTE (EXCEPTIONS A LA LOI DE M. LOUIS), par le docteur *Allaire*. Grand in-8 de 29 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

MM. les docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE est expiré le 30 septembre, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 15 octobre, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1862.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er du chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 17 OCTOBRE 1862. — N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Chenilles urticantes. — Sels d'étain comme antiblennorrhagiques. — Feuilles de ricin comme galactogogue. — Acide gallique contre l'entérorrhagie. — Collodion vésicant. — Empoisonnement par l'Œnanthe crocata. — Eau de laurier-cerise. — Glycérolé d'iodure de fer. — Académie de médecine : Bruits anormaux des vaisseaux abdominaux. — Emprisonnement cellulaire. — II. **Travaux originaux**. Pathologie interne. Mémoire sur les tumeurs stercorales. — Mutisme dépendant d'un abcès du lobe antérieur gauche du cerveau. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Bibliographie**. Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes. — V. **Variétés**. Association médicale italienne. — VI. **Bulletin des publications nouvelles**. Réceptions au grade de docteur. — VII. **Feuilleton**. Exposition de Londres.

I

Paris, 16 octobre 1862.

Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : CHENILLES URTICANTES. — SELS D'ÉTAIN COMME ANTIBLENNORRHAGIQUES. — FEUILLES DE RICIN COMME GALACTOGOGUE. — ACIDE GALLIQUE CONTRE L'ENTÉRORRHAGIE. — COLLODION VÉSICANT. — EMPOISONNEMENT PAR L'ŒNANTHE CROCATA. — EAU DE LAURIER CERISE. — GLYCÉROLÉ D'IODURE DE FER. — *Académie de médecine* : BRUITS ANORMAUX DES VAISSEAUX ABDOMINAUX. — EMPRISONNEMENT CELLULAIRE.

Les chenilles ont, comme on sait, été très abondantes cette année, et par suite de cette multiplication excessive, les arbres des bois de Boulogne et de Vincennes ont été, au printemps dernier, presque complétement dépouillés de leurs feuilles. Or, comme on sait qu'un certain nombre de ces animaux jouissent de propriétés urticantes très prononcées, on ne doit pas être étonné si plusieurs personnes ont éprouvé quelques accidents par suite de cette action particulière. Un enfant, de huit ans à peu près, voulut dénicher des œufs dans les environs de Dardilly, près de Lyon, et ne prit pas garde que l'arbre, sur lequel il grimpait, était garni d'un grand nombre de chenilles. Bientôt après il fut pris d'une démangeaison très vive, promptement suivie d'une éruption de taches larges et rouges, auxquelles succéda rapidement une tuméfaction générale de la peau, accompagnée de fièvre, de somnolence et de délire; malgré le traitement employé, la mort survint au bout de quelques heures. Les chenilles qui furent cause de cet événement appartiennent à l'espèce *Bombyx processionnea* Réaumur, dont le nid, comme le savent les entomologistes, détermine souvent des pustules et un malaise considérable aux personnes qui l'ont touché, même légèrement. Le docteur Calmeil, médecin de l'hospice de Charenton, avait conservé sous verre, pendant une dizaine d'années, un de ces nids de processionnaires : un accident ayant brisé la glace devant plusieurs personnes, celles-ci furent atteintes de l'éruption caractéristique. Cette propriété a inspiré à quelques médecins l'idée d'employer

---

FEUILLETON.

Exposition de Londres.

(Quatrième article.)

SOMMAIRE. — Stéthoscopes et plessimètres. — Spiromètres. — *Voies urinaires* : sondes et bougies. — Uréthrotomes et lithotomes. — Forceps. — Brise-pierres. — Curettes uréthrales. — Instruments pour retirer des corps étrangers introduits dans la vessie. — Spéculums et hystérotomes.

Les instruments destinés à faciliter l'exploration des viscères thoraciques ne nous arrêteront pas longtemps; ce n'est pas toutefois que leur nombre ne soit considérable : stéthoscopes de toutes formes et de toutes dimensions, en buis, en verre, en cèdre, en ébène, en caoutchouc durci, se rencontrent dans toutes les vitrines. Il en est un que nous pouvons mentionner spécialement : destiné vraisemblablement aux médecins hypochondriaques, il permet de s'ausculter soi-même; triste avantage, car en pareille circonstance il est rare que l'imagination malade ne fasse croire à l'existence de tous les bruits décrits et classés dans les traités d'auscultation. Le plessimètre se trouve aussi au nombre des instruments exposés par les fabricants étrangers; puisse cette nouvelle réjouir le cœur qui professe pour cette petite plaque un culte si fidèle! Quant au plessimètre à marteau, il ne paraît pas avoir fait, jusqu'à présent, de nombreux prosélytes, au moins de l'autre côté du détroit.

Le spiromètre de M. Guillet, celui qu'expose M. Coxeter (de Londres), permettent d'apprécier la capacité pulmonaire et la force avec laquelle les muscles expirateurs peuvent se contracter, car ils ne peuvent guère permettre d'autre appréciation. Le malade souffle de toutes ses forces dans une embouchure quelconque, et l'on peut lire sur un cadran ou sur une tige graduée la quantité et la pression de l'air expiré. Le stéthomètre du docteur Quain, modifié par M. Coxeter, traduit en chiffres la dilatation totale ou unilatérale de la poi-

ces nids, comme stimulants de la peau, dans quelques maladies, mais l'usage n'en a point été accepté. L'action urticante des chenilles est due à des poils très petits, presque invisibles à l'œil nu, pointus quand ils sont entiers, tronqués quand ils sont brisés, striés longitudinalement, ou comme ponctués et à aréoles remplies d'une matière particulière. Charles Morren, qui les a étudiés, pense que c'est la matière interne qui donne aux poils leur propriété urticante. De même que les *Bombyx processionnea*, plusieurs autres espèces possèdent des actions analogues, tels sont les *Phalæna Quercus*, *Liparis auriflua*, *Lithosia caniola*, etc. On a proposé contre les accidents qu'elles déterminent l'eau salée, une solution de sulfate de fer, mais ce qui paraît le mieux réussir ce sont les onctions faites avec un mélange de glycérine et d'eau de chaux. (*Pharmaceutical Journal*, août 1862.)

— Le prix élevé du sous-nitrate de bismuth, qui a presque centuplé depuis quelques années, a engagé le docteur Calvo à lui chercher, pour le traitement des écoulements uréthraux (voy. *Gaz. hebd.*, t. VIII, p. 27) quelque succédané, qui fût d'un emploi plus économique, quoique donnant des résultats aussi avantageux. Il résulte de ses expériences que l'oxychlorure, le phosphate et le tannate d'étain donnent d'excellents résultats dans le traitement de la blennorrhagie, au début et dans la période de déclin, et dans la blennorrhée. L'oxychlorure d'étain, en particulier, a l'avantage de ne pas rendre avec le temps, des injections irritantes, comme celles qu'on a observées à la suite de l'emploi du sous-nitrate de bismuth mal lavé. Les injections à employer trois fois par jour, que recommande M. le docteur Calvo sont les suivantes : 1° eau distillée de roses 100 grammes ; oxychlorure d'étain 8 grammes ; 2° eau distillée de roses 100 grammes, phosphate d'étain 6 grammes ; 3° eau distillée de roses 100 grammes, tannate d'étain 2 grammes. (*Union médicale*. — *Journal de pharmacie et de chimie*, octobre 1862.)

— Dans un certain nombre de pays on considère les feuilles de ricin (*Ricinus communis*) comme un galactogogue des plus puissants, et on en emploie les feuilles en applications sur les seins, sous forme de cataplasmes. Les médecins américains, qui s'adonnent d'une manière particulière à l'étude de la matière médicale, et cherchent à introduire dans la thérapeutique un certain nombre de nouvelles substances, font verser de l'eau bouillante sur les feuilles grossièrement contuses pour faire un cataplasme qu'on place sur les seins, et font prendre trois fois par jour une cuillerée de *fluid extract* de Cushman (extrait alcoolique de feuilles de ricin). Le lendemain il y a un flux modéré de lait, et bientôt il se fait d'une façon convenable. On supprime le cataplasme, mais on continue pendant deux jours la liqueur alcoolique : à ce moment la sécrétion lactée est parfaitement établie et fournit à tous les besoins de l'enfant. Le docteur William Gilfillan (de Brooklyn), qui a plusieurs fois annoncé les heureux effets qu'il obtient de cette médication, indique qu'il a surtout retiré de grands avantages de l'emploi du *fluid extract* de feuilles de ricin, qu'il considère comme le stimulant spécifique de la sécrétion mammaire, n'ayant aucune action fâcheuse sur les systèmes nerveux, circulatoire et digestif. L'emploi du cataplasme peut bien venir aider l'action du *fluid extract*, mais il n'est pas indispensable. (*American Medical Times*. — *The Cincinnati Lancet and Observer*, septembre 1862.)

— Une des affections les plus redoutables des pays chauds est sans contredit l'entérorrhagie, qui résiste souvent aux médications les plus rationnelles et les plus énergiques. Chez un jeune Damascain, réfugié à Alexandrie, et qui était atteint d'une dysentérie des plus graves, résistant à l'emploi de l'opium associé à l'ipécacuanha, et qui avait des selles de sang noir pur (non mêlé de mucosités), très abondantes, M. le docteur Aïdé est parvenu à enrayer l'hémorrhagie intestinale en faisant prendre au malade 1gr,50 d'acide gallique. Quelques jours plus tard, malgré l'emploi de l'opium et de l'ipécacuanha, une nouvelle selle sanguine ayant eu lieu, il prit immédiatement une nouvelle dose d'acide gallique (2 grammes), et le médicament, *continué* pendant plusieurs jours à la dose de 1gr,50, amena la disparition complète de l'hémorrhagie intestinale. La dysentérie fut aussi enrayée par l'usage de l'opium et de l'ipécacuanha, et celui de lavements d'acétate de plomb à la dose de 6 grammes pour 500 grammes d'eau. (*Répertoire de pharmacie*, août 1862.)

— Pour obvier aux inconvénients que peut présenter l'emploi de l'emplâtre vésicant, on a proposé plusieurs moyens parmi lesquels on peut citer le *collodion vésicant*, constitué généralement par l'adjonction au collodion d'une certaine quantité d'extrait éthéro-acétique de cantharides. Il suffit de déposer sur la partie où l'on veut déterminer la vésication

---

trine. Un lien est placé autour du thorax ; à chacune de ses extrémités vient aboutir un double cadran appliqué sur le sternum ; la traction exercée sur chaque moitié du fil vient agir sur deux dynamomètres dont les aiguilles indiquent l'ampliation qu'a subie chaque moitié de la cage thoracique.

Aucun appareil nouveau ou de quelque intérêt destiné à l'opération de la thoracentèse ne paraît s'être produit depuis plusieurs années. Il n'est plus besoin aujourd'hui de trocarts à soupapes, à robinets, devenus complétement inutiles depuis que M. Reybard a eu l'idée aussi simple qu'ingénieuse de garnir la canule ordinaire d'un petit cylindre de baudruche préalablement mouillée.

— Il nous faut bien enfin arriver aux instruments destinés à agir sur les organes génito-urinaires, et notre embarras devient extrême. Comment décrire, comment énumérer même les innombrables instruments que met aux mains des chirurgiens l'habileté de nos fabricants, incessamment stimulée par le zèle et le nombre des inventeurs ? Zèle qu'on devrait louer hautement, s'il n'était parfois suspect ! Et pourquoi ne le dirions-nous pas ? Nous sommes loin d'être fiers du grand nombre de cathéters, de scarificateurs, d'uréthrotomes, de sondes, d'explorateurs, d'exciseurs, de dilatateurs que possède plus spécialement l'arsenal chirurgical français. Les rétrécissements de l'urèthre surtout semblent avoir excité une vive émulation, et il semblerait qu'aujourd'hui il est moins nécessaire de les avoir étudiés pour être appelé à les guérir, que d'avoir inventé sa petite modification aux instruments d'autrui. La plupart, en effet, ne se distinguent que par des changements absolument sans importance, et on nous pardonnera de les laisser dans l'oubli.

L'usage des sondes et des bougies tient une grande place dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Les bougies exposées par les fabricants anglais semblent tout d'abord plus soignées et meilleures que les nôtres ; mais cette supériorité est plus apparente que réelle, et les nôtres, aussi bonnes,

Digitized by Google

une petite couche de ce collodion, et on obtient rapidement la production des phlyctènes. D'après les observations de M. C. R. C. Tichborne, on obtient un collodion beaucoup plus énergique quand on substitue aux cantharides, les mylabres de la chicorée ; ce qui, dans quelques circonstances, peut être un avantage. M. Tichborne a fait aussi un autre collodion vésicant avec l'huile essentielle de moutarde. Pour l'obtenir, il mélange : huile essentielle de moutarde 3 grammes, collodion 15 grammes et acide acétique 2 gouttes; les effets obtenus ne valent pas ceux du collodion vésicant fait avec des cantharides et des mylabres, et sont moins certains ; mais si on veut l'employer comme rubéfiant en l'étendant d'une quantité de collodion, que chacun peut varier suivant l'effet qu'il désire, il donne des résultats très satisfaisants. (*Amer. Drugg. Circ. And Chem. Gaz.* 1862.)

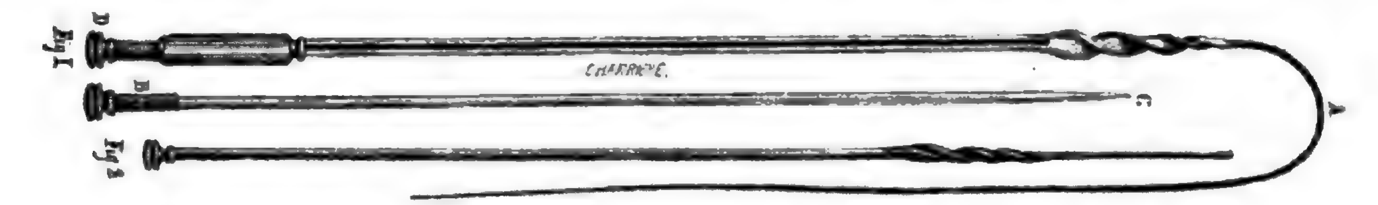
— Parmi les plantes qui croissent dans nos campagnes, il en est qui peuvent être facilement confondues avec d'autres, dont les propriétés sont des plus dangereuses. C'est ainsi que, dans certaines localités de la France, sous le nom de *Châtaignes de terre*, quelques personnes mangent les tubercules du *Carum Bulbocastanum*, ou ceux de l'*OEnanthe pimpinelloides*. Or ces deux Ombellifères ont une très grande analogie avec l'*OEnanthe crocata*, qui est l'un des végétaux les plus vénéneux de nos pays. Déjà plusieurs cas d'empoisonnements ont été publiés, dus à des méprises semblables, et tout récemment encore, M. Baume en rapportait deux intéressants exemples. Huit pensionnaires de l'asile de Quimper étaient occupés à défricher une pièce de terre, quand l'un d'eux fut rapporté, sans pouls et pris de convulsions, à l'asile, où il mourut bientôt, moins d'une demi-heure après l'apparition des premiers symptômes. A l'autopsie, on trouva de l'injection des méninges et du cerveau, avec une consistance très grande de ce dernier. Les poumons étaient gorgés de sang noir, la rate et les reins également. L'estomac et les intestins contenaient des débris d'une racine blanche réduite en pulpe, et en assez faible quantité. Un des compagnons de ce malheureux avait le pouls faible, la face pâle et les pupilles dilatées : il put rentrer à l'asile. Sous l'influence d'émétiques et de purgatifs il rendit une petite quantité de racine blanche, et fut traité ensuite par le café fort et l'iodure de potassium. Il avait mangé, gros comme un bouchon, d'une racine qui fut reconnue provenir de l'*OEnanthe crocata*. Les racines, en forme de navet, ont un goût douceâtre, qui trompe beaucoup de personnes, et qui est bientôt remplacé par une saveur âcre très vive ; leur ingestion détermine des accidents très graves qu'il importe de combattre le plus rapidement possible par l'évacuation, au moyen des émétiques et des cathartiques, et par l'emploi de cataplasmes et de boissons adoucissantes. Un des meilleurs caractères pour distinguer cette racine de celles des autres plantes avec lesquelles on pourrait la confondre, réside dans la présence d'un suc lactescent, devenant safrané au contact de l'air, et qu'elle offre dans toutes ses parties. (*Archives des maladies mentales*, 1862. — *Dublin Medical Press*, septembre 1862.)

— Un des médicaments les plus actifs qu'emploie la thérapeutique est bien certainement l'eau de laurier-cerise, qui renferme une proportion notable d'acide cyanhydrique : il est donc très important que le médecin puisse préjuger toujours les effets qu'il obtiendra de ce médicament, et ne trouve pas de différences notables suivant l'époque où l'eau aura été préparée, ou suivant les localités d'où on aura tiré la plante. Pour arriver à donner quelques notions plus sûres à ce sujet, un habile pharmacien de Paris, M. Adrian, a institué des expériences sur le laurier-cerise recueilli à Nice et à Caen, c'est-à-dire dans deux localités extrêmes comme différence de végétation, et il est arrivé aux résultats suivants : 1° Il est à peu près indifférent de recueillir le laurier-cerise à toutes les époques de l'année, sous le climat de Paris et dans le nord de la France ; mais dans le Midi, où la plante passe par toutes les périodes d'une végétation complète, il y a des différences notables entre les produits obtenus aux diverses époques. 2° Le moment le plus favorable pour avoir une eau aussi riche que possible en acide cyanhydrique, est, pour une même région, de choisir le moment de la floraison et surtout la période qui précède la fructification. L'eau de laurier-cerise, et les observations de M. Adrian viennent confirmer celles de MM. Mayet et Buignet, ne paraît pas éprouver de changement notable par suite de l'action du temps. L'eau de laurier-cerise n'étant pas identique, suivant les diverses localités où elle a été préparée, et suivant les diverses saisons, surtout dans le Midi, il sera nécessaire que le pharmacien dose la quantité d'acide cyanhydrique qu'elle renferme, pour éviter tout accident. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1862.)

— Parmi les divers procédés proposés pour conserver, sans altération, l'iodure de fer, nous avons fait connaître l'an

---

ont pour elles un avantage qui n'est pas à dédaigner, leur bon marché incontestable. M. Mathieu expose des bougies en baleine avec renflement conique creusé en spirale, mais placé à l'extrémité du bec ; celles qu'expose M. Charrière ont la spire



placée à quelque distance du bec ; elles se terminent par une extrémité cylindrique, effilée, qui, introduite dans le rétrécissement, trace la voie que l'olive doit élargir en agissant à la façon d'un tire-bouchon. C'est à M. Dieulafoy (de Toulouse qu'appartient la première idée de ce mode d'exploration, qu'a modifié M. Beck, sans connaître probablement ce qui avait été fait en France.

Une vingtaine d'uréthrotomes coupant d'arrière en avant, d'avant en arrière, ou à volonté dans les deux sens, n'est que le bilan affaibli de ce que l'industrie française a exposé pour la guérison radicale, instantanée et sans douleur, des rétrécissements de l'urèthre.

dernier (*Gazette hebdomadaire*, VIII, 693) le moyen indiqué par M. Vézu (de Lyon). Le beurre de cacao, que cet habile pharmacien combine avec l'iodure de fer, donne en effet les moyens de prévenir sa décomposition. En continuant ses expériences dans la même voie, M. Vézu est arrivé à combiner la glycérine avec l'iodure de fer, en une solution vert émeraude, amère et astringente, ne décelant par aucun réactif la présence de l'iode libre. La formule pour préparer cette liqueur ne diffère de celle de la solution normale de Dupasquier, qu'elle est destinée à remplacer, que par la substitution de la glycérine à l'eau :

Pr. Iode	35	grammes.
Fer porphyrisé	70	—
Glycérine	400	—

F. S. A.

Cette solution peut servir de base à plusieurs préparations, et entre autres, à un sirop dont la formule, communiquée par M. Vézu, est la suivante :

Pr. Solution d'iodure de fer.	4	grammes.
Sirop de gomme	200	—
Eau de fleurs d'oranger.	30	—

(*Bull. de thérapeut.* — *Journal de pharmacie et de chimie*, octobre 1862.)

Léon Soubeiran.

M. de Pietra-Santa a communiqué à l'Académie de médecine, qui l'a écouté avec un intérêt marqué, la suite de ses études sur l'*emprisonnement cellulaire;* et M. Rœser, médecin du roi de Grèce, un mémoire sur les bruits anormaux des vaisseaux de l'abdomen dans les cas d'engorgement de la rate et du foie.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS STERCORALES,
par le docteur Jules Rouyer.

La progression des matières fécales dans l'intestin et leur expulsion au dehors présentent diverses irrégularités, déterminées soit par des affections du tube digestif lui-même, soit par des maladies intéressant d'autres appareils. Outre les troubles graves de ces fonctions, il en est d'autres qui sont à peu près compatibles avec l'état de santé. Parmi ces derniers, le principal est la constipation que l'on observe si souvent, surtout dans certaines conditions qui la favorisent tout particulièrement.

La constipation présente des degrés très variables suivant les individus, et elle peut être portée au point de constituer quelquefois une véritable maladie ou de donner lieu consécutivement à des complications très sérieuses. C'est ainsi que le ralentissement du cours des matières fécales peut aller jusqu'à la rétention, et il en résulte une accumulation de ces matières dans l'intestin ; c'est alors surtout que peuvent se montrer ces complications graves.

Cet arrêt des matières fécales peut être encore favorisé par plusieurs causes concourant au même but ; une des plus défavorables est la diminution des sécrétions intestinales ; car dans ces conditions, les matières fécales se durcissent et elles peuvent s'arrêter en un point quelconque de l'intestin et y former des tumeurs, de véritables bouchons qui interceptent plus ou moins complétement le passage des autres matières qui doivent suivre la même voie.

Ces accidents ne sont pas encore suffisamment connus quoique signalés dans plusieurs ouvrages classiques ; aussi, la véritable nature du mal est souvent méconnue, ce qui conduit à des traitements inutiles et éloigne de celui qui pourrait être efficace. Pour donner un exemple frappant, nous citerons le fait suivant que nous avons entendu rapporter brièvement par M. le professeur Nélaton, dans une de ses leçons cliniques (6 mars 1854).

Obs. I. — Un homme occupant une haute position dans le monde était atteint depuis dix-huit mois d'une énorme distension de l'abdomen ; la cavité péritonéale contenait du liquide ; le développement de l'abdomen influait sur les organes thoraciques, et il y avait une gêne considérable de la respiration. Un grand nombre de médecins, choisis *parmi les plus* éminents, avaient vu le malade ; l'existence de cette ascite, que l'on considérait comme symptomatique, avait fait admettre celle de maladies graves du cœur, du foie, etc.

Enfin un jour le malade éprouva un vif besoin d'aller à la garderobe, et rendit *deux seaux* de matières fécales, évacuation qui fut bientôt suivie d'une guérison complète.

Il semble, tout d'abord, qu'il soit difficile de commettre une erreur dans un cas de cette nature ; mais il faut tenir compte que souvent l'attention du malade et du médecin n'est pas attirée sur la véritable nature du mal, que même les soupçons peuvent être détournés lorsque le malade déclare qu'il va assez bien à la garderobe et quelquefois même régulièrement. Bien mieux, chez quelques malades atteints d'accidents de cette nature, on a pu observer même de la diarrhée, soit qu'il existe encore un passage entre les matières accumulées et la

---

Que serait-ce si nos fabricants avaient envoyé au palais de Kensington toutes les richesses que renferme leur arsenal? On croira certainement à de l'exagération de notre part quand nous dirons que l'on compte positivement plus de cent cinquante espèces d'uréthrotomes, présentant tous des modifications ou des améliorations, si l'on s'en rapporte aux inventeurs. Qu'on nous pardonne, en conséquence, de renvoyer ceux que le sujet intéresserait plus spécialement aux catalogues, et, puisqu'il faut le dire, aux annonces.

Les cathéters employés en France pour l'opération de la taille présentent leur cannelure sur le milieu de leur convexité ; nous avons remarqué dans la vitrine de M. Matthews (de Londres) des cathéters présentant une cannelure placée sur le côté gauche de l'instrument. Cette modification pourrait peut-être avoir quelque utilité dans la taille latéralisée, en permettant de placer plus facilement l'ongle de l'index gauche dans la rainure du cathéter, sans être gêné par la cuisse droite de l'opéré, surtout dans les cas où les deux membres ne peuvent suffisamment s'écarter.

Nos lithotomes simples et doubles commencent à s'introduire en Angleterre ; ils sont du moins dans les collections de quelques exposants étrangers. Les chirurgiens anglais, on le sait, ne se servent que du bistouri dans l'opération de la taille, et repoussent nos lithotomes, qui, disent-ils, agissent à l'aveugle, et sont bons seulement pour les maladroits. Il y a là une exagération que nous n'avons pas besoin de faire ressortir ; mais cet exemple pourra montrer combien nos confrères d'outre-Manche sont peu portés vers nos complications instrumentales, fort ingénieuses souvent, mais quelquefois si difficiles à comprendre que nous avons pu voir des chirurgiens très habiles laisser, au lit du malade, à l'habile coutelier qui l'avait fabriqué, l'usage d'un instrument dont ils n'avaient pas eu le loisir d'étudier et de répéter longuement la manœuvre.

M. Charrière, sur le désir de M. Nélaton, a diminué le volume du lithotome double en supprimant une partie de la

paroi intestinale, soit même, comme on l'admet, que le bouchon stercoral soit perforé à son centre.

Comme ces accidents sont généralement assez mal connus, et que j'ai pu en observer plusieurs cas remarquables, je crois utile de présenter ici quelques détails sur l'histoire des tumeurs stercorales, avant de rapporter le dernier cas que j'ai rencontré, et qui montre cette maladie à son maximum d'intensité et suivi des complications les plus graves.

Siége. — Les tumeurs stercorales peuvent se montrer dans toute l'étendue du gros intestin ; cependant on les observe beaucoup plus fréquemment dans le cæcum ou dans l'S iliaque, c'est-à-dire dans les deux fosses iliaques ; il existe une grande différence au point de vue des symptômes et du pronostic, suivant que les tumeurs siégent dans l'une ou l'autre de ces régions. On les voit beaucoup plus rarement occuper le côlon transverse et les courbures qui avoisinent cette partie du gros intestin.

Morgagni rapporte dans sa lettre XXXIX (*sur les tumeurs internes du bas ventre*), l'observation d'un évêque qui présentait une tumeur située à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic ; on a cité ce fait comme un cas de tumeur stercorale, mais rien, dans la narration détaillée de l'auteur ne permet d'admettre que telle fut la nature de la tumeur, qui fut d'ailleurs l'objet d'un examen nécroscopique excluant également cette idée.

On observe très fréquemment cette accumulation des matières fécales dans la dernière partie de l'intestin, c'est-à-dire dans le rectum ; là, ces tumeurs peuvent acquérir un volume très considérable et une dureté qui est souvent un obstacle sérieux pour en débarrasser l'intestin.

Étiologie. — Une des conditions qui amènent le développement de la maladie que nous étudions est la constipation habituelle, quelle qu'en soit la cause : par exemple, celle qui résulte d'une paresse des intestins, ou celle qui succède à l'usage continu et prolongé des narcotiques, etc. Lorsque ces médicaments sont administrés à doses assez élevées, les selles peuvent être supprimées pendant un temps fort long. Ainsi, un de nos maîtres cite quelquefois, dans ses leçons cliniques, l'exemple d'une jeune femme chez qui on supprima les selles par ce moyen, pendant trente-quatre jours pour favoriser le succès d'une opération de périnéorrhaphie.

Les rétrécissements intestinaux, quelle que soit leur nature (cancéreux, syphilitiques, inflammatoires, par hypertrophie des parois musculaires, congénitaux (1), la compression produite sur le canal intestinal par des tumeurs développées dans le voisinage, sont des causes mécaniques de l'accumulation des matières fécales dans l'intestin.

Obs. II. — M. Nélaton a observé un cas dans lequel la maladie était évidemment déterminée par la présence d'un pessaire qui comprimait fortement le rectum ; la tumeur stercorale qui occupait la fosse iliaque avait été prise pour une tumeur squirrheuse. L'extraction du pessaire, suivie de l'administration de légers laxatifs, suffit pour faire rapidement disparaître les accidents (1).

Les hernies peuvent aussi favoriser le développement des tumeurs stercorales ; nous en citons plus loin un exemple à l'occasion du diagnostic.

Dans l'observation VII, nous trouvons un cas de tumeur stercorale développée autour d'un corps étranger (morceau d'orange).

Si l'on recherche quel est le sexe qui présente le plus de cas de ces tumeurs, on ne trouve pas de différence bien tranchée ; cependant il semble que les femmes y soient plus exposées, ce qui concorde avec ce fait, que la constipation est de beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Quant à moi, j'ai observé trois cas chez l'homme et trois cas chez la femme.

La grossesse paraît favoriser le développement des tumeurs stercorales, et cette cause devrait encore augmenter la fréquence chez les femmes. Nous citons plus loin trois exemples de tumeurs observées peu de temps après l'accouchement. (Observations IV et V.)

Ces tumeurs paraissent être plus fréquentes relativement chez les vieillards ; elles sont, au contraire, rares dans le jeune âge. Cependant M. Andral en a observé un cas chez un enfant de neuf ans. (Obs. III.)

Symptômes. — Les symptômes déterminés par l'accumulation des matières fécales dans l'intestion sont une sensation de malaise, de pesanteur dans la région malade ou dans tout l'abdomen, de la céphalalgie, de l'anorexie, puis plus tard une douleur réelle au lieu du sentiment de pesanteur, des nausées, puis des vomissements. Lorsque ces symptômes graves existent, la constipation est très prononcée.

Parmi ces symptômes, il en est qui peuvent manquer ; mais si l'on se bornait simplement à constater leur existence lorsqu'ils se rencontrent tous, on pourrait ignorer longtemps la véritable nature du mal et croire à des troubles de la digestion ; on cherche à y remédier par des moyens souvent inefficaces. Si l'on prescrit un purgatif, le mal diminue, il y a amendement des symptômes si une certaine quantité de matières fécales est expulsée, mais l'amélioration est de courte durée ;

(1) Telles sont les principales espèces de rétrécissements intestinaux, celles du moins qu'il nous a été donné d'observer. Nous avons rencontré un cas de rétrécissement congénital, vice de conformation très rare.

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, 1857, p. 188.

gaine dorsale. A en juger par notre seule expérience, nous ne sommes pas partisan de cette modification ; car, les lames n'étant plus retenues, ne tardent pas à chevaucher l'une sur l'autre. Du reste, tous nos lithotomes ont un même défaut, qu'on pourrait diminuer, sinon faire disparaître. Les lames sont trop faibles, partant trop élastiques, et il en résulte que la section de la prostate est souvent trop étroite, alors même qu'on a donné à l'instrument toute l'ouverture possible.

La lithotritie ou la lithotripsie a fourni au moins autant d'instruments que l'uréthrotomie ; mais la plupart sont anciens, et ont figuré déjà dans les expositions antérieures : brise-pierres par pression ou par percussion, à mors pleins, fenêtrés, dentés, à cuillers, etc., etc., se comptent en nombre à peu près égal. Nous citerons seulement le forceps brise-pierre de M. Nélaton, et le lithoclaste de MM. Whicker et Blaise.

L'instrument de M. Nélaton, exposé par M. Mathieu, se compose d'une pince tenette dont les deux branches, s'unissant comme celles du forceps, saisissent le calcul. Après l'introduction séparée et l'articulation des deux branches, on y ajoute un perforateur taillé en fer de lance, mû par une vis, qui, en tournant, force la tige à pénétrer dans le calcul et le fait éclater.

Le lithoclaste est à peu de chose près un gros brise-pierre à mors pleins, rapprochés avec une grande puissance par une vis, que fait tourner une poignée qui termine l'instrument. L'idée de broyer une pierre après avoir ouvert la vessie par le périné est loin d'être nouvelle ; mais il serait à désirer de voir ce moyen employé plus souvent dans les cas de calculs volumineux, car on éviterait ainsi les déchirures de la prostate, inévitables lorsqu'on veut extraire dans son intégrité un calcul d'une grosseur notable. Mais ce qui en avait éloigné jusqu'à présent, c'était la difficulté de trouver un instrument à la fois puissant et résistant. Celui de M. Mathieu paraît remplir ce desideratum. Il n'est, au fond, qu'une simple modification de celui fabriqué depuis bien longtemps pour Dupuytren par M. Charrière ; mais les crochets qui terminent les cuillers main-

Digitized by Google

et l'on est tenté de recourir à d'autres médications qui ne peuvent atteindre le but.

Le meilleur moyen d'arriver à reconnaître la véritable nature de la maladie est l'exploration de la cavité abdominale par le palper. Pour le faire avec succès, il faut procéder avec les précautions usitées en pareil cas, et ici elles sont indispensables : on devra mettre les muscles de la paroi abdominale dans l'état de relâchement, puis déprimer lentement cette paroi en pressant avec les quatre doigts de chaque main posés à plat, puis lorsqu'on est arrivé à la profondeur nécessaire, exécuter de légers mouvements de va-et-vient, faire glisser la paroi déprimée sur les parties profondes. C'est pour explorer les deux fosses iliaques et particulièrement l'S iliaque, que ces précautions sont tout à fait nécessaires.

Par ce moyen, on arrive à constater l'existence de la tumeur dans les cas ordinaires, mais il est quelquefois difficile de bien exécuter ces manœuvres lorsqu'il existe des douleurs abdominales, car ces douleurs sont considérablement augmentées par la pression; il faut alors procéder avec la plus grande lenteur, sans cela le malade réagit instinctivement et malgré lui contre la douleur, les muscles se contractent et la tension de la paroi empêche de percevoir l'état des parties profondes.

Il est un autre signe caractéristique que l'on peut constater par cette même exploration, mais il est difficile d'y arriver convenablement lorsque ces douleurs existent : lorsqu'on est arrivé au contact de la tumeur, et que l'on exerce une pression plus forte avec un seul doigt agissant plus énergiquement que les autres, on sent qu'il forme une empreinte sur la masse, empreinte persistante comme celle que l'on ferait sur du mastic ou sur de la terre glaise.

Les matières fécales peuvent également s'accumuler dans le rectum et amener une dilatation ampullaire, quelquefois très considérable de cette cavité; elles forment alors un obstacle au cours des autres matières. C'est surtout chez les femmes que l'on voit ces accumulations se produire dans le rectum; cependant on les observe quelquefois chez les hommes, surtout chez les vieillards. Lorsqu'on a quelque raison de soupçonner cette disposition, on devra explorer par le rectum et par le vagin, ce qui permettra de reconnaître avec la plus grande facilité l'existence de la tumeur rectale.

Dans certains cas, on peut observer des accidents nerveux graves; M. Andral en cite un cas remarquable.

Obs. III. — « Un enfant de neuf ans fut pris de convulsions intenses. En explorant son ventre, je trouvai de petites tumeurs inégales, dures, que je reconnus pour être dues à un amas de matières fécales; il était d'ailleurs constipé depuis huit jours. Des laxatifs, en enlevant la cause, firent complétement cesser les convulsions (1). »

(1) Andral, *Cours de pathologie interne*, 1re ou 2e édition, 1836 ou 1848, p. 383 : *Des névroses caractérisées par les lésions du mouvement* (article Convulsions).

Voici un autre exemple qui m'a été communiqué par M. le docteur Mazier (de l'Aigle) :

Obs. IV. — Une jeune dame fut prise d'accidents nerveux de nature éclamptique quinze jours après son accouchement. Son médecin ordinaire attribuait ces symptômes à une maladie de la base du cerveau, dont les débuts, disait-il, remontaient à une année. En explorant la cavité abdominale, M. Mazier reconnut dans l'S iliaque la présence de deux masses dures, bosselées : par la pression, qui était complétement indolore, il put déterminer sur la surface de ces tumeurs l'empreinte des doigts, empreinte qui persistait et que l'on pouvait sentir par une exploration ultérieure. Un purgatif fut administré, ce qui fit descendre cette masse dans le rectum; elle sortit en deux fois avec difficulté, et en aidant leur expulsion au dehors avec les doigts, qui ne déterminaient sur elle que des empreintes et des déchirures superficielles.

Parmi les causes nous avons cité la grossesse qui paraît prédisposer à la formation de ces tumeurs. A l'exemple précédent, nous pouvons ajouter le suivant qui a été observé par Flamant :

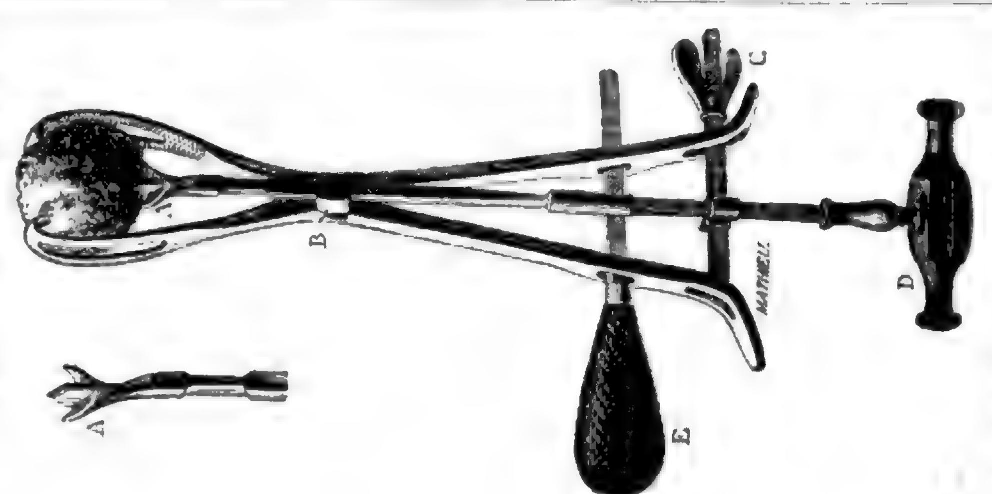
Obs. V. — Une femme petite et bien conformée était accouchée plusieurs fois fort heureusement; à sa dernière couche, on appliqua le forceps sur la tête arrêtée ou peut-être enclavée dans le détroit supérieur, et il fallut la force de trois hommes pour tirer cette tête, qui fut écrasée, et déchira la cloison recto-vaginale en deux endroits. Bien des accidents survinrent, et un abcès fut ouvert au périnée, près de l'anus. Une constipation opiniâtre fut méconnue, et au bout d'un mois de couches, Flamant fut appelé en consultation. La femme était si faible et si souffrante qu'elle parut sur le point d'expirer. L'indicateur introduit dans le vagin fut arrêté par un bouchon de matières fécales qui fermait une ouverture de communication avec le rectum, au-dessus des sphincters. Un second bouchon fermait une autre ouverture, qui communiquait plus haut avec le vagin. Le rectum était distendu par une si grande quantité de matières fécales endurcies que le doigt ne pouvait pénétrer dans cet intestin; on conçoit également l'impossibilité où l'on était d'y faire parvenir des lavements. Une portion des matières fécales fut retirée avec une cuiller de buis; mais la malade, épuisée, succomba au bout de trente-six heures (1).

Si nous avons rapporté ce cas, c'est qu'il semble que la grossesse ait pu favoriser le développement de la tumeur stercorale; mais on peut également conclure des détails qui y sont rapportés, que celle-ci est devenue à son tour un obstacle à l'accouchement. Si des tractions aussi énergiques ont été nécessaires, c'est que l'amas de matières fécales fermait le passage à la tête du fœtus, conclusion qui semble justifiée par cette circonstance, que les déchirures qui se sont produites à la cloison recto-vaginale se trouvaient au niveau des tumeurs stercorales; elles sont le résultat de la pression énergique exercée sur cette paroi par les tumeurs d'une part et la tête du fœtus de l'autre.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, 1832, p. 332.

tiennent très solidement la pierre, et le perforateur agissant par pression et non par rotation avec une très grande force fait éclater le calcul.

La lithotritie uréthrale, l'extraction des calculs engagés dans le canal présentent souvent de très grandes difficultés. MM. Mathieu et Charrière ont modifié la curette de Leroy (d'Étiolles). Le bout de la branche femelle est mobile et peut être redressé lorsque la curette a passé derrière le calcul. Malheureusement la petite curette n'était pas soutenue et se brisait à la moindre résistance. M. Charrière a supprimé



Digitized by Google

On trouve encore un autre exemple d'accumulation des matières fécales dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1847 ; il fut observé également un mois après un accouchement et simulait un abcès des ligaments larges. La malade était habituellement constipée et n'avait pas été à la selle depuis quatre jours.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MUTISME DÉPENDANT D'UN ABCÈS DU LOBE ANTÉRIEUR GAUCHE DU CERVEAU, par le docteur BENOIT DE GIROMAGNY (1).

On admet généralement comme possible que les facultés de l'âme aient chacune leur résidence particulière dans une portion spéciale du cerveau, de telle sorte que chaque partie de celui-ci préside à une fonction déterminée de l'intelligence. Un voile épais couvre encore le mystère de ces localisations, et toute observation nouvelle qui pourrait jeter quelque jour sur d'aussi épaisses ténèbres, doit être recueillie et conservée avec soin. C'est à ce titre que je présente le fait suivant :

OBS. — Le 1er janvier 1852, L. M.., âgé de quarante ans, d'une constitution forte et d'une santé robuste, reçut dans une rixe un coup de hache sur la partie antérieure gauche du front. L'instrument, arrêté par une poutre du plafond, ne fit qu'une blessure peu profonde, non suivie d'accidents immédiats. Quelques jours plus tard, les symptômes d'une inflammation cérébrale se développèrent, et la mort survint le treizième jour. Je vais rapporter en substance ce qui a été observé :

Pendant les premiers jours, malaise général, abattement, douleurs de tête de plus en plus vives ; fièvre intense, vomissements, perte de sommeil, agitation, délire, impossibilité de parler, etc. J'insiste sur ces commémoratifs comme pouvant être suspects d'infidélité. Nous ne le voyons que le dixième jour dans l'état suivant :

Faciès calme, regard inattentif, peau chaude, pouls 108, fort et plein ; respiration anormale, soif vive, déglutition facile, langue blanche, selles nombreuses ; purgations.

Sensibilité tactile normale, point de déviation de la langue ni des traits de la face, motilité conservée ; cependant on avait remarqué que le bras droit n'était pas aussi libre que l'autre, vu que, contre son habitude, il se sert plus volontiers de la main gauche, quoique pour se lever il s'aide encore du bras droit et serre assez fortement la main qu'on lui présente.

Le malade s'agite, se met sur son séant, descend de son lit, va à la fenêtre pour considérer l'état du temps, prend le vase de nuit, urine, regagne son lit, y remonte seul. Il tourne ses yeux du côté de la personne qui l'appelle, saisit le verre qu'on lui présente, met son bonnet, tire la langue facilement, la promène dans la bouche pour retrouver les débris d'un fragment de pomme cuite qu'on lui a donnée ; quand on le pince, il pousse un cri inarticulé.

Mais ce qui frappe le plus est un mutisme absolu, quoique le malade voie et entende parfaitement, et qu'il comprenne les questions qu'on lui fait : ainsi il serre la main qu'on lui présente, indique la tête quand on lui demande où il a mal, et à toutes les questions qu'on lui fait il répond par un signe sans essayer de parler.

Nous faisons observer rigoureusement le malade jusqu'à sa mort : la paralysie envahit le bras et la jambe du côté droit ; le malade finit par ne plus rien percevoir de ce qui l'environne, se plaint, s'agite et tombe dans le coma, mais sans proférer une parole articulée. Il meurt le treizième jour. L'impossibilité de parler, attestée par l'universalité des personnes qui l'ont vu avant nous, date du troisième jour.

Nécropsie, trente-six heures après la mort. — Sur la partie antérieure et supérieure du front, à la naissance des cheveux et à un travers de doigt de la ligne médiane, cicatrice linéaire de 0m,02 de long, dirigée de dehors en dedans et d'arrière en avant, de couleur bleuâtre, recouverte d'une petite croûte ; tissus sous-jacents un peu injectés, sans gonflement appréciable. Le péricrâne est décollé dans une largeur d'une pièce de 2 francs ; au dessous, et dans une égale étendue, la partie spongieuse de l'os est rouge et injectée, et, dans une longueur égale à celle d'une pièce de 20 centimes, elle est baignée de pus. Les deux tables sont intactes, sauf une rainure imperceptible à la table externe. On remarque deux ou trois petites taches qui de la dure-mère pénètrent à travers la table externe dans le tissu spongieux purulent. Les vaisseaux sont augmentés de volume et contiennent un pus sanieux. A l'endroit où ils pénètrent la dure-mère, celle-ci est ramollie et s'est déchirée en enlevant la calotte crânienne. En incisant les méninges, on donne issue à environ 15 grammes de sérosité et de pus, et l'on découvre que l'arachnoïde dans ses deux feuillets est épaissie, villeuse et baignée d'une couche de pus concret dans une étendue comprise par un triangle qui accroît ses angles au point de la blessure, à la partie externe de la bosse frontale et au sinciput ; au dessous, la pie-mère est injectée, surtout celle qui pénètre dans les circonvolutions cérébrales.

Au niveau de la blessure, c'est-à-dire à 0m,01 du bord médian et à 0m,03 du bord inférieur du lobe gauche du cerveau, on découvre un foyer purulent de la grosseur d'une petite noix, limité en dehors par la pie-mère et le feuillet viscéral épaissi de l'arachnoïde, et, dans le reste de son étendue, par la substance cérébrale. Il contient un pus crémeux et épais, ses parois sont villeuses et un peu irrégulières ; au pourtour, la substance cérébrale a conservé son aspect ordinaire, sauf une consistance moins ferme et un piqueté fin qu'on retrouve aussi au-dessous des méninges suppurées. Les recherches les plus minutieuses n'ont rien fait découvrir de particulier dans les autres parties du crâne ou du cerveau.

Ainsi méningite de la convexité avec épanchement purulent, et encéphalite suppurée du lobe antérieur gauche, coïncidant avec une ostéite du frontal, le tout correspondant à la cicatrice de la blessure reçue le 1er janvier.

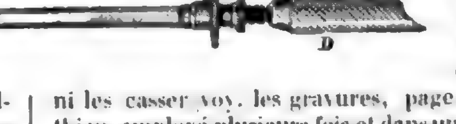
Pendant que le malade a été soumis à notre observation, une chose surtout nous a frappé : c'était l'impossibilité où il était de proférer une parole, impossibilité que nous ne pouvions pas mettre sur le compte d'une paralysie de la langue, attendu que cet organe exécutait tous ses mouvements ; témoin la facilité avec laquelle il retrouvait de petits fragments d'ali-

(1) Nous avons cru utile d'exhumer cette observation pour la rapprocher de celles de MM. Broca et Voisin (*Gazette hebdomadaire*, 1862, n° 39, p. 610). Le cas relaté par M. Benoit est remarquable surtout par la localisation étroite de la lésion, comme de la cause qui l'avait produite. Il a été communiqué le 3 octobre 1852 à la *Société médicale du Haut-Rhin* par le secrétaire, M. Hergott, et nous l'extrayons de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, année 1853, p. 25.

---

cet inconvénient d'une façon aussi simple qu'ingénieuse, et son instrument peut servir non-seulement à saisir, mais même à broyer le calcul uréthral.

Ce ne sont pas seulement des calculs que le chirurgien est appelé à extraire de l'urèthre et de la vessie ; les plus singulières aberrations d'esprit se manifestent trop souvent et appellent le chirurgien auprès de malades qui ont considéré l'appareil génital comme un jouet donné par la nature pour les distraire dans leur solitude ; tantôt c'est une bague, un cadenas, un goulot de bouteille, un écrou, dans lesquels un enfant a cru pouvoir introduire son juvénil organe ; tantôt c'est un grave personnage qui, pour charmer les loisirs du bain, utilise, d'une façon malheureuse, le robinet destiné à un autre usage ; le plus souvent ce sont des épingles, des aiguilles, des passe-lacets, des étuis, des crayons, etc., que la main délicate d'une jeune fille a logés là où ils ne doivent pas être.



MM. Mathieu et Charrière, qu'il faut presque toujours citer concurremment quand il s'agit d'inventions ingénieuses, ont exposé des instruments destinés à retirer de la vessie des corps rigides sans les plier ni les casser (voy. les gravures, page suiv.). Celui de M. Mathieu, employé plusieurs fois et dans un cas avec une facilité telle que l'extraction a été faite après la première tentative, se compose de deux pièces : une tige terminée en crochet, une canule ovalaire dans laquelle joue la tige. Cette canule est échancrée dans une étendue de 6 à 7 centimètres à son extrémité, le crochet vient appuyer à frottement contre son extrémité libre et vient coucher l'objet saisi dans la cannelure.

La pince de M. Charrière se compose d'une canule taillée

Digitized by Google

ments à tous les angles de la bouche. L'abolition ou la perversion de l'intelligence ne pouvait pas non plus être invoquée, attendu qu'aux questions qu'on lui faisait, il répondait par signes et toujours juste, et que de plus, il éprouvait du besoin qu'il savait satisfaire convenablement.

La mémoire n'était pas davantage abolie chez lui, car il savait qu'un verre sert à boire, un vase de nuit à uriner, un bonnet à se couvrir, etc. En un mot, il sentait, comprenait, voulait, agissait, sans qu'il pût proférer une parole. Son état ne semblait pas différer beaucoup de ce qu'il était en santé, sauf le mutisme. L'idée d'une simulation ne peut être admise; une surveillance sévère n'a pas cessé d'être exercée, et toutes les ruses employées pour l'amener à articuler ou à essayer d'articuler un mot ont complétement échoué. De plus, dans la dernière période de la maladie, époque où l'agitation devint continue, aucun mot ne fut non plus prononcé, et dans le délire la parole était aussi bien absente qu'à l'état de lucidité. En réalité, notre malade resta du 7 au 13 sans proférer une parole, et le dixième jour encore, nulle lésion vitale n'était venue donner l'explication de ce fait. Force nous fut donc en voyant notre malade (qu'on me pardonne l'expression) au *complet* physiquement et moralement, sauf la faculté d'exprimer ses pensées par des mots, force nous fut, dis-je, de relier la cause du mutisme à la lésion cérébrale que démontrerait l'autopsie, assignant d'avance à la portion du cerveau qui serait trouvée malade, la fonction de présider à la parole.

Si donc nous faisons le parallèle des symptômes observés pendant la vie et des lésions trouvées à l'autopsie, reliant chaque effet à la cause, nous aurons :

Fièvre, douleur, délire, paralysie, coma, c'est-à-dire inflammation et compression : encéphalo-méningite avec épanchement.

Phénomène isolé : mutisme. Lésion spéciale : abcès du cerveau....

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui aura à décerner, s'il y a lieu, le prix Alhumbert de 1862 (question concernant les générations dites spontanées).

MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Flourens, Brongniart, Coste, réunissent la majorité des suffrages.

— M. *Samuelson* adresse de Londres un mémoire écrit en français, et dans lequel il a consigné les résultats de recherches relatives à la question des *générations spontanées*, recherches dont quelques-unes lui sont propres et dont d'autres lui sont communes avec M. *Balbiani*. (*Commission du prix Alhumbert pour 1862.*)

MÉDECINE. — L'Académie avait reçu dans la séance du 4 mars 1861 un mémoire sur un nouveau traitement de l'hydrophobie qui lui était transmis de Symphéropol (Crimée) par un de ses correspondants, M. Nordmann.

L'auteur du mémoire, M. *Arendt*, inspecteur du tribunal de médecine de la Tauride, sentant sa fin prochaine, avait voulu faire un nouvel effort pour contribuer à la propagation d'une découverte dont il reconnaissait être en grande partie redevable au hasard, mais dont la réalité ne lui semblait pas plus contestable que l'importance. Dans cette intention, il avait dicté à sa fille l'écrit destiné à l'Académie des sciences, et c'est cette dame qui aujourd'hui, après la mort de son père, complète ce mémoire en y rétablissant un paragraphe omis par mégarde dans la copie du manuscrit original. Elle ajoute que, « depuis la date du premier envoi, les journaux de l'empire russe ont fait connaître au moins trente cas d'hydrophobie guéris par l'arsenic. C'est surtout en Pologne, ajoute-t-elle, que les médecins ont fait le plus d'essais de ce remède, et toujours avec succès; tout récemment encore, j'ai reçu de Mosir (Pologne) la relation de quatre cas guéris d'après la méthode de mon père. » (*Comm.*: MM. Rayer, Cl. Bernard, Cloquet.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces de la correspondance, plusieurs opuscules de M. le docteur *Chrestien* (de Montpellier), et en particulier une lettre concernant la lithotripsie chez les enfants.

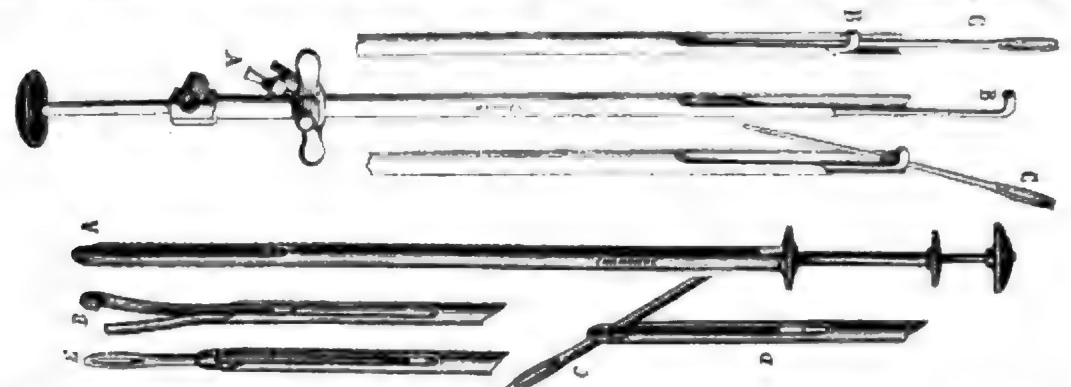
L'auteur, en transmettant cet écrit, a voulu répondre à un désir manifesté par M. Jobert (de Lamballe) dans un mémoire lu à l'Académie le 28 juillet dernier.

Au nombre des pièces adressées par M. *Chrestien*, se trouve un exposé de ses travaux dont il espère que l'Académie voudra bien prendre connaissance quand elle aura à nommer un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

— M. *Poiret*, qui a déjà soumis au jugement de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour s'opposer à l'introduction dans les voies aériennes des poussières siliceuses et d'autres corpuscules flottants dans l'air, annonce qu'il envoie un de ses appareils pour être mis sous les yeux de la commission chargée de se prononcer sur l'efficacité de son invention.

---

en bec de flûte très allongé, dans laquelle glisse une pince à



deux branches inégales en longueur, et dont l'une forme crochet. Cette dernière saisit le corps étranger et le maintient, puis on referme la pince en la laissant glisser, et le corps étranger basculant vient se loger dans la fente de la canule.

M. Mathieu expose aussi un instrument destiné plus spécia-

Digitized by Google

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de la Nièvre. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Grellois*, médecin principal de l'armée, accompagnant l'envoi du rapport de M. le docteur *Raoul Deslongchamps* sur le service médical des eaux minérales d'Hammam-Meskoutine pour l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Une observation de rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par M. le docteur *Frémineau*. — *c.* Une lettre de M. *Leiter*, fabricant d'instruments de chirurgie à Vienne (Autriche), qui soumet au jugement de l'Académie un nouveau système de fabrication d'instruments et d'appareils en caoutchouc. — *d.* Deux plis cachetés adressés par M. le comte de *Ruolz*. (*Acceptés.*)

M. *Vernois* fait hommage, au nom de l'auteur, d'un volume intitulé : LES MÉDECINS AU TEMPS DE MOLIÈRE, par M. le docteur *Maurice Raynaud*.

M. *le président* annonce la mort de M. le docteur *Raikem*, membre correspondant étranger à Voltera.

Lectures.

MÉDECINE. — M. le docteur *Roeser*, médecin du roi de Grèce, lit un MÉMOIRE SUR LES BRUITS ANORMAUX DES VAISSEAUX ABDOMINAUX.

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Dans le plus grand nombre des cas avancés d'engorgement de la rate, on trouve un bruit de souffle de l'artère splénique, bien distinct du souffle aortique ; on trouve plus rarement un bruit continu, veineux.

» Dans les cas où le bruit de souffle manque, il faut attribuer cette absence à une situation profonde de l'artère splénique, ou elle est masquée par la rate elle-même.

» 2° Ce bruit de souffle sert comme signe diagnostique, s'il s'agit d'une tumeur douteuse, avec laquelle l'hypertrophie de la rate pourrait être confondue.

» 3° Il y a des cas où ce souffle existe exclusivement dans l'artère splénique.

» 4° Il y a des cas où la veine-porte est accessible à l'auscultation, surtout si le foie est repoussé en haut. C'est ici un bruit continu. La cessation d'un tel bruit observé pourrait servir comme moyen diagnostique de la thrombose de ce vaisseau.

» 5° Le bruit de souffle de l'aorte abdominale peut servir à déterminer le degré du glissement, c'est-à-dire de la descente du lobe gauche du foie pendant une inspiration profonde. Par suite, ce bruit peut servir à reconnaître l'adhérence du lobe gauche du foie à l'estomac ; il peut servir aussi à suppléer à la percussion du lobe gauche du foie. » (*Comm. :* MM. Jolly, Bouillaud, Piorry.)

MATIÈRE MÉDICALE. — M. *Chatin* lit un rapport sur un travail de M. *Swann*, pharmacien, intitulé : MÉMOIRE SUR LE DIPLOTAXIS MURALIS.

Dans ce mémoire M. Swann signale les propriétés antiscorbutiques du *Diplotaxis muralis* (roquette rouge) et demande l'avis de l'Académie sur la formule d'un sirop de cette substance.

M. Chatin démontre et déclare que la préparation de ce sirop n'est pas nouvelle, et conclut que si M. Swann se propose de faire quelque chose d'utile et de nouveau, ses études devront être dirigées vers l'analyse de la plante. (Adopté.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le docteur *P. de Pietra-Santa*, médecin en chef des Madelonnettes, donne lecture d'une TROISIÈME NOTE SUR L'EMPRISONNEMENT CELLULAIRE.

L'auteur rappelle qu'en 1853 et 1855 il a communiqué à l'Académie deux premières notes ayant pour but de démontrer « que la première application du système cellulaire faite en France, dans les conditions les plus favorables d'installation, d'organisation, de surveillance administrative, avait fourni des résultats déplorables au point de vue du nombre des aliénations mentales et du nombre des suicides. »

Dès lors, il se croyait en droit de déclarer ce système mauvais et de réclamer ou son abandon, ou sa modification profonde.

Aujourd'hui, M. de Pietra-Santa vient confirmer les idées émises dans ses deux premières notes, répondre aux objections dont elles ont été l'objet, et opposer des faits et des chiffres nouveaux aux opinions contradictoires soutenues par M. Lélut, par M. le conseiller Berryat-Saint-Prix et par M. le professeur Tardieu, dans la dernière édition du DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ.

« Dans toutes les discussions relatives au régime cellulaire, il importe avant tout de faire deux grandes distinctions entre le système préventif et le système répressif. Comme le prévenu peut être innocent, il faut tout à la fois :

« 1° L'astreindre aux exigences de l'instruction qui réclame le secret, c'est-à-dire l'impossibilité des conseils venus du dehors ; 2° l'éloigner des relations du dedans qui peuvent le corrompre ; 3° le sauvegarder contre les causes de toute nature susceptibles d'altérer sa santé ou de troubler son intelligence.

» En partant de ce principe, il ne peut pas y avoir de règle absolue de détention. Car cette cellule dont le séjour sera réclamé par des gens ayant reçu une certaine éducation : un commis infidèle, un comptable égaré par exemple, parce qu'elle évite la promiscuité, le contact des pervers, cette même cellule sera insupportable pour l'homme élevé aux champs,

---

lement à retirer les épingles. La tige placée dans la canule, vient par le crochet qui la termine saisir la petite tige métallique et l'applique sur l'extrémité du tube récepteur perpendiculairement à sa direction. Un pignon permet alors d'attirer le crochet avec une force qui oblige le corps étranger à se plier et à le suivre dans l'intérieur de la canule.

— La thérapeutique des maladies si nombreuses qui affectent les organes génito-urinaires de la femme, a aussi inspiré la création d'un grand nombre d'instruments. Le spéculum est loin d'être à l'étranger, et surtout en Angleterre, d'un usage aussi général qu'en France ; la pudeur des Anglo-Saxonnes s'effarouche assez facilement ; nous ne saurions leur en faire un reproche, bien au contraire ; mais pudeur n'est pas pruderie, et nous aurions peine à nous habituer à l'idée d'opérer une fistule vésico-vaginale à travers le trou fait à une alèze. On comprend tout de suite que le spéculum se rencontre surtout dans les vitrines des exposants français ; cependant nous citerons comme un des meilleurs instruments celui de M. Fergusson. Il se compose d'un tube de verre étamé sur sa face externe, et recouvert d'une enveloppe de caoutchouc durci ou de gutta-percha ; il s'introduit très facilement grâce à l'obliquité de son extrémité utérine taillée en bec de flûte, et sa garniture intérieure reflète admirablement la lumière et éclaire parfaitement le col. Nous ne lui connaissons qu'un seul inconvénient, mais il est grave, sa fragilité.

M. Weiss (de Londres) expose un spéculum analogue, par l'endroit où se fait l'articulation, à celui de M. Jobert (de Lamballe), mais il n'a pas de manche ; sa grosse extrémité porte, fixé à une des branches, un cercle supportant une vis qui vient presser sur la branche mobile et l'écarte à la largeur désirée.

M. Mathieu expose un spéculum à double courant pour la cautérisation au fer rouge. Il se compose de deux cylindres métalliques, séparés l'un de l'autre par un léger intervalle dans lequel doit circuler un courant d'eau froide amené par

dénué d'instruction, privé de l'énergie nécessaire pour se trouver face à face avec lui-même.

» En d'autres termes, si nous avons le devoir de placer le prisonnier dans les conditions qui sauvegarderont sa moralité et ses penchants honnêtes, nous n'avons pas le droit de l'exposer à une perversion certaine de l'intelligence.

» C'est pour obéir à cette nécessité que nous demandions de placer à la tête des grandes maisons des hommes intelligents, instruits, charitables ; investis d'une grande autorité, ils occuperaient une place plus élevée dans l'opinion publique, et ils seraient rétribués en proportion de leur dévouement et de leur abnégation.

» Ce sont aussi ces principes qui avaient inspiré à votre très regretté collègue, le docteur Ferrus, sa classification : de pervers intelligents, chez qui toutes les fautes sont réfléchies, préméditées ; de vicieux bornés qui se livrent au mal par manque de discernement, par indifférence pour le bien ; d'ineptes ayant subi plusieurs condamnations sans les comprendre.

» Qui oserait proposer le même système pour chacune de ces catégories ? »

Abordant les détails relatifs aux aliénations mentales et aux suicides, M. de Pietra-Santa rappelle les caractères principaux de la *folie pénitentiaire*, exposés dans ses précédents mémoires, rapporte le fait cité par M. le docteur Laforgue (de Toulouse), et relatif à un jeune médecin devenu fou à la suite d'un emprisonnement cellulaire préventif de trois mois, quoique déclaré innocent faute de preuves ; puis il se demande quels sont les meilleurs moyens de prévenir de si déplorables accidents.

« C'est d'abord, dit-il, de fournir du travail au détenu, parce que la plupart des natures ordinaires ne sont pas habituées à réfléchir, à se trouver en face d'elles-mêmes. C'est ensuite de le surveiller de près, afin que l'intervention du médecin se manifeste aussitôt par la mise en cellule double, ou le transfèrement dans une maison en commun.

» Les statistiques que j'avais recueillies à Mazas et aux Madelonnettes, de 1850 à 1854, donnaient pour Mazas 71 cas de folie sur 27 000 prisonniers; pour les Madelonnettes, 43 cas de folie sur 14 000.

» D'après les chiffres communiqués à M. Berryat, il y a eu à Mazas : de mai 1850 à mai 1852, 9 cas sur 12 542 détenus, soit 1 sur 1393.

» De mai 1852 à mai 1860, 36 cas sur 60 766, soit 1 sur 1687

» Il y aurait donc une amélioration dans cette deuxième période, amélioration que je ne puis adopter que sous bénéfice d'inventaire par les raisons que j'ai énumérées plus haut.

» Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que, d'une part, en suivant les calculs de M. Berryat, on arrive à admettre qu'il y a moins de cas de folie à Mazas que dans la vie commune.

» D'autre part, en consultant mes relevés des Madelonnettes, j'arrive toujours à cette conclusion : qu'à Mazas, il y a des cas de folie bien constatés, nés dans la maison même ; qu'aux Madelonnettes, à quelques rares exceptions près, les fous viennent du dehors. »

» Quant aux suicides, dans les premières années de Mazas, il s'en est produit 26 et 43 tentatives, sur une population flottante de 25 268 prisonniers, c'est-à-dire 1 suicide sur 971 prisonniers, et 1 tentative sur 765.

» Dans les sept années suivantes, sur 52 000 prisonniers 28 suicides, c'est-à-dire 1 suicide sur 1800.

» J'ignore le chiffre des tentatives. Cette notion était très importante, mais on ne la connaît pas au ministère de l'intérieur, et il est à regretter qu'elle n'ait pas été fournie à M. Berryat par la direction de Mazas !

» En prenant en bloc les deux périodes, de mai 1850 à mai 1860, on compte sur 75 000 détenus environ, 54 suicides, 1 sur 1388.

» Il y a évidemment une diminution, mais il ne faut pas exagérer l'importance de ces résultats qui sont encore loin du chiffre, 1 suicide sur 12 000 détenus des prisons en commun, et ne pas chercher à prouver, de déductions en déductions, de calculs en calculs, que le suicide dans la population libre de Paris est, à peu de chose près, aussi fréquent qu'à Mazas, 1 sur 1512.

» L'argument tiré de l'absence des accidents en 1860 n'a pas grande valeur ; d'abord, il y a eu un suicide à la fin de 1860, après la publication du travail de M. Berryat. Ensuite on ne doit pas oublier que l'année précédente, on avait compté 9 suicides, c'est-à-dire autant qu'en 1853.

» Il est donc indispensable de prendre les résultats dans l'expression de leur généralité, pendant une série d'années ; de cette manière, après avoir reconnu que le chiffre des suicides a réellement diminué à Mazas dans *cette dernière* période de 7 ans, je fais observer immédiatement qu'à la diminution des suicides correspond la généralisation du travail.

» En 1850, indépendamment du triage des légumes, 3 industries étaient exploitées à Mazas (cordonnier, tailleur, chausonnier), occupant 300 individus sur 1200.

» En janvier 1859, on compte 450 détenus gagnant par mois 1600 fr. ; en janvier 1860, on en compte 808 gagnant par mois 3000, et en juillet 1860, 860.

» Le problème du travail est donc résolu selon nos vœux, et avec le travail, — le repos de l'esprit, — l'amélioration matérielle dans la nourriture, — l'épargne pour le moment de la sortie. »

M. de Pietra Santa termine ainsi :

« Je voudrais conserver la cellule, c'est-à-dire la séparation

---

un tube de caoutchouc. Nous croyons ce spéculum appelé à fort peu de succès ; il nous paraît avoir pour inconvénient d'être incommode dans son application, d'exiger tout un appareil hydraulique ; de mouiller à coup sûr le chirurgien et ses aides, et d'être tout à fait inutile ; car on ne laisse pas pendant un quart d'heure un cautère actuel dans le vagin, et il suffit de prendre un spéculum de bois ou d'ivoire pour être à l'abri d'une propagation trop rapide de la chaleur.

Pour le traitement des maladies de la cavité utérine, il ne manque pas non plus d'instruments : dilatateurs utérins à vis faits en ivoire préparé augmentant de volume par l'humidité ; dilatateur de M. le professeur Buch, modifié par M. Huguier; dilatateur utérin à deux branches de M. Lemenant-Deschenais; spéculum utérin de M. Jobert et de M. Blatin, etc., etc. L'hystérotomie assez rarement pratiquée, a fait imaginer les hystérotomes de Dupuytren, de MM. Velpeau, Gendrin, Huguier, Hatin, Colombat, etc. Nous trouvons aussi dans les expositions anglaise et américaine des hystérotomes tout à fait analogues aux uréthrotomes. Si nous les citons, c'est parce que leur usage depuis quelques années est devenu assez fréquent, surtout en Amérique, pour combattre la stérilité par les sections faites dans l'intérieur du col, et s'il faut en croire des faits assez nombreux publiés dans ces derniers temps, leur emploi ne serait pas sans une certaine utilité.

Léon Le Fort.

(*La suite prochainement.*)

— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux commencera le 27 janvier 1863. Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf le cas de remplacement du titulaire et le service des admissions, conformément aux articles 17 et 30 du règlement.

Digitized by Google

corporelle, l'impossibilité de la promiscuité, avec la privation des conseils pervers et la puissance de la moralisation. Mais je ne veux pas du système cellulaire, d'une manière absolue, dans les éléments constitutifs de son organisation, qu'il s'appelle système français, système d'Auburn ou système de Philadelphie, parce qu'il attaque et détruit dans son essence première l'intelligence de l'être *créé à l'image de Dieu !* »

La séance est levée à quatre heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 JUIN 1862.

QUESTION DE L'ACCOUCHEMENT FORCÉ PAR LES VOIES NATURELLES, SUBSTITUÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE EN ITALIE.

M. le docteur Duparcque communique la note suivante :

Dans mon dernier et récent voyage en Italie, j'ai recueilli quelques documents relatifs à la médecine, et particulièrement à ce qui a trait à l'obstétrique.

J'aborde d'abord un sujet sur lequel j'avais, l'an dernier, appelé l'attention des praticiens (1), l'accouchement forcé substitué à l'opération césarienne.

Vers la même époque, M. le docteur Ferdinando Verardini, professeur de clinique à l'hôpital des femmes de Bologne, préparait sur ce sujet un mémoire qu'il lisait le 21 novembre 1861 à l'Université de cette ville, dont il est l'un des membres les plus distingués (2).

Bien que notre mémoire ait précédé de plusieurs mois la présentation et la publication de celui de M. Verardini, je n'avais pas besoin des déclarations qu'il me fit pour être convaincu qu'il ne pouvait pas alors avoir connaissance de mon antériorité.

Il y a, en effet, de profondes différences entre les vues du savant docteur italien et celles que nous avons émises.

Notons d'abord celle-là, essentielle, que, tandis que M. Verardini réserve exclusivement l'accouchement forcé aux cas de femmes mortes enceintes, nous l'avions étendu aux femmes en état de gestation, à l'agonie ou sous le coup d'une mort inévitable plus ou moins prochaine.

Ensuite les faits rapportés par le professeur de Bologne laissent au moins des doutes sur les conditions parturitives dans lesquelles se trouvaient les sujets au moment de la mort et des tentatives de délivrance. Il y a lieu de penser qu'elles étaient alors dans les conditions établies en préceptes par nos devanciers promoteurs de l'accouchement forcé, savoir : un commencement de travail, un effacement plus ou moins avancé du col de l'utérus, et un certain degré de dilatation de son orifice. Or, on sait que nous avions essentiellement pour but d'établir que l'on pouvait s'affranchir de ces restrictions exclusives.

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Verardini est d'un grand poids dans la question que nous avons soulevée, et il apporte de nouveaux faits à l'appui de l'accouchement forcé substitué à l'opération césarienne. Ces motifs, joints au désir que l'auteur nous en a manifesté, nous engagent à communiquer ce travail à la Société.

Ce mémoire repose sur cinq observations dont voici l'analyse :

1er FAIT. — Une femme enceinte de sept mois meurt à l'hôpital del Ricovero; on opère immédiatement l'accouchement forcé, et on extrait un enfant vivant. La nécropsie, faite dix heures après le décès, montre qu'il n'existait aucune lésion aux parties génitales (ni au vagin, ni au col de l'utérus).

2e FAIT. — Tioli Clemente meurt à l'hôpital Majeur enceinte d'environ cinq mois. Elle est délivrée en présence des élèves par le docteur Leopoldo Galinello, qui déclare avoir extrait le fœtus avec grande facilité et promptitude. Il vérifia ensuite que l'appareil génito-utérin n'avait souffert aucune lésion appréciable.

3e FAIT. — L'auteur décrit ensuite une autre observation d'après Luigi Gionelli, lequel, appelé pour faire l'opération césarienne à une jeune femme qui venait de mourir en état de grossesse avancée, tenta l'extraction de l'enfant par les voies naturelles avec succès et pour la mère et pour l'enfant. Pendant l'opération il s'était aperçu qu'il s'était manifesté une légère contraction de la matrice. L'opération terminée, il titilla cet organe, employa tous les moyens conseillés en cas de mort apparente, et eut la consolation de la rappeler à la vie.

4e FAIT. — M. le docteur César Belluzzi, médecin à l'hôpital de la Maternité, extrait chez une femme morte un enfant à terme et vivant avec grandes facilités et promptitude.

5e FAIT. — Un enfant de sept mois est extrait vivant par les voies naturelles, chez une femme qui venait de rendre le dernier soupir, par le docteur Frederico Romei. L'examen nécropsique de la mère montra l'innocuité de l'opération sur les organes génito-utérins.

Ainsi, dans cinq cas, l'enfant est extrait quatre fois vivant; il n'y a d'exception que pour un seul, exception qui pourrait être attribuée à l'âge peu avancé du fœtus (cinq mois) et à son peu de viabilité.

Sur ces quatre cas heureux pour l'enfant, un l'a été en même temps pour la mère, qui, n'étant frappée que d'une mort apparente, a pu être rappelée à la vie.

Cette constance absolue de succès, tellement extraordinaire, eu égard à leur extrême rareté relative en France, nous a tout naturellement étonné, et nous avons franchement exprimé nos doutes à ce sujet à l'auteur du mémoire. Il n'a pas fallu moins que les affirmations de M. le docteur Verardini, et ses assurances sur la probité scientifique et l'honorabilité connue de nos confrères de Bologne, pour me forcer à admettre la véracité des faits produits, et dont la plupart ont eu des témoins compétents. Dieu veuille qu'il n'y ait dans cette répétition de faits rapprochés que l'effet d'un heureux hasard?

Au reste, ces observations, que je viens de rapporter, laissent à désirer sur plusieurs des points les plus importants de la question, savoir : à quelles maladies les femmes ont succombé ; combien de temps s'est écoulé entre la mort et la délivrance ; y avait-il ou non commencement de travail parturitif? Dans quelles conditions étaient les parties, et notamment le col de l'utérus et ses orifices?

Terminons par l'exposé des conclusions que le docteur Verardini tire de ces faits, et qui concordent aussi avec nos appréciations.

L'accouchement forcé se fait plus promptement et plus facilement que la taille césarienne.

L'extraction du fœtus vivant satisfait la loi, qui justement veut que l'on cherche à sauver l'enfant quand la mère est morte.

Cette opération n'apporte aucune lésion appréciable, aucun grave dommage à la mère quand la mort n'est qu'apparente.

L'utérus est tout au plus affecté de quelques lésions superficielles de son col, identiques avec celles observées dans les accouchements ordinaires par la version.

Si la grossesse n'a pas atteint cent quatre-vingt jours, terme avant lequel l'enfant est bien vivant, mais non viable, on peut au début de l'opération le baptiser dans l'utérus, avant que la vie ne soit éteinte en lui.

Si l'enfant est mort au détroit supérieur, on l'extrait par la version, surtout si les eaux ne sont pas encore écoulées ; on applique le forceps lorsque la tête plonge dans l'excavation du bassin. Cette conclusion prouverait que, dans les cas précités, les femmes seraient mortes en plein travail.

Enfin l'accouchement par les voies naturelles délivre l'opérateur des incertitudes, des angoisses qui résultent du doute si la mort est réelle et si elle n'est qu'apparente ; elle répugne moins à la famille et aux assistants ; elle est plus innocente et moins épouvantable que l'opération césarienne.

(1) *Mémoire sur l'accouchement par dilatation forcée du col de l'utérus*, avril 1861.

(2) *Del parto forzato nelle morte incinte in sartitutione, del taglio cesareo.*

C'est la discussion soulevée et soutenue à l'Académie impériale de médecine de Paris sur l'*opération césarienne*, qui nous a déterminés, M. le professeur Verardini et moi, à appeler l'attention des praticiens sur la méthode de l'accouchement forcé par les voies naturelles. Il est à regretter que l'illustre assemblée n'ait pas cru devoir sortir du cadre restreint et incomplet dans lequel elle s'est tenue enfermée. A elle appartenait la mission avortée de mettre en parallèle les deux méthodes, d'en faire ressortir les avantages et les inconvénients, de déterminer les cas dans lesquels on devrait avoir recours à l'une ou à l'autre.

Nous espérons que notre appel sur cette question, dont on ne peut décliner le grand intérêt et la haute importance, sera entendu des praticiens, et qu'ils s'empresseront d'apporter le tribut de leurs observations pour en fixer la solution au profit de la science et de l'humanité.

ORDRE DU JOUR DU 18 OCTOBRE 1862.

M. *Guibout*. Prodromes anormaux de la variole.

Société médicale des hôpitaux (1).

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1862.

CONSTITUTION MÉDICALE DE SEPTEMBRE. — MÉNINGITES CÉRÉBRALES ET CÉRÉBRO-SPINALES. — DE L'ICTÈRE TYPHOÏDE.

M. *Lailler* lit son rapport habituel sur la constitution médicale du mois précédent. L'état sanitaire des hôpitaux a été à peu près aussi favorable en septembre qu'en août. On a observé cependant un nombre un peu plus grand de maladies.

L'embarras gastrique apyrétique s'est montré fréquemment; on a noté en même temps des diarrhées, des dysentéries. La fièvre typhoïde a dominé la scène dans tous les hôpitaux, mais elle a revêtu des formes bénignes; il n'y a qu'un cas mortel dans les renseignements adressés à M. Lailler. L'éruption des taches rosées lenticulaires a été franche et abondante, selon plusieurs observateurs. M. Colin, au Val-de-Grâce, a vu des fièvres typhoïdes graves, avec cette circonstance assez singulière, que la maladie ne sévissait pas sur les jeunes soldats récemment arrivés à Paris, mais plutôt sur les anciens militaires, comme ceux de la garde et de la gendarmerie.

On a vu un assez grand nombre de rhumatismes articulaires, la plupart sans gravité et sans complications vers les séreuses. M. Bouvier a noté cependant un cas suraigu avec manifestations multiples chez un enfant.

Les pleurésies ont été assez nombreuses, notamment à Beaujon et à Saint-Antoine. M. Lailler fait remarquer que cette maladie se présente toujours avec une fréquence très grande à ce dernier hôpital, fréquence qui lui paraît devoir être attribuée uniquement à la profession des clients ordinaires de cet établissement. On sait en effet que Saint-Antoine reçoit un grand nombre d'ouvriers ébénistes ou autres, travaillant dans des ateliers ordinairement très chauds, et exposés par cela même à de brusques changements de température.

On a noté aussi quelques pneumonies, dix à Saint-Antoine, six à Beaujon, généralement bénignes; un seul cas a été mortel.

Les affections diphthériques ont été nombreuses, mais peu graves dans les hôpitaux d'enfants. M. Bouvier a eu, sur cinq croups opérés, deux succès complets (sortis guéris); un troisième est presque guéri, bien que la plaie ne soit pas encore cicatrisée, et les deux derniers sont dans un état très favorable qui permet d'espérer presque à coup sûr la guérison.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, on a compté également quatre guérisons sur quatre opérations.

Il faut ajouter à ce tableau quelques varioles disséminées, quelques érysipèles et un zona de la face, compliqué d'une ophthalmie, qui pourrait bien n'être, comme il a paru dans un autre cas observé par M. Lailler, que l'extension à la muqueuse oculaire des vésicules du zona de la région ambiante.

En résumé, dit M. Lailler, peu de malades, peu de réaction, peu de gravité, voilà ce qui caractérise la constitution médicale de septembre.

— M. *Axenfeld* présente les pièces pathologiques fournies par l'autopsie d'une malade, jeune femme de vingt-six ans, qui a succombé en quatre jours à des accidents de méningite. On a trouvé de la sérosité mêlée de pus, non-seulement dans les méninges cérébrales, mais dans toute la pie-mère rachidienne.

M. Axenfeld a entendu mentionner la fréquence de maladies semblables en ce moment; il ne croit pas cependant que le cas qu'il vient d'observer, surtout chez une femme, puisse être rapporté à la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. *Colin* fait observer que cette maladie n'a pas été signalée dans les hôpitaux militaires depuis cinq ou six ans.

M. *Bouchut* a vu un assez grand nombre de méningites dans ces derniers temps, puisque le nombre s'en est élevé à une trentaine de cas en l'espace de quatre mois, degré de fréquence qui lui semble insolite. Elles étaient en général de nature tuberculeuse ou granuleuse. La guérison de ces cas n'est pas aussi impossible qu'on le dit généralement. Il a obtenu une guérison complète chez l'enfant du mécanicien de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui avait présenté les accidents méningitiques les mieux caractérisés. Dans un autre cas, le malade guérit également de la méningite, mais il succomba plus d'un mois après aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire aiguë, et l'autopsie fit retrouver dans l'encéphale les traces évidentes de l'affection granuleuse des méninges. En signalant la fréquence de ces affections dans ces derniers temps, M. Bouchut n'a aucunement la pensée qu'on puisse les qualifier d'épidémiques, surtout avec la lésion tuberculeuse qui leur donnait naissance. On pourrait admettre cependant que les causes cosmiques qui favoriseraient le développement de la méningite, ont dû frapper tout d'abord sur les jeunes sujets déjà prédisposés par la diathèse aux maladies granuleuses.

M. *Colin*, d'après des faits observés dans la médecine militaire, croit que les maladies cérébrales se présentent sous la forme tuberculeuse avec une fréquence plus grande à certains moments et dans certaines conditions climatériques.

— M. *Bergeron*, en attendant que la commission chargée d'examiner les observations d'ictère grave présentées par M. Blachez et par M. Worms ait formulé son rapport, désire soumettre à la Société quelques considérations nouvelles à l'appui des idées qu'il a émises dans sa dernière communication relative à l'ictère typhoïde. A cette époque, il disait que les analogies entre la fièvre jaune et l'ictère typhoïde présentaient encore quelques *desiderata* quant aux deux circonstances de la contagiosité et de l'épidémicité, lesquelles n'étaient pas encore suffisamment établies pour cette dernière maladie. Quelques faits sont venus, depuis ce temps, plaider en faveur de la contagion, mais c'est surtout le caractère épidémique dont M. Bergeron veut s'occuper aujourd'hui, et dont il trouve la confirmation dans le rapport de M. Jolly, présenté à l'Académie de médecine au nom de la commission permanente des épidémies.

Les faits dont il est question dans ce rapport ont été observés en 1859 au pénitencier de Gaillon (Eure), par le docteur Carville, ancien interne des hôpitaux de Paris. Sans cause connue, sans encombrement spécial de la prison, sans qu'on puisse

(1) Plusieurs fautes d'impression dans notre dernier compte rendu (n° 39) ont singulièrement défiguré le nom des interlocuteurs. Ainsi, p. 620, colonne 1, lignes 17, 21, 24, il faut lire M. *Woillez*, au lieu de M. *Wailly*; lignes 40 et 43, M. *Bucquoy*, au lieu de M. *Bucquay*; — p. 619, colonne 2, ligne 32, *Gubler*, lisez M. *Gubler*, et ligne 33, au lieu de : *un cas pellagreux*, lisez *un pellagreux*.

Digitized by Google

invoquer autre chose que l'influence des chaleurs qui régnèrent cette année-là, et qui déterminèrent beaucoup de dysentéries dans le pays environnant, on vit se développer dans le pénitencier une épidémie d'ictère typhoïde, dont le nombre s'éleva, dans l'espace de cinq mois, à 47 cas, dont 11 décès, encore la fréquence et la gravité de la maladie eurent-elles leur maximum du 21 mai au 1er juillet (30 cas, dont 7 décès), et du 1er au 17 octobre (4 cas, dont 3 décès), tandis que dans l'intervalle, du 1er juillet au 1er septembre, on ne compte que 12 cas et 1 seul décès, l'épidémie ayant présenté ce fait anomal d'un redoublement terrible au moment où elle paraissait terminée.

M. Carville a bien étudié les conditions étiologiques de cette épidémie, pour l'âge notamment, le maximum de fréquence et de gravité a été de quarante à cinquante ans, puis de vingt à trente. Les constitutions les plus robustes ont été le plus fortement atteintes. Sur les onze cas mortels, huit ont frappé sur des tempéraments franchement sanguins.

Quant à la marche et à la durée de la maladie, M. Carville la divise en deux périodes; une première période, celle du début, jusqu'à l'apparition de l'ictère ; une seconde période, s'étendant de l'apparition de l'ictère jusqu'à la fin, terminaison fatale ou entrée en convalescence. La durée de la maladie a été courte, de onze à treize jours seulement; mais la convalescence a toujours été très longue (trente-huit jours en moyenne), et même après ce temps les convalescents ont été encore trente jours dans un état de faiblesse qui les rendait incapables de reprendre leur travail.

Les symptômes de la première période ont été un frisson initial très marqué (46 fois sur 47), de la céphalée, de la brisure des membres, accompagnés des phénomènes de l'embarras gastrique, anorexie, langue sale, suivis de vomissements bilieux répétés. Le ventre était dépressible, il y avait à peine un peu de douleur à l'épigastre, mais rien de spécial à l'hypochondre droit; la constipation était la règle. Aucune complication pulmonaire ou bronchique n'était révélée par l'auscultation, bien qu'il y eût de la dyspnée. Le pouls se maintenait de 76 à 96 dans cette première période, pour baisser notablement dans la seconde. Il n'y avait pas encore de délire, mais dès le troisième jour on observait une prostration effrayante. Enfin on a remarqué la diminution notable et même la suppression des urines. L'acide nitrique y déterminait la coloration caractéristique de la bile, même avant l'apparition de l'ictère, mais à aucune période il n'y a eu albuminurie. Quelquefois enfin il est survenu du hoquet et des épistaxis, mais ces phénomènes appartiennent surtout à la seconde période.

Cette seconde période commence avec l'apparition de l'ictère ; la teinte jaune présente toutes les nuances jusqu'aux colorations bronzées, l'intensité de la coloration est généralement proportionnelle à la gravité de la maladie. Le pouls diminue de fréquence, la prostration augmente sensiblement, la langue devient âcre, les vomissements bilieux persistent. Les hémorrhagies n'ont pas été fréquentes dans cette épidémie ; on n'a cité qu'un cas de vomito-negro, quelques pétéchies, quelques épistaxis, quelques selles sanguinolentes, plus souvent ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a trouvé des ecchymoses dans les différents viscères. — Le hocquet, l'adynamie, le subdelirium, plutôt que le délire intense, et quelquefois des phénomènes éclampsiques, enfin le coma, ont enfin précédé la terminaison fatale. Une fois on a observé des parotides.

Tous ces faits sont regardés par M. Carville comme des cas d'ictère typhoïde, et la commission de l'Académie partage cette manière de voir. M. Bergeron est heureux d'y voir la confirmation des idées qu'il avait émises, c'est-à-dire la prédominance des phénomènes typhoïdes et de l'adynamie suffisant à caractériser la maladie. Le foie n'a été trouvé ramolli et un peu diminué de volume que dans deux cas; M. Carville, très au courant de la question, a pourtant recherché cette lésion avec soin dans les autres cas ; il est vrai que l'examen microscopique n'a pas été fait, et qu'il aurait peut-être révélé un commencement de lésion non encore appréciable à nos sens, mais toujours est-il que la lésion ne jouerait en ce cas qu'un rôle secondaire et serait tout à fait consécutive.

On s'étonnera aussi que les hémorrhagies ne se soient montrées que dans moins de la moitié des cas, et à coup sûr, si le type morbide décrit par MM. Ozanam et Monneret devait être regardé comme immuable, on serait autorisé à rejeter la moitié de ces faits en dehors de l'ictère typhoïde ; cependant tous ces cas se sont produits dans les mêmes circonstances, sous les mêmes influences pathogéniques, et combien de maladies les mieux connues, la fièvre typhoïde par exemple, devraient aussi perdre leur nom, s'il suffisait de l'absence de tel ou tel symptôme pour qu'on pût contester leur nature !

Ainsi, selon M. Bergeron, ni l'absence de la lésion du foie, ni celle des hémorrhagies ne suffisent à priver les cas dont il s'agit de leur dénomination d'ictère typhoïde. M. Bergeron maintient cette dénomination malgré la critique qu'en a faite M. Chauffard. Le mot typhoïde qui, selon ce dernier médecin, signifie *image de la stupeur*, est employé journellement en médecine avec moins de souci de la rigueur étymologique, et M. Bergeron se croit autorisé à dire ictère typhoïde, comme on dit pneumonie typhoïde. Il inclinerait vers la dénomination de *typhus ictérode*, si ce nom ne lui paraissait préjuger une question nosologique qui n'est pas encore suffisamment établie.

Dans un des cas de M. Carville, on a observé une saillie notable des plaques de Peyer ; on pourrait peut-être en conclure qu'il s'agissait là d'un cas de typhus des prisons, si les descriptions de cette maladie, telles que les donnent les ouvrages classiques, ne montraient une différence complète dans les caractères des deux affections.

Un fait qui serait en contradiction avec la loi générale des épidémies, c'est que la mortalité de l'épidémie de Gaillon serait beaucoup plus faible que celle des cas sporadiques récemment observés. Mais ne peut-on expliquer cette anomalie apparente en admettant qu'il existe dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, un grand nombre de cas moins graves, qui ont passé inaperçus, et ont été décrits comme de simples fièvres bilieuses ? M. Carville avait distribué les malades du pénitencier dans deux salles : dans la première, on admettait ceux qui ne présentaient que les accidents prémonitoires ; dans la deuxième, on faisait passer ceux dont l'ictère était confirmé. Or, un certain nombre de malades n'ont pas été au delà de la première salle, il en est même 10 qui ne figurent pas dans les 47 cas de M. Carville, parce que les symptômes prémonitoires n'ont pas été suivis d'ictère, ni d'accidents graves, bien que la convalescence ait été très longue. Il y aurait eu là un certain nombre de cas d'ictère typhoïde sans ictère, comme on connait des scarlatines sans scarlatine, etc. Ne peut-on dire que ces cas de fièvre bilieuse simple de notre climat sont à l'ictère typhoïde ce que plusieurs pathologistes veulent que la fièvre bilieuse des pays chauds soit à la fièvre jaune elle-même ? Cette espèce de réclusion de la maladie dans une salle d'hôpital ne rappelle-t-elle pas aussi les faits observés à la Rochelle ou dans d'autres de nos ports, où la fièvre jaune importée des colonies n'a pu franchir les limites d'un hôpital ou d'un quartier pour se répandre dans la ville? Ces faits de délimitation de la fièvre jaune s'observent même dans les pays où elle est endémique.

Le pénitencier de Gaillon n'avait présenté aucune épidémie semblable, antérieurement à l'année 1859 ; mais depuis, cinq ou six mois après, on a revu quelques ictères typhoïdes ; M. Carville en a encore observé trois cas mortels en 1860 et 1861. Enfin, M. le docteur Kuhn, qui exerce aussi à Gaillon, a noté, dans le pays environnant, une petite épidémie de fièvre biliaire qui lui a paru se rapprocher de celle qu'on observait au pénitencier. Ces faits assez nombreux semblent indiquer une aptitude particulière de ce pays au développement de l'ictère typhoïde.

Quant à poursuivre plus loin les analogies de l'ictère typhoïde

ou de la fièvre jaune, ou à établir l'existence d'un nouveau typhus en Europe, c'est une question que M. Bergeron laisse à la commission déjà nommée par la Société, mais il regrette que des travaux comme ceux de M. Carville, aussi importants pour juger la question, ne reçoivent pas une publicité plus grande que celle qui résulte du rapport académique. On consulterait aussi avec profit, dans la Gazette médicale d'Orient, les discussions de la Société de médecine de Constantinople, qui s'est occupée de la question de l'ictère grave plus que nos sociétés savantes.

Dr E. Isambert.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes, par le docteur Aug. Durand (de Lunel), médecin principal de première classe, etc. Chez Savy.

Suite. — Voir le numéro 40.

Deuxième partie.

III

Le livre troisième est tout entier consacré à la théorie des fièvres intermittentes : — six chapitres, que nous résumerons successivement sur texte ; notre critique suivra chaque résumé partiel.

1° *Théorie de l'accès et de l'apyrexie.* — L'accès, dans ses trois stades, représente les effets primitifs puis consécutifs des causalités miasmatiques et diurnes. Le stade de froid représente l'effet asthénisant exercé sur l'appareil nerveux de la vie organique ; le stade de chaleur une réaction due surtout à l'hyperesthésie de l'appareil nerveux de la vie animale ; le stade de sueur, la détente de cet appareil ; et enfin l'apyrexie, le retour à la tonicité, provoqué par la réaction et par les éliminations qui la suivent.

Il est certain, d'une manière générale ou abstraite, que l'intoxication miasmatique, aidée par d'autres causes, peut, ainsi que le remarque M. Durand, produire presque immédiatement les trois stades, et aussi ne les produire qu'après un assez long temps d'incubation. Si la fièvre ne se manifeste que huit, dix jours et plus, après l'absorption du miasme, est-il bien clair « qu'il faut que le toxique ait été *élaboré* par l'organisme » ? (P. 226.) Comment, si nous l'accordons, ce même tonique aura-t-il pu quelquefois produire immédiatement la fièvre intermittente, sans avoir été *élaboré ? Ferment* dans le premier cas, *non-ferment* dans l'autre ! Il y a là conseil, pensons-nous, pour le doute et la recherche.

Les faits groupés avec un très grand talent et des connaissances de tout ordre approfondies, par l'auteur du *traité*, étant tenus pour inattaquables, on comprend parfaitement *la diminution notable de la faculté qu'a l'individu atteint, de produire du calorique ;* mais ce que l'on comprend beaucoup moins, c'est l'invasion brusque du frisson, c'est l'intensité subite de l'action hyposthénisante. On se demande comment un ferment putride arrivé à sa maturité pour produire l'impression de sédation de la vie nutritive, est détourné, retenu presque tout entier par certains organes, la rate, le foie, le cerveau, pour en sortir à l'heure dite, et produire le frisson brusque et profond, etc. ! N'ont-ils pas, eux aussi, ces organes, leur vie de nutrition qui serait hyposthénisée à l'excès (celle du cerveau surtout) par le toxique concentré ? Que si le miasme, au lieu d'être stagnant, pour sa meilleure part, circule avec le sang (rien ne prouve le contraire), comment les attaques sont-elles si subites et si vives ? — Nous raisonnons dans le vide, le mieux est de s'en tenir au précepte de Gaubius.

Ce que l'auteur du *traité* explique à merveille, c'est la réaction, c'est son absence, si l'hyposthénie cérébro-spinale est trop forte (d'où certaines formes de la perniciosité) ; c'est enfin la congestion, à chaque accès, des organes parenchymateux et leur développement progressif. Mais le cas échéant, ces congestions et leurs suites se manifestent, ne l'oublions pas, comme effets. — Passons sur le dernier stade, la détente et la sueur qui la suit, conséquences naturelles des habitudes nerveuses.

M. Durand fait cette juste remarque : que l'accès finit parce que la vivacité de l'action cérébro-spinale a épuisé les forces vives. (P. 236.) Ne pourrait-on pas penser que là gît le mystère de l'intermittence ? Supposons que le miasme absorbé se comporte comme un ferment, et répande rapidement son action ; il attaquera ainsi l'organisme, jusqu'à l'heure où il faudra qu'une vive réaction le défende de nécessité ; et ainsi de suite. Cette hypothèse, que nous ne proposons pas, n'expliquerait-elle pas mieux l'invasion brusque et surtout l'apyrexie, que la théorie de notre collègue ? Est-il donc si facile d'admettre : « que l'apyrexie peut se maintenir pendant longtemps, alors » même qu'une grande quantité de matériaux miasmatiques » sera répandue dans le sang, parce que la réaction a ramené » la tonicité générale en rendant le sang plus *électro-positif ?* » (P. 245.) Ne serait-ce point plutôt que la *coction*, les sécrétions et excrétions ont usé le toxique, et qu'il faut, à ce qui en reste, le temps de regagner le terrain perdu, pendant que le système nerveux de réaction se retrempe dans le repos ? — Ceci soit dit seulement pour montrer comment une hypothèse s'introduit avec quelque apparence de légitimité.

2° *Théorie de l'intermittence.* — L'intermittence des accès a pour cause les alternatives des influences, soit atmosphériques, soit fonctionnelles, des deux ordres de causes diurnes et nocturnes. Les diurnes *exaltent* le double élément nerveux essentiel de l'accès, déjà préparé par l'infection miasmatique ; elles font verser dans l'organisme une partie des miasmes recélés dans les organes centraux et en exaltent, à la périphérie, les effervescences putrides. Les nocturnes agissent en sens inverse, maintiennent l'apyrexie, mais favorisent l'incubation *miasmatique*. — Quand une influence diurne, même la principale, vient à manquer, les autres peuvent suffire à la périodicité morbide. Toute influence, même nocturne, tendant à dégorger les organes centraux infectés, et à déterminer le double élément nerveux de l'accès, peut le provoquer. De là des exceptions à la règle des manifestations diurnes. Voyons ce que l'on peut en penser.

La série des alternatives, abstraction faite du miasme, peut-elle produire l'intermittence ? L'intermittence, oui, d'une manière sporadique, une endémie d'intermittences, non. M. Durand n'a-t-il pas lui-même noté ce fait : *que dans les pays chauds où il n'y a pas de marais, le régime des intermittentes fait défaut ?* Tenons donc bien décidément les alternatives en question pour des causes de second ordre, préparatoires, occasionnelles, adjuvantes, mais insuffisantes par elles-mêmes. L'immunité acquise aux Barbades, aux Bermudes et autres contrées chaudes sans marais, prouverait que les observations de R. Faure et autres, ont été recueillies dans les lieux où le miasme existait plus ou moins. Pourquoi l'auteur du *traité* suspend-il à cet égard son jugement ? Pourquoi surtout concède-t-il à la *périodicité* des éléments de l'hygiène, dans un cas d'intoxication miasmatique à petite dose, le monopole de la causalité pour la production de l'intermittence ? (P. 247.) Si elle peut avoir ce monopole, avec un poison à petite dose, « dont la périodicité morbide n'est pas le résultat » (p. 247) ; pourquoi aux Barbades, aux Bermudes et ailleurs, ne l'aurait-elle pas sans miasmes ? Elle ne l'a pas ; donc le miasme est la vraie cause active ; les autres ne font que lui procurer le milieu qui lui convient.

Quant à la théorie de l'accès décidément paludéen, elle est conduite avec une logique irréprochable, si toutefois les hypothèses de l'auteur du *traité* passent dans l'ordre des faits : 1° si le miasme est une matière putride *élaborée* dans le sang ; 2° si cette matière séjourne bien réellement dans les organes parenchymateux, pour y développer sa puissance, et si elle

n'en sort pas incessamment avec le sang ; 3° si elle s'élance tout à coup du fond de ces organes, lors de certains mouvements d'expansion. — Nous ne nions pas que toute cette théorie ne soit présentée et soutenue avec infiniment d'art ; mais, encore un coup, elle ne prévaudra que lorsque ce qui est possible et probable sera devenu certain. Nous ne condamnons pas formellement une thèse, une discussion si bien conduite, nous les ajournons jusqu'à plus ample informé. — Ce que nous condamnons c'est ceci : quand une influence diurne, *même la principale*, vient à manquer, les autres peuvent suffire à la périodicité morbide. — Rien ne suffit sans le miasme, dans l'ordre endémique, si l'on consulte les faits. — Ce que nous ne comprenons pas davantage, ce sont les exceptions à la règle des manifestations diurnes. — Pourquoi ? — Parce que l'auteur a trop prouvé ! Il a si bien démontré l'immense puissance des influences qui déterminent les accès de jour, qu'on ne comprend plus du tout les exceptions.

3° *Théorie des types.* — Les types les moins éloignés les uns des autres expriment généralement les conditions les plus intenses des causes et les conditions les moins toniques des individus pendant l'apyrexie.

Sous réserve de notre remarque relative à la fréquence de la perniciosité du type tierce et à la ténacité antithéorique du type quarte, nous louons hautement les développements, sur faits, que M. Durand accorde à sa théorie des types ; ils satisfont l'esprit, et nous avouons franchement que les doutes que nous proposons ne nous paraissent pas de nature à mettre en suspicion, surtout pour les pays chauds, le rapport qui existe entre l'intensité des causes et le rapprochement des accès. Il est seulement bon et utile de tenir compte des exceptions et d'essayer de s'en rendre compte.

4° *Théorie des récidives.* — Les récidives sont préparées par l'élaboration des miasmes au sein des organes centraux engorgés.

Oui, s'il y a élaboration de miasmes. — Lorsque le fébricitant des pays chauds revient en Europe, on le voit tout à coup, au milieu de l'hiver, après trois, quatre mois d'une santé parfaite, être repris par de violents accès, qui portent le cachet de leur origine. Comment cela se fait-il ? Nous n'en savons rien. — S'il y a eu pendant plusieurs mois *élaboration* d'un ferment putride, il faut convenir qu'il y a des fermentations bien lentes, et de bien innocentes putridités.

5° *Théorie de la cachexie paludéenne.* — Elle dérive de l'infection miasmatique qui est déprimante pour l'impression sanguine générale, et de là pour toutes les autres fonctions de la vie organique.

Chapitre d'observation très fine et très variée. — Nous aurions peut-être bien quelques objections à présenter sur la question de l'intumescence primitive ou consécutive de la rate. Nous sommes disposé à la considérer, avec M. Catteloup, comme ordinairement consécutive aux accès ; l'auteur du *traité* nous paraît entraîné à faire une part trop large à l'opinion contraire.

6° *Théorie des éléments, des formes et des états pernicieux.* — La variété des causes, des tempéraments, des idiosyncrasies organiques et des dispositions accidentelles, rend compte de la variété des formes. L'intensité des causes, la délicatesse ou l'importance des organes excités ou congestionnés, l'état souvent très atonique des individus, et l'importance et la nature des organes dénués de sang et de fluide nerveux, pendant les congestions et les excitations de certains autres, rendent compte des états pernicieux.

Ici les faits soutiennent la théorie d'une manière pour ainsi dire adéquate ; point de lacunes, peu de suppositions, et enfin les preuves de détail les plus décisives, réunies en faisceaux. — Voilà des pages qui éclairent d'un jour nouveau des questions très complexes et qui donnent à penser. Nous ne croyons pas qu'on ait jamais mieux étudié, eu égard aux différentes formes des fièvres de marais et de la perniciosité, ce que la médecine analytique, celle de Barthez, nomme les éléments. Il suffirait de pareilles considérations pour recommander un livre à l'attention des pathologistes. Nous allons voir que M. Durand ne s'adresse pas avec moins de succès aux praticiens.

IV

Le traitement se résume en ces termes :

Lutter contre les causes, surtout contre le miasme. Prendre pour pivot de médication, le sulfate de quinine considéré comme *tonique*, comme *antiseptique* et comme moyen *indirectement éliminateur* ; proscrire, autant qu'on le peut, les déplétions sanguines ; augmenter les doses de quinine, en raison de ces déplétions ; user largement des moyens éliminateurs, notamment des évacuants ; faire usage de certaines médications éventuelles, en rapport avec certaines circonstances ; après la suspension des accès, continuer pendant plusieurs jours l'emploi des *antipériodiques* ; l'interrompre à divers intervalles, et, de temps en temps, lui associer encore les évacuants.

Cette tactique, dont tout praticien lira le menu détail avec fruit, repose évidemment sur une expérience consommée ; nous l'approuvons dans toutes ses parties, excepté dans ses tendances doctrinales. Le sulfate de quinine serait un *tonique*, un *antiseptique* ! Du moment que le miasme est un *ferment putride*, l'antiseptique est appelé ; du moment que l'action principale du ferment est l'*hyposthénie* du système nerveux de nutrition, le tonique est indiqué. Mais qui croira que cette pernicieuse algide, arrêtée dans sa marche foudroyante par quelques grammes de quinine, a cédé parce qu'il y a eu destruction presque immédiate d'un élément putride, et réparation presque subite des forces radicales mortellement atteintes ? Qui croira qu'un sel dont on ne se sert point contre l'atonie générale, dont le quinquina en substance, les vins, etc., sont loin de redouter la concurrence, dans les maladies notoirement septiques, peut, dès aujourd'hui, recevoir un autre nom que celui de *spécifique*, lorsqu'il s'agit du traitement des fièvres intermittentes ? — Écartons ces expressions systématiques et décevantes d'*antiputride*, de *tonique*, d'*antipériodique*, de *moyen éliminateur*, que les faits ne nous autorisent nullement à employer. — Ces remarques laissent intact le mérite particulier de la médecine du *traité*, qui consiste surtout en ceci : que l'auteur a jugé sur place, et bien jugé, en les réunissant en corps de doctrine, les nombreuses nuances de traitement proposées par les médecins algériens, pour faire face à toutes les circonstances et à toutes les difficultés de l'art.

La notice sur l'usage des eaux de Vichy couronne on ne peut mieux l'édifice ; elle participe de ses vues théoriques, elle complète ses vues pratiques.

Notre conclusion sur l'ensemble, est que le TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES restera comme un des livres les plus complets, les plus curieux, les plus riches de faits et les plus sagement pratiques, malgré de nombreux écarts de théorie, qu'on ait écrits sur cette matière.

P. GARREAU.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE. — Les médecins italiens, membres aujourd'hui d'une grande et même famille politique, ont voulu resserrer encore davantage les liens de l'unité de la patrie en se réunissant dans une vaste association, qui embrassera bientôt toute la Péninsule, des Alpes à la mer de Sicile. Depuis deux ans surtout, à l'exemple de ce qui s'était fait parmi nous, des associations médicales s'étaient formées dans les principales villes de l'Italie. Il y a peu de jours, le comité central provisoire de Milan, présidé par M. Luigi Gianelli, adressait au corps médical de la Péninsule l'invitation de se réunir en une association générale dont il présentait un projet de règlement. Ce qui n'était qu'un projet est devenu une réalité, et nous trouvons aujourd'hui dans la GAZETTA MEDICA ITA-

Digitized by Google

LIANA le statut fondamental de l'association. Nous en donnons les principales dispositions :

1. Une association médicale italienne est constituée.

2. Elle a pour objet les progrès de la science, l'amélioration des institutions sanitaires, la dignité professionnelle, la prospérité de la famille médicale, la défense de ses intérêts, etc.

3. Elle se compose des comités médicaux qui adhéreront au statut.

4. Elle tient des congrès généraux, et dans l'intervalle d'un congrès à l'autre elle est représentée par une commission exécutive.

5, 6, 7. Les congrès généraux se tiendront tous les deux ans, pendant l'automne, dans une ville d'Italie désignée par le congrès précédent (le projet disait dans la capitale de l'Italie); mais des congrès extraordinaires pourront avoir lieu toutes les fois que le quart des comités provinciaux en feront la demande; les frais des congrès généraux sont à la charge de l'association.

9, 12. Le congrès se compose des délégués des comités particuliers et des membres qui voudront y prendre part; il est ouvert et dirigé dans la première séance par le président du comité local de la ville où a lieu la réunion, et dans cette séance a lieu, à la majorité des voix, l'élection du président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire et de deux vice-secrétaires.

13. Le programme du congrès est publié deux mois d'avance par les soins du comité central.

Les articles qui suivent règlent la votation dans les différentes circonstances où le vote peut être appelé à prononcer sur certaines questions.

Commission exécutive. — 21. La commission exécutive comprend, outre le bureau ordinaire, quatorze conseillers, élus pour deux ans et rééligibles. Elle nomme à son tour un caissier, dont elle est responsable.

32. L'actif de l'association résulte d'une contribution annuelle de 2 francs par sociétaire, prélevée sur la caisse de chaque comité central; des dons, legs et donations qui peuvent lui être faits.

Les dépenses sont celles de première installation, d'administration, et celles qui, dans le même but, sont votées par les congrès généraux.

Comités locaux. — 34, 35. Les comités médicaux seront déclarés constitués quand ils se composeront au moins de dix membres pourvus d'un diplôme légal dans une des branches de l'art médical. Ils se réunissent au chef-lieu de la circonscription. Les comités pourront s'agréger en comités provinciaux pour mieux remplir le but que se propose l'association.

38. Ne pourront en faire partie ceux qui, bien que pourvus d'un diplôme, auront manqué aux lois de la moralité professionnelle et civile.

39. Par les mêmes motifs, un sociétaire pourra être exclu par un vote à la majorité des voix, et après avoir été entendu par le comité local auquel il appartient, réuni pour cela en assemblée générale.

42. Les comités qui désireront instituer une caisse de secours y pourvoiront par des contributions et une gestion particulière.

46. Chaque comité détermine le montant de la souscription de chacun de ses membres, l'époque et le mode de payement.

50. Chaque comité envoie deux délégués au conseil général.

L'association médicale italienne est déclarée fondée à la date du 4 septembre 1862.

Le premier congrès aura lieu à Milan le 1er septembre 1863.

La commission spéciale, élue dans le congrès de 1862, devra présenter l'année prochaine un projet d'organisation de secours mutuels pour l'association médicale italienne.

La présidence honoraire de l'association est donnée au professeur Salvator de Renzi; le président titulaire est le docteur Luigi Gianelli.

La commission exécutive est présidée par le docteur Romolo Griffini.

— Les membres du jury pour le concours de l'internat, qui doit s'ouvrir le 20 octobre prochain, sont MM. Jaccoud, Lorain, Fremy, Michon, Voillemier, *juges*; MM. Woillez, Guersant, *juges suppléants*.

— La loi du 22 janvier 1851, relative à un appel de 80,000 hommes sur la classe de 1850, prescrivait qu'à l'avenir le compte rendu annuel du recrutement comprendrait des renseignements statistiques sur l'état sanitaire et la mortalité dans l'armée. En exécution de cette disposition légale, une première instruction ministérielle en date du 3 décembre 1851, élaborée par le Conseil de santé des armées, avait déterminé la série des documents qui devaient servir de base à l'établissement d'une statistique médicale de l'armée. Mais l'expérience a démontré qu'il importait d'introduire des modifications dans la forme de ces documents; une nouvelle instruction proposée par le Conseil de santé, et approuvée le 14 juin dernier par le ministre de la guerre, a définitivement institué cette statistique. (*Moniteur de l'armée.*)

Le journal THE LANCET publie la statistique suivante de la mortalité dans les hôpitaux de Londres pendant l'année 1861.

NOMS des hôpitaux.	en traitement.	admis.	Total	MORTALITÉ hommes.	femmes.	générale
St-Bartholomew's.	559	5565	6124	»	»	10,7 °/°
Guy's.	493	4867	5360	10,4	8,5	9,4
St-Thomas.	443	3892	4335	10,0	9,2	9,7
London	351	4169	4520	7,9	9,2	8,4
St-George's.	335	3646	3981	10,1	6,9	8,3
Middlesex.	223	2042	2265	»	»	11,7
St-Mary's.	131	1691	1822	11,8	8,1	10,1
Westminster.	143	1522	1665	»	»	9,6
King's College.	120	1332	1452	13,8	7,1	10,7
University.	100	1286	1386	»	»	11,2
Royal Free	79	1190	1269	6,2	6,1	6,0
Charing-Cross	98	925	1023	»	»	8,3
Metropolitan Free.	8	146	154	5,0	7,0	6,8
Great Northern.	5	175	180	»	»	8,2
Total.	3098	32418	35506	»	»	9,5

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Thèses.

Thèses subies du 21 au 31 août 1862.

142. REY, L.-M.-L.-Émile, né à Mercuès (Lot). [*De l'exercice musculaire dans ses applications à la médecine.*]

143. DOSSANPS, Pascal, né à Pomarez (Landes). [*Des kystes des paupières.*]

144. MOLINIÉ, Eugène, né à Altes, près Sévérac-le-Château (Aveyron). [*Quelques notions générales sur l'empyème ou pyothorax.*]

145. BAZALGETTE, S., né à Mende (Lozère). [*Des dyspepsies.*]

146. TUROT, Henri Aventin, né à Aulnay (Aube). [*Étude sur l'hystérie.*]

147. HARRENSCHMIDT, E., né au Warhen, près Strasbourg. [*De l'emphysème sous-cutané qu'on observe à la suite de la tuberculisation pulmonaire chez les adultes.*]

148. LE DREUX, Armand, né à Saint-Denis (île de la Réunion). [*Recherches sur le cancer de l'utérus.*]

149. DEMOUY, François, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*De la phlébite, ses rapports avec l'infection purulente, et spécialement son traitement abortif.*]

150. VIALETTE, Auguste, né à Vic-sur-Cère (Cantal). [*De l'hémorrhagie puerpérale.*]

151. MATHON, Arthur, né à Bouvigny-Boyeffles (Pas-de-Calais). [*De l'allaitement maternel.*]

152. VAILLANT, Eugène, né à Bousse (Moselle). [*Des ruptures utérines pendant le travail.*]

153. LEMARCHAND, Léon, né à Bourges (Cher). [*Du traitement prophylactique de la variole.*]

154. LEMARDELAY, Eugène, né à Doué (Maine-et-Loire). [*Étude sur la gangrène pulmonaire.*]

155. PENOT, Auguste O.-Cérasaint, né à Marsainvilliers (Loiret). [*Du rhumatisme articulaire chronique : de son traitement par les arsenicaux.*]

156. PIGNOL, Jules-Achille, né au Saint Esprit (île Martinique). [*Du forceps et de quelques-unes de ses applications.*]

157. ADNET, Eugène, né à Monthermé (Ardennes). [*De la vascularisation de la conjonctive dans la conjonctivite.*]

158. BARTHÉLEMY, J.-B., né à Angers (Maine-et-Loire). [*De la navigation au point de vue thérapeutique.*]

159. JALUZEAU, L.-A., né à Chevillon (Yonne). [*De l'hémoptysie.*]

160. LEMÉNAGER, P.-A.-A., né à la Ferté-Saint-Aignan (Loir-et-Cher). [*Considérations sur la phthisie pulmonaire, et principalement sur le traitement de cette affection.*]

161. BONNARDOT, Ernest, né à Genlis (Côte-d'Or). [*De la version pelvienne.*]

162. GUILBERT, Charles-Alphonse, né à Paris. [*De la phthisie pulmonaire, dans ses rapports avec l'altitude et avec les races, au Pérou et en Bolivie. — Du soroche, ou mal des montagnes.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — **PARIS, 24 OCTOBRE 1862.** — **N° 43.**

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Revue chirurgicale. — Compression digitale dans les anévrysmes. — Sutures métalliques. — Académie de médecine : Ovariotomie. — Mort de Ch. Londe — II. **Travaux originaux**. Pathologie externe. Nouvelle opération d'ovariotomie. — Pathologie interne : Note sur un cas de Tænia solium fenêtré contracté en Syrie. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. — Invagination intestinale guérie par l'insufflation. — Introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, issue à travers les parois thoraciques. — Quatre anévrysmes chez le même malade. — Hernie irréductible ; section sous-cutanée de l'anneau inguinal externe. — V. **Bibliographie**. Hygiène de la première enfance. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 23 octobre 1862.

REVUE CHIRURGICALE. — COMPRESSION DIGITALE DANS LES ANÉVRYSMES. — SUTURES MÉTALLIQUES. *Académie de médecine* : OVARIOTOMIE. — MORT DE CH. LONDE.

Comme aux plus beaux temps de la Renaissance la science est redevenue *libre échangiste*, et l'on peut, sans honte aussi bien que sans droits onéreux, profiter des progrès réalisés *extra muros et fines*. La chirurgie parisienne n'a pas à se plaindre de ce libéralisme, on peut même dire qu'elle l'utilise largement, car pour elle, à l'heure qu'il est, l'importation dépasse beaucoup l'exportation ; cet aveu est pénible à faire, sans doute, mais il est évident qu'en fait de nouveautés chirurgicales nous vivons quelque peu en parasites. Les questions à l'ordre du jour ne sont point nées dans notre enceinte, et pour le prouver, il suffira de citer la compression digitale dans les anévrysmes, les sutures métalliques, l'ovariotomie, les résections du membre inférieur, la section de la mâchoire dans les cas de fausse ankylose temporo-maxillaire, la laryngo-pharyngoscopie, le traitement des arthrites aiguës et chroniques par les manœuvres violentes, etc., etc.

A défaut d'initiative et en attendant que l'inspiration nous revienne, contentons-nous d'étudier les problèmes de provenance exotique, d'essayer les méthodes, d'épurer les indications, de soumettre, en un mot, les questions nouvelles ou ressuscitées, à cette expérimentation sérieuse et sage, à cette critique solide et savante dont, il faut l'espérer, nous n'avons pas perdu le secret.

Rendons-nous cette justice, qu'en dépit des *protectionnistes* des anciennes méthodes et des anciennes idées, nous ne sommes pas trop réfractaires au progrès : les choses vraiment bonnes font chez nous leur chemin, et reçoivent ici une consécration d'autant plus précieuse qu'elle a surmonté plus de résistance et exigé plus de temps.

Les divers points de thérapeutique chirurgicale que nous énumérions plus haut sont actuellement dans la période d'incubation; il est prudent de réserver tout jugement définitif à leur égard, mais nos lecteurs ne seront peut-être pas fâchés de savoir ce qu'ils deviennent et à quel degré de maturité ils sont parvenus; c'est pourquoi nous nous proposons de leur dire ce que nous en savons, d'après les renseignements plus ou moins inédits qui sont parvenus jusqu'à nous.

La *compression digitale dans les anévrysmes* nous paraît seule acceptée sans conteste. Depuis les derniers documents donnés par la GAZETTE, de nouveaux faits sont venus prouver encore l'excellence de la méthode en même temps que sa faillibilité : l'excellence dans les anévrysmes spontanés de l'artère poplitée, et l'insuffisance dans un cas d'anévrysme diffus du même vaisseau. La Société de chirurgie a reçu en effet trois communications de ce genre ; on les trouvera avec tous leurs détails dans les *Bulletins* de cette active compagnie ; aussi ne faisons-nous que les indiquer brièvement. La compression a échoué dans un cas très grave observé par M. le docteur Bourguet (d'Aix en Provence), mais elle a réussi avec une rapidité et une simplicité singulières entre les mains de M. Ollier (de Lyon) ; tout récemment, M. Chassaignac a été aussi heureux ; voici donc trois bonnes observations de plus ; les deux dernières confirment d'ailleurs d'une manière complète les opinions que nous avons autrefois formulées ici même ; c'est à notre avis chose jugée, procès gagné. On peut dire itérativement qu'un anévrysme spontané du membre inférieur doit toujours être traité par cette méthode de prime abord, avec espoir très fondé d'obtenir une guérison prompte et exempte de tout péril.

Les *sutures métalliques* ont été accueillies avec plus de froideur, et pénètrent moins facilement dans notre pratique journalière. Trop vantées par les chirurgiens américains, elles ont été étudiées avec beaucoup de soin par M. Ollier (de Lyon) et Letenneur (de Nantes), qui en ont scientifiquement et pratiquement démontré les avantages ; ce qui n'empêche pas un bon nombre de nos confrères de s'en tenir en-

core aux épingles et aux fils ordinaires. C'est une chose mauvaise en général de demander le plus pour avoir le moins, le plus sage est d'exiger le nécessaire et rien davantage; proposer toujours et partout la substitution des fils métalliques aux autres agents de la réunion immédiate, constituerait certainement une exagération qui jetterait de la défaveur sur un procédé pourtant très digne d'intérêt. Sans nous arrêter à des objections de second ordre tirées de la longueur et de la minutie du procédé, de la difficulté de se procurer les fils spéciaux, etc., nous aimons mieux dire que, dans un certain nombre de cas usuels, les anciens modes de suture restent suffisants; par cette concession facile nous satisferons peut-être ceux qui n'abandonnent pas facilement les moyens classiques, mais en revanche nous leur demanderons d'adopter l'innovation dans les cas où elle est, sans conteste, supérieure à ses aînées.

Les avantages de cette suture se résument ainsi : elle procure une réunion très exacte à l'aide de points très nombreux, très rapprochés, provoquant cependant très peu d'irritation locale, grâce au faible volume des fils et à leur nature métallique; ce qui permet de la laisser fort longtemps en place sans crainte de voir les lèvres de la plaie coupées prématurément. — Donc, toutes les fois qu'il sera nécessaire d'avoir une réunion très exacte et un affrontement très longtemps prolongé, c'est à la suture métallique qu'il faudra recourir. L'expérience a déjà prouvé qu'elle faisait merveille en effet dans les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, dans la staphylorrhaphie et la palatoplastie, dans la suture du périnée, dans certaines gastrorrhaphies et uréthrorrhaphies, dans quelques cas difficiles de fracture de la mâchoire inférieure (Morel-Lavallée), après l'extirpation de certaines tumeurs superficielles, etc., etc. Mais il est évident que les deux conditions fondamentales que nous venons d'énoncer ne sont pas toujours nécessaires; ainsi, après un certain nombre d'autoplasties de la face, il est possible et même utile d'enlever les fils dès le deuxième ou le troisième jour, la réunion étant très précoce dans cette région; dès lors les fils métalliques, recommandables surtout par la tolérance prolongée des tissus à leur égard, deviennent inutiles. Après l'ablation de tumeurs volumineuses qui laisse des excavations profondes, après les amputations, les résections, et en général les grandes opérations à la suite desquelles le foyer est voué nécessairement à une suppuration plus ou moins considérable, les avantages d'une réunion très exacte s'atténuent; aussi tout procédé est bon, qui rapproche seulement les parties divisées, les affronte mollement et dans une étendue plus ou moins grande, ou en d'autres termes, les réunit moins qu'elle ne les empêche de s'écarter, à la manière de la suture que les anciens appelaient très justement *rétentive*. Comme les agglutinatifs et les pansements occlusifs, la suture, alors, a pour but essentiel de protéger les surfaces sanglantes créées par le bistouri, d'en amoindrir l'étendue et de diminuer d'autant la tâche que la cicatrisation secondaire devra remplir.

La préconisation nouvelle des sutures métalliques, même avec les précédentes réserves, aura néanmoins été fort utile à la cause de la réunion immédiate, et par les raisons suivantes :

1° On abandonnera presque complétement la suture entortillée passible d'une foule d'inconvénients qu'on ne subissait que par nécessité.

2° On reviendra à la suture à points séparés, plus logique, et plus exacte, qui permet au moins de surveiller la ligne de réunion, au lieu de la couvrir d'un lacis de fil qui irritait souvent les bords et les soustrayait à toute application topique.

La suture métallique résume en effet les avantages propres à ces deux procédés.

3° On adoptera d'une manière générale les fils très fins, introduits par des plaies très minimes, causées par des aiguilles très ténues : d'où manuel plus aisé, douleur moins vive, traumatisme fort réduit, réaction presque nulle, tolérance facile; d'où encore possibilité de rapprocher beaucoup les points, et d'avoir par conséquent un affrontement rigoureux. Si l'on rejette les fils métalliques, on aura du moins gagné en se servant des fils ordinaires d'après ces principes.

J'ai souvent réfléchi aux causes de la proscription presque universelle dont la suture avait été l'objet au milieu du siècle dernier; je m'étonnais du succès singulier du mémoire de Pibrac et de l'appui qu'avait donné à ces idées le judicieux Louis. Je trouvais l'exagération de ces auteurs tout à fait exorbitante, quand, visitant un jour par hasard les collections de la Faculté de médecine, je vis la série des aiguilles à suture que nos ancêtres employaient, et je m'expliquai tout. A la vue de ces lames larges de 1 à 3 lignes, longues de 2 à 6 pouces, plus propres en vérité à faire rôtir des cailles ou des poulets qu'à coudre la peau humaine (les fils étaient sans doute en proportion), tout le monde comprendra comme moi les reproches amers faits à une opération accessoire faite sans anesthésie avec de pareils engins.

Aujourd'hui tout est perfectionné, procédés et instruments; avec les aiguilles fines, les fils capillaires, les serres-fines, le collodion, la réunion immédiate n'est plus qu'un genre de pansement plus ou moins délicat qui joue le rôle principal dans certaines opérations et un rôle important dans d'autres, mais n'en augmente sensiblement ni les souffrances, ni les dangers.

A. Verneuil.

M. Boinet a lu à l'Académie de médecine un important travail sur l'ovariotomie, dans lequel se trouvent relatés avec une exactitude minutieuse tous les détails d'une opération qu'il a récemment pratiquée avec un plein succès. Cette opération, à laquelle nous avons assisté, et dont nous avions cru devoir nous abstenir de parler, sachant que notre confrère lui-même, quel qu'en fût le résultat, se proposait d'en entretenir l'Académie, avait paru à toutes les personnes présentes offrir les plus grandes chances de réussite. Et ce n'est peut-être pas un médiocre éloge que nous adressons ici à M. Boinet. Dans la période d'étude où en est encore l'ovariotomie en France, et où il s'agit avant tout de ne pas compromettre l'avenir par des tentatives hasardeuses, et de ne pas préparer à notre pays une infériorité à l'égard de l'Angleterre et de l'Amérique, le premier mérite du chirurgien n'est pas de bien manier le bistouri, le clamp ou les sutures — personne d'ailleurs ne pourrait se vanter de procéder avec une habileté plus magistrale que dans le cas actuel —; c'est de montrer assez de discernement, assez d'expérience, pour savoir distinguer les cas opérables de ceux qui ne le sont pas : les kystes adhérents des kystes plus ou moins flottants, les kystes uniloculaires des kystes multiloculaires, etc. Or, c'est affaire de diagnostic; et un diagnostic précis, en pareille matière, est plus difficile qu'une opération selon les règles. M. Boinet, par la tendance spéciale de ses travaux comme par sa perspicacité naturelle, offre sous ce rapport des garanties exceptionnelles. (V. ci-après le mémoire de M. Boinet.)

Digitized by Google

— L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus distingués et les plus anciens, qui a en même temps appartenu presque toute sa vie à la presse scientifique, M. le docteur Charles Londe. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : l'un par M. J. Béclard, au nom de l'Académie ; l'autre, au nom de la presse, par M. Joulin.

« Quand la Compagnie l'admit dans son sein, Londe, a dit le premier orateur, sortait à peine des bancs de l'école ; mais il venait d'attacher son nom à une œuvre que la Société de la Faculté de médecine de Paris avait honorée de sa flatteuse approbation par l'organe d'Esquirol. Ce travail est devenu le TRAITÉ DE GYMNASTIQUE MÉDICALE, OU DE L'EXERCICE APPLIQUÉ AUX ORGANES DE L'HOMME. Les temps n'étaient plus où les desservants des temples d'Esculape jetaient les bases de l'éducation nationale. L'institution des gymnases et des jeux olympiques, qui avait engendré les fiers citoyens de la Grèce et de Rome, avait disparu dans le naufrage du monde ancien. Rappeler l'attention sur des ressources précieuses et trop longtemps négligées, telle fut la pensée de M. Londe ; et il a eu plus tard la douce satisfaction de voir que son œuvre n'a pas été stérile. »

C'est là en effet le principal honneur scientifique de M. Londe. Quant à son caractère, il est peint tout entier dans ce passage du discours de M. Joulin :

« Londe a regardé la mort s'approcher avec le calme d'un philosophe qui assiste à un accident inévitable ; il a tracé ses dernières volontés d'une main ferme, et réglé lui-même les détails de son autopsie et de ses obsèques. Il a défendu qu'on entourât son cercueil de ces vaniteuses manifestations qui troublent la majesté de la mort, et a voulu que les regrets de ses amis fussent la seule pompe de ses funérailles. Cette pompe ne lui a pas manqué. » A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie externe.

NOUVELLE OPÉRATION D'OVARIOTOMIE ; mémoire lu à l'Académie de médecine le 21 octobre 1862, par M. le docteur BOINET.

La question de l'ovariotomie étant devenue depuis quelque temps l'objet d'une attention toute particulière, il est opportun pour bien apprécier cette opération et la juger à sa juste valeur, de faire connaître avec de longs détails toutes les opérations heureuses ou malheureuses qui ont été faites ou seront faites d'ici à quelques années ; la connaissance de ces opérations et des circonstances particulières qui les ont motivées, peut seule nous apprendre quelles sont les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, et quelle confiance nous devons avoir dans les statistiques étrangères, qui, nous devons le dire, ne sont acceptées qu'avec une grande réserve par la plupart des chirurgiens français. Jusqu'ici l'ovariotomie, dont l'idée date de l'ancienne Académie de chirurgie, a toujours été considérée comme une opération dangereuse, et si grave qu'elle était proscrite d'une manière absolue. Tout dernièrement encore (1856 et 1857) (*Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 25), à l'occasion de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine sur notre méthode de traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées, tous les membres de cette Académie, à l'exception d'un seul, l'honorable Cazeaux, de regrettable mémoire, s'élevèrent avec force contre cette opération, et la condamnèrent d'une manière si formelle, qu'il fallait être bien convaincu qu'on pouvait arracher à la mort quelques malheureuses femmes pour oser se hasarder à la pratiquer.

Cependant tous nos journaux de médecine ne cessaient d'enregistrer avec soin tous les succès annoncés par la presse étrangère, et ces succès paraissaient entourés d'une authenticité de si bon aloi, et appartenaient à des hommes si considérables dans la science, que le doute s'affaiblissait de plus en plus, et que chacun se demandait pourquoi l'ovariotomie était une opération si malheureuse en France alors qu'elle fournissait de si beaux succès en Angleterre et en Allemagne.

Un jeune médecin, aussi instruit que modeste, M. J. Worms, et auquel les langues anglaise et allemande sont aussi familières que la langue française, résolut d'étudier cette importante question et de s'assurer si les opérations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre et en Allemagne, avaient toute la valeur qu'on leur donnait. Non-seulement il a analysé toutes ces observations avec intelligence et sévérité, mais encore il prit la peine de les étudier à leur source ; il se mit en relation avec les chirurgiens et les malades, et de ces recherches aussi précieuses que savantes, il en fit un travail important qu'il a publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1860). Cette appréciation si rigoureuse et si consciencieuse de M. Worms, sur l'extirpation des ovaires, n'a pas peu contribué à changer l'opinion des chirurgiens français sur l'ovariotomie, sinon complétement, au moins assez pour la modifier sensiblement et empêcher un certain nombre d'accepter, sans examen, l'arrêt de l'Académie de médecine.

Notre judicieux confrère s'est bien gardé, dans son excellent travail, de s'attacher aux résultats des statistiques ; il a fait mieux, il a choisi avec soin et avec intelligence parmi les observations publiées celles qui se distinguaient par la plus grande précision et la plus grande authenticité, et, les prenant pour point de départ de son examen, il est arrivé à cette conclusion, bien différente de celle de l'Académie, que dans certains cas, l'ovariotomie était une précieuse ressource, et que sans nul doute elle sauverait un jour dans notre pays, quelques existences.

Déjà en France, deux médecins de province avaient eu le courage de ne pas reculer devant cette grave opération, et ils avaient sauvé deux malheureuses vouées à une mort certaine. Le premier, M. Woyerkosky, de Quingey (Doubs), avait pratiqué l'ovariotomie avec succès le 29 avril 1844, pour une tumeur ovarique qui pesait 3 kil. 250 grammes ; il y avait complication d'une ascite considérable ; après sa guérison la malade a eu plusieurs enfants (1).

Le second, M. Vaublégéard, de Condé-sur-Noireau (Calvados), avait enlevé une tumeur ovarique de 9 kilogrammes le 15 septembre 1847 et vingt-cinq jours après, la guérison était complète (2).

On lit dans le II^e^ volume des *Bulletins de la Société de chirurgie*, que M. Maisonneuve a pratiqué cette opération sur une religieuse de l'hôpital Cochin, en 1849. La malade mourut vingt-deux heures après l'opération. Cette observation n'a pas été publiée.

En novembre 1858, M. Hergott (de Strasbourg) fit une ovariotomie à la suite de laquelle la malade mourut très rapidement (3).

Le 28 février 1859, une autre opération d'ovariotomie est faite sans succès par M. Boinet, sur une femme âgée extrêmement affaiblie. Il trouve une énorme tumeur cancéreuse compliquée d'ascite (4).

Enfin, dans le courant d'avril 1861, M. A. Richard opère, dans les environs de Troyes, une jeune fille qui succombe quinze ou vingt heures après l'opération. (Communication à la Société de médecine du département de la Seine. *Gaz. hebd.*, 1861.)

Ces opérations malheureuses n'étaient pas de nature à encourager les chirurgiens dans de nouvelles tentatives, d'autant mieux que les insuccès avaient été plus remarqués que les deux succès obtenus par nos confrères de province ; d'ailleurs ces succès avaient laissé si peu de traces, qu'ils étaient pour ainsi dire oubliés, puisque personne ne les rappela au moment où l'Académie condamnait si formellement l'ovariotomie.

Tel était le bilan de l'ovariotomie en France, deux succès et quatre insuccès sur six opérations, lorsque M. Nélaton se rendit à Londres pour voir pratiquer cette opération, qui, selon toutes les statistiques publiées à l'étranger, sauvait deux malades sur

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1847.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1848.
(3) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1859, p. 81.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 571, séance de la Société de chirurgie du 27 novembre 1861.

trois. M. Nélaton revint à Paris plein d'enthousiasme, pour l'extirpation des ovaires, et fit, dans ses leçons cliniques, un énergique appel aux chirurgiens, les engageant à se défier des craintes exagérées que cette opération leur faisait concevoir.

Alors commence une seconde période d'opérations d'ovariotomie. Le premier de nos chirurgiens qui s'empressa de répondre à cette incitation, fut M. Demarquay; le 2 février 1862, il opéra à Saint-Germain une jeune fille âgée de dix-neuf ans, d'un kyste multiloculaire, de 40 livres; la malade avait été ponctionnée une seule fois. Cette tentative ne fut pas heureuse, la mort eut lieu trois jours après l'opération (1).

Le 2 juin 1862, M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg) opère avec succès une malade âgée de vingt-six ans; elle avait un kyste dont le contenant et le contenu pesaient 15 livres (12 litres de liquide); il y avait des adhérences. Le 1er juillet, c'est-à-dire vingt-huit jours après l'opération, la guérison était radicale (2).

Le 24 juin 1862, M. Nélaton présente à l'Académie de médecine un kyste multiloculaire renfermant 8 litres de liquide, qu'il a enlevé le 17 juin, à la maison de santé de M. Duval, chez une femme âgée de vingt-six ans; il y avait des adhérences nombreuses; la malade avait été ponctionnée une seule fois. Cette malade, prise de tétanos, a succombé le vingt et unième jour après l'opération.

Une seconde ovariotomie a été faite par M. Nélaton sur une femme âgée de quarante et un ans, ayant été ponctionnée treize fois, le 9 juillet 1862. Le kyste était multiloculaire, volumineux, sans adhérences; débarrassé de son liquide, il pesait 3 livres. Quarante jours après l'opération la santé était parfaite, seulement il restait encore du liquide dans la cavité péritonéale. M. Nélaton doit faire connaître à l'Académie le résultat définitif de cette opération (3).

Le 22 juillet 1862, M. Demarquay fait une deuxième ovariotomie, avenue de Saint-Cloud, près du bois de Boulogne, sur une femme âgée de trente-neuf ans, qui meurt vingt-quatre heures après l'opération. Six ponctions avaient été pratiquées; le kyste était multiloculaire, avait de nombreuses adhérences et pesait 40 livres; il datait de dix-huit ans.

Dans le courant d'août 1862, une troisième ovariotomie a été pratiquée par M. Nélaton, mais sans succès. Cette observation n'a pas été publiée, on n'en connaît pas les détails.

Dans le même mois, le 4 août 1862, M. le docteur Parise (de Lille) a opéré une demoiselle âgée de cinquante-sept ans, qui portait un kyste multiloculaire assez volumineux; il y avait des adhérences qui furent faciles à rompre; la malade avait subi cinq ponctions. La mort arriva trente-deux heures après l'opération (4).

De son côté, M. Desgranges (de Lyon) a fait une ovariotomie le 10 septembre 1862, sur une femme âgée de trente-huit ans; le succès a été complet, et la malade est radicalement guérie; le kyste était multiloculaire et offrait de larges adhérences (5).

Le 11 septembre 1862, une nouvelle opération a été pratiquée par M. A. Richard, dans l'avenue de Meudon, à Bellevue. La malade avait un kyste multiloculaire très volumineux, attaché aux parties environnantes par de solides adhérences; la malade a succombé le lendemain de l'opération.

Enfin la dernière opération d'ovariotomie faite en France est celle dont nous allons rapporter l'histoire dans tous ses détails; elle a été pratiquée le 15 septembre 1862, à Bellevue (avenue de Meudon, 26), dans la maison de campagne de l'administration de l'Assistance publique, que M. Husson, si empressé à contribuer au bien de l'humanité et aux progrès de la science, a mise à notre disposition. Le résultat de cette opération a été des plus heureux, et l'Académie pourra en juger en examinant la malade que nous avons l'honneur de présenter.

Mais avant de lire notre observation, nous croyons devoir faire remarquer que dans cette seconde période d'extirpation des ovaires, sur dix opérations qui ont été pratiquées, la moitié à peu près a été suivie de succès, car on peut ranger au nombre des succès la malade de M. Nélaton morte de tétanos le vingt et unième jour de l'opération. N'est-ce pas là un progrès immense que celui qui permet de sauver la moitié des malades, alors qu'elles avaient une affection qui les condamnait fatalement à la mort? Pour mon compte, je ne doute pas que cette proportion de succès, déjà si rassurante dans une opération aussi grave, sera prise en sérieuse considération, lorsque les indications et les contre-indications de l'ovariotomie seront mieux établies, et déjà, si on examine avec soin plusieurs des observations que nous avons rapportées très *sommairement*, on est tout disposé à croire que plusieurs insuccès ont dépendu de causes qu'on pourrait éviter aujourd'hui.

En résumé, si, pour complaire aux esprits difficiles qui peuvent se rencontrer dans le monde chirurgical, on compte toutes les opérations d'ovariotomie pratiquées en France et connues, on trouve que sur un total de 16 opérations il y a eu 7 succès. Nous sommes loin, il est vrai, des succès annoncés par nos confrères de l'étranger, qui sauveraient deux malades sur trois, mais la proportion de nos succès n'en est pas moins remarquable, pour nous qui avons jusqu'à présent opéré tous les cas sans distinction, et probablement des cas qui n'étaient pas opérables. Aujourd'hui que nos revers nous ont permis de mieux étudier cette opération, d'en mieux connaître les indications et les contre-indications, il est probable que les chirurgiens français arriveront à de *meilleurs résultats*, et qu'on pourra bientôt distinguer les cas *qu'on doit opérer* avec chances de succès, de ceux qu'on ne doit pas opérer. Peut-être *qu*'à ce point de vue notre opération dont voici tous les détails, aura son utilité.

OBS. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie dans les parois du kyste. — Cinq ponctions et cinq injections iodées pratiquées sans succès. — Ovariotomie. — Guérison radicale.* (Observation recueillie par M. Perret, interne à l'Hôtel-Dieu.) — Une dame de Paris, où elle est née, caissière dans une maison de modes, âgée de trente ans, d'un tempérament très nerveux, d'une constitution primitivement très bonne, mais aujourd'hui affaiblie par la maladie, n'a jamais eu de maladies graves, si ce n'est la rougeole dans son enfance. Réglée à dix ans environ, les règles ont toujours été régulières. Mariée à dix-neuf ans, elle eut une petite fille un an après le mariage. Depuis, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches. Il y a six ans environ, les règles ont cessé de paraître pendant huit mois, mais sans apporter aucun trouble dans l'économie. Trois ans après, elle ressentit dans le flanc droit de vives douleurs qui durèrent huit jours et ne laissèrent aucune trace.

Il y a environ seize mois, vers le mois de mai 1861, elle remarqua que son ventre grossissait, ce qu'elle attribua à de l'embonpoint, sa santé étant très bonne sous tous les rapports. Son ventre devenant de plus en plus gros, elle consulta un médecin, qui dit qu'elle était enceinte, bien que les règles n'eussent pas cessé de paraître régulièrement. Lorsqu'elle crut avoir dépassé le terme de sa grossesse, elle s'adressa à un autre médecin, M. le docteur Delaunay, qui reconnut un kyste de l'ovaire. M. Boinet, appelé en consultation, confirma ce diagnostic, et conseilla les ponctions et les injections iodées. La première ponction et la première injection furent faites le 16 janvier 1862 : 18 litres d'un liquide clair, citrin et légèrement filant, furent évacués, et une injection iodée (60 grammes d'eau, 60 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium) fut pratiquée et laissée pendant huit minutes dans le kyste. Aucun signe de douleur pendant l'opération ni la moindre réaction après. Au bout de trois jours, la malade reprenait ses fonctions de caissière dans sa maison de commerce; sa santé était excellente, et toutes les fonctions s'accomplissaient bien. Mais bientôt le liquide se reproduisit peu à peu, et M. Boinet fut appelé pour pratiquer une seconde ponction et une seconde injection le 12 mai 1862. Au moment de cette seconde opération, la malade ressentait depuis une douzaine de jours des douleurs très vives dans le flanc droit.

Cette deuxième ponction donna issue à 16 litres de liquide de même nature que le premier, et l'injection qui séjourna huit minutes dans le

(1) *Gazette médicale*, 1862, p. 531.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 12 juillet 1862.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 21 août 1862.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 26 septembre 1862.
(5) *Gazette médicale de Lyon*, 16 octobre 1862.

Digitized by Google

kyste ne produisit ni douleur ni réaction. Comme la première fois, la malade reprit ses occupations ; mais le liquide se reforma avec une rapidité telle que, le 7 juin 1862, il fallut recourir à une nouvelle ponction et à une nouvelle injection. Le tout se passa comme la première fois, et le liquide, dont la quantité était de 12 litres, n'avait été nullement modifié. Le 30 juin, quatrième ponction et quatrième injection : 11 litres de liquide, séjour de l'injection pendant huit minutes. Déjà la santé générale était moins bonne, la constitution commençait à s'affaiblir, il y avait moins d'embonpoint, et M. Boinet craignait, à cause de la nature du liquide, qui était filant, onctueux, que les injections iodées restassent sans efficacité. Le kyste s'étant rempli, ce chirurgien proposa une cinquième et dernière injection, déclarant que, si elle ne réussissait pas, il faudrait recourir à l'ovariotomie. Le 25 juillet 1862, nouvelle ponction et nouvelle injection iodée, qui reste dans le kyste pendant quatorze minutes sans déterminer la moindre douleur ni la moindre réaction. On avait retiré 12 litres de liquide, toujours le même.

Le ventre ne tarda pas à augmenter de nouveau, moins rapidement peut-être qu'après les dernières ponctions, mais d'une manière assez sensible pour démontrer l'inefficacité, dans ce cas, des injections iodées, et M. Delaunay, qui avait assisté à toutes les opérations, fut d'avis, avec M. Boinet, de recourir à l'ovariotomie ; d'ailleurs, lorsque le kyste était complétement vidé et les parois du ventre affaissées, on sentait dans la région de l'ovaire droit une tumeur du volume d'un gros œuf d'oie, qu'on attribuait au kyste revenu sur lui-même, et qui était due, ce qu'il a été facile de constater, après l'ovariotomie, à une tumeur siégeant dans les parois du kyste et vers sa base.

L'impuissance des injections iodées étant bien démontrée dans ce cas, la constitution s'affaiblissant de plus en plus, la santé générale devenant plus mauvaise, la malade n'hésita pas à accepter l'ovariotomie, qui lui avait été proposée par M. Boinet, prévenue d'ailleurs que cette opération, dont on lui avait fait connaître toute la gravité, était le seul moyen de la guérir.

Voulant se mettre en garde contre toutes les mauvaises chances hygiéniques qui peuvent nuire aux grandes opérations, et sachant, d'autre part, que l'opération césarienne, qui a une certaine analogie avec l'extirpation des ovaires, n'avait jamais réussi dans Paris, M. Boinet ne voulut opérer cette malade qu'à une certaine distance de Paris et dans un lieu où seraient réunies de bonnes conditions hygiéniques. Il s'adressa au directeur général de l'administration de l'assistance publique, à M. Husson, dont le zèle et le dévouement ne font jamais défaut quand il s'agit de venir au secours de la science et des pauvres, et il obtint d'opérer cette malade dans une maison située dans l'avenue du château de Meudon, et louée par l'administration des hôpitaux pour la pratique des grandes opérations.

L'ovariotomie étant décidée, la malade fut installée dans une chambre au premier étage le jeudi 11 septembre, quatre jours avant l'opération, afin qu'elle s'acclimatât un peu dans cette nouvelle résidence.

Le lundi 15 septembre 1862, à dix heures du matin, l'opération fut pratiquée de la manière suivante :

D'abord, pour éviter le moindre mouvement à la malade pendant les quatre ou cinq premiers jours qui suivraient l'opération, on avait pris la précaution de provoquer les garderobes par un lavement émollient et de faire uriner la malade immédiatement avant l'opération. La température de la chambre où la malade a été opérée avait été élevée à 24 ou 25 degrés. De l'eau de guimauve chaude, des morceaux de flanelle chaude avaient été préparés, et la malade était enveloppée d'un peignoir de flanelle et les membres inférieurs entourés également de flanelle sèche, de telle sorte qu'il ne reste à découvert que la partie antérieure du ventre, sur laquelle on doit pratiquer l'opération. La malade est à jeun, couchée sur un lit de camp placé à côté de celui qu'elle doit occuper après l'opération.

Sont présents : MM. les docteurs Dechambre, Delaunay, Foucher, Forget, J. Worms, Benibarde, Perrel, interne de l'Hôtel-Dieu, etc., et M. Charrière fils, qui avait eu la bonté d'apporter plusieurs instruments, et plusieurs autres confrères.

Tous les aides étant disposés, la malade fut soumise au chloroforme, qui ne produisit l'insensibilité que très difficilement, puis elle tomba tout à coup dans une syncope qui ne laissa pas que de donner une certaine inquiétude ; le pouls continuait de battre, mais la respiration était nulle. De l'eau fraîche à la figure, des pressions sur le ventre et la poitrine, un peu d'air froid, eurent promptement raison de cet état, qui se termina par plusieurs vomissements bilieux. Revenue à son état normal, elle fut de nouveau chloroformisée et assez promptement : alors M. Boinet fit sur la ligne blanche une incision à 3 centimètres de l'ombilic et lui donna une longueur de 9 à 10 centimètres, procédant lentement et coupant couches par couches la peau, les muscles et l'aponévrose, ayant soin de lier toutes les artérioles qui donnent du sang avant d'ouvrir le péritoine. Tout écoulement de sang ayant complétement cessé, il pince le péritoine avec une pince à griffe, le soulève légèrement et fait avec le bistouri une petite ouverture par laquelle il glisse une sonde cannelée, et qui lui sert à inciser le péritoine en haut et en bas dans toute l'étendue de l'incision faite aux parois de l'abdomen. Le kyste apparaît aussitôt entre les lèvres de la plaie et ferme complétement l'ouverture abdominale. Il est, d'ailleurs, légèrement poussé en avant par les mains des aides qui sont appliquées de chaque côté du ventre, et qui ont pour mission de soutenir le kyste et de le faire saillir entre les lèvres de la plaie. Le kyste est alors ponctionné avec un gros trocart muni d'un long tube en caoutchouc qui conduit le liquide dans un bassin placé auprès du lit de la malade. Le trocart, dont la forme a besoin d'être modifiée, laisse tout d'abord écouler une petite quantité de liquide qui sort entre l'ouverture faite au kyste et la canule du trocart avant que la manœuvre pour dégager le trocart de sa canule et permettre la sortie du liquide soit exécutée. Pendant que le kyste se vide et avant qu'il soit complétement revenu sur lui-même, M. Boinet le saisit avec deux érignes et l'attire sur la canule, à laquelle il l'attache fortement avec un fil ciré pour éviter que le kyste, en se vidant et en se rétractant, ne puisse abandonner la canule, s'échapper dans le ventre et donner lieu à l'écoulement dans la cavité péritonéale d'une partie de son contenu.

La poche kystique, étant vidée ou à peu près, est saisie avec des pinces plates et attirée doucement au dehors, tantôt avec les mains, tantôt avec des pinces à mors plats. L'extraction se fait d'abord assez facilement, mais ensuite on éprouve une résistance assez grande due à une tumeur située dans l'épaisseur des parois du kyste, mais qui cède à des tractions faites lentement et d'une manière soutenue. Les doigts, introduits sur les côtés du kyste avant sa ponction, n'avaient signalé aucune adhérence : aussi n'en rencontre-t-on qu'une seule assez faible, une espèce de ligament ou bride longue et mince, qui paraît très vasculaire et se rompt facilement. Cette adhérence était placée sur le côté droit du kyste ; elle est liée par mesure de précaution et pour éviter un écoulement de sang qui peut-être n'aurait pas eu lieu, puis elle est coupée entre la ligature et le kyste. Le kyste paraissant extrait en totalité et ne plus adhérer dans la cavité abdominale que par son pédicule, des flanelles chaudes, imbibées d'eau de guimauve, mais dont on a pris le soin d'exprimer tout le liquide, sont placées autour du pédicule du kyste et sur l'ouverture abdominale, dont les bords sont toujours maintenus rapprochés par des aides et en contact avec le pédicule, de manière à ne laisser pénétrer dans la cavité péritonéale ni air ni liquide.

Toutes ces précautions étant prises, M. Boinet cherche à reconnaître la position du pédicule, sa forme, sa longueur, et s'il n'existe pas un autre kyste ovarique, si d'autres organes, les intestins, l'utérus, ne peuvent pas être saisis par le *clamp* qu'il place sur le pédicule après s'être bien assuré qu'il est parfaitement isolé. Le pédicule a une largeur de trois doigts au moins ; il est d'une longueur modérée et renferme de grosses artères qu'on sent battre sous les doigts. Le clamp dont se sert M. Boinet ne ressemble en aucune façon au clamp des Anglais : c'est un instrument particulier, très simple et très commode qu'il a fait construire par M. Charrière. Pour bien saisir le pédicule et rien que le pédicule avec le clamp, le kyste, soutenu au-dessus du ventre par des aides, est soulevé et tiré doucement au dehors de l'abdomen, tandis qu'on déprime légèrement la paroi abdominale au niveau de l'incision pour dégager le pédicule le plus possible et appliquer le clamp plus sûrement. Celui-ci une fois appliqué et étant serré autant qu'il est possible, de nouvelles flanelles chaudes et humides sont placées au-dessous du clamp, afin d'empêcher et le refroidissement du péritoine et la chute dans l'abdomen d'une certaine quantité de liquide qui reste dans le kyste, ensuite toute la partie du kyste placée au-dessus du clamp est coupée avec des ciseaux à environ 2 centimètres de l'instrument. Pendant cette partie de l'opération, il s'écoule encore une certaine quantité du liquide ovarique qui n'était pas sortie par la canule du trocart, et qui est reçue par les flanelles placées au-dessous du clamp et tombe dans le lit en coulant le long des parois abdominales, à droite et à gauche.

La présence du clamp étant une cause de gêne assez grande pour suturer la plaie et la réunir d'une manière exacte ; d'un autre côté, son séjour sur le ventre pendant plusieurs jours, une semaine et même plus quelquefois, étant un obstacle pour les pansements et un embarras pour les malades, M. Boinet avait résolu de ne s'en servir que pour maintenir le pédicule du kyste hors de l'abdomen et faire plus sûrement et plus facilement la ligature du pédicule. En effet, le pédicule étant fixé par le clamp hors de l'abdomen, il passe dans le pédicule, à sa partie moyenne, au-dessous du clamp, deux fortes ligatures en soie et lie fortement chacune des deux moitiés du pédicule, puis étrangle tout le pédicule avec une autre ligature placée immédiatement au-dessous des deux premières. Ces ligatures posées, on coupe au niveau du clamp tout ce qui reste du kyste et du pédicule, et on l'enlève pour procéder à la suture de la plaie, le pédicule étant maintenu dans l'angle inférieur de

la plaie et entre ses lèvres par un aide qui tire doucement sur les ligatures réunies ensemble.

On procède ensuite à la réunion de la plaie par une suture entortillée faite de la manière suivante : M. Boinet place trois fortes épingles à égale distance les unes des autres, en les faisant pénétrer obliquement à 1 centimètre environ des bords de la plaie extérieure, et en les faisant ressortir du côté de la cavité abdominale, ayant bien soin de comprendre le péritoine dans cette suture et de le traverser à un quart de centimètre environ de son bord incisé. De plus, l'épingle inférieure passe à travers le pédicule, qu'un aide maintenait au niveau de la plaie, de telle sorte que le pédicule s'est trouvé compris dans la suture, est resté fixé dans la partie inférieure de la plaie. Un fil très fort a été ensuite passé autour de chacune des épingles et a rapproché fortement les lèvres de la plaie, dont chacun des angles a été réuni par un fil métallique qui ne comprenait dans son anse que les parties superficielles de la paroi abdominale. Une bandelette de diachylon est glissée sous les épingles, dont les pointes ne sont pas coupées, dans la crainte qu'en les retirant elles n'irritent ou n'éraillent le péritoine. Les fils des ligatures sont placés dans une autre bandelette de diachylon, et toute la plaie est recouverte d'une couche épaisse de collodion riciné. Un large cataplasme très chaud, arrosé de laudanum, est mis sur le ventre et recouvert lui-même de flanelles chaudes et humides. La malade, enveloppée d'un ample peignoir en flanelle, est ensuite reportée dans son lit préalablement bassiné ; les jambes sont enveloppées de flanelles bien chaudes, et des vases de fer-blanc pleins d'eau chaude sont placés aux pieds et le long des jambes de l'opérée. La chambre est maintenue à une température de 22 à 23 degrés. L'opération avait duré trois quarts d'heure environ ; mais au commencement il y avait eu du temps de perdu, à cause de la difficulté de l'anesthésie et des accidents de syncope et de vomissements qui étaient survenus. L'anesthésie n'a pas été continuée toute la durée de l'opération ; la malade s'est réveillée au moment de l'extraction du kyste et a supporté la fin de l'opération avec beaucoup de courage.

Quelques cuillerées de vin de Xérès sont données à la malade, et, dans la journée, elle prend plusieurs bouillons ; pour boisson, de l'eau sucrée avec un peu de citron et d'eau de fleurs d'oranger. Toutes les heures, une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme. Cathétérisme toutes les quatre heures. Dans la soirée, il y a un peu d'agacement nerveux, mais pas de douleur dans le ventre, pas de nausées. Le pouls est large et ne dépasse pas 90 pulsations ; la peau est halitueuse. Quelques heures de sommeil dans la nuit.

Le mardi 16 septembre, à cinq heures du matin, vomissements de matière verdâtre (environ un plein crachoir d'hôpital), qui se répètent à six heures du matin, mais survenus sans effort, sans malaise. La figure est bonne, le ventre est souple, non douloureux ; le pouls est toujours large, à 90 pulsations, et rien dans l'état général n'indique le moindre signe de péritonite. On continue l'extrait thébaïque à la dose d'un centigramme toutes les deux heures, des boissons glacées, quelques morceaux de glace de temps en temps et deux bouillons dans la journée. Cathétérisme toutes les quatre heures, cataplasmes sans laudanum sur le ventre, flanelles chaudes et humides, température de l'appartement toujours à 22 degrés.

Le mercredi 17, la malade se plaint de la température trop élevée de la chambre. La peau est chaude, en moiteur. A son réveil, elle éprouve un léger malaise, comme des envies de vomir ; elle n'accuse de douleur nulle part ; le ventre est souple, déprimé, non douloureux à la pression ; le pouls est large, de 90 à 96 pulsations. Dans la journée, elle ressent un sentiment de bien-être général. Deux potages, un bouillon, vin de Bordeaux sucré, environ 100 grammes. Toutes les trois heures, une pilule d'un centigramme d'extrait thébaïque. Collodion, cataplasmes, flanelles chaudes et humides. Cathétérisme. Température de la chambre de 20 à 22 degrés.

Le jeudi 18, la nuit a été bonne, sommeil. Toujours un peu de malaise le matin au réveil, mais faciès excellent, bonne humeur, gaieté, état général excellent, pouls large, à 92. Point de douleur dans le ventre. L'épingle supérieure est retirée, après avoir pris le soin de nettoyer la pointe avec de l'éther pour enlever le collodion. Badigeonnage avec le collodion, cataplasmes, suppression des flanelles humides. Température de la chambre de 18 à 20 degrés ; la malade se plaint toujours d'avoir trop chaud. Cathétérisme toutes les quatre ou cinq heures. Extrait thébaïque à la même dose toutes les trois heures. Deux potages, un œuf à la coque, vin de Bordeaux.

Au niveau de la suture, le ventre présente un infundibulum, surtout dans le point où est l'épingle qui traverse le pédicule.

Le vendredi 19, même malaise que les jours précédents le matin au réveil. Apparition d'un peu de matière purulente dans la dépression de la plaie, qui s'enfonce de plus en plus. Le pouls est large, à 90 pulsations. L'état général est toujours très bon, le ventre non douloureux, mais un peu moins déprimé que la veille ; à la pression, on reconnaît la présence d'une grande quantité de gaz ; la malade éprouve quelques coliques légères, des borborygmes. Elle n'a pas eu de garderobes depuis l'opération et n'a pas rendu de vents. La deuxième épingle, celle placée au milieu de la plaie, est retirée avec les mêmes précautions que la précédente. On cesse les pilules d'extrait thébaïque, et une pilule de sulfate de quinine est administrée le soir pour prévenir le retour périodique du malaise qui revient chaque matin. Potages, bouillons, œuf à la coque, vin de Bordeaux, raisin. Pansement avec le collodion, cataplasmes, cathétérisme.

Le samedi 20 septembre, état général très satisfaisant : apparition des règles, que la malade avait eues le 6 septembre. Légères coliques, ventre un peu tendu, borborygmes, pouls à 90. La troisième épingle, celle qui traversait le pédicule, est retirée ; elle offre une courbure prononcée à sinus antérieur, due sans aucun doute à la rétraction du pédicule. La plaie est nettoyée avec de l'éther ; toute la partie de la plaie placée au-dessus du pédicule est réunie, et, pour empêcher l'écartement des bords de cette plaie, une bandelette de diachylon fixée avec du collodion est placée en travers ; toute la plaie est ensuite recouverte de collodion, qui sert en même temps à fixer les fils des ligatures. Cataplasmes. Cathétérisme toutes les cinq ou six heures. Café au lait le matin, potages, côtelette, bouillons, bordeaux. Le matin, 30 grammes de sulfate de soude en lavement ; point de résultat. Le soir, lavement d'eau tiède ; effet nul. Température de la chambre de 18 à 20 degrés. La malade se plaint toujours de la chaleur.

Le dimanche 21, pouls à 92, peau normale, fraîche ; café au lait, potages, côtelette, œuf à la coque, bouillon, bordeaux. Un lavement avec 30 grammes de miel de mercuriale, qui provoque quatre selles dans la soirée. Vers le soir, quelques phénomènes nerveux ; la malade est triste, de mauvaise humeur ; elle a des bâillements, des pendiculations ; elle pleure sans motif. Les règles ont continué à marquer jusqu'à présent et disparaissent complétement dans la soirée. Ces accidents nerveux provenaient d'une petite contrariété. Quelques gouttes d'éther sur du sucre. La nuit est assez bonne, sommeil. La malade urine sans être sondée.

Le lundi 22, la malade éprouve un bien-être sensible ; le ventre n'est plus tendu : il est souple, déprimé. Le pouls offre de 75 à 80 pulsations. Le pédicule paraît s'enfoncer de plus en plus, mais les bords de la plaie sont moins déprimés : même pansement, même *température*. Potages, poulet, bordeaux, etc.

Le mardi 23, état général excellent ; pouls de 70 à 75. Même régime que la veille. La plaie est pansée avec de l'onguent styrax ; *cataplasmes*. Une garderobe naturelle.

Le mercredi 24, même état qu'hier. Poisson, œufs, potages, vin de Bordeaux, eau de Seltz. Même pansement. Deux garderobes dans la journée.

Le jeudi 25, état général qui ne laisse rien à désirer ; toutes les fonctions s'accomplissent très bien ; l'aspect de la plaie est très satisfaisant, seulement les fils fixés à la paroi abdominale par le collodion, étant entraînés par le pédicule, qui se rétractent de plus en plus, ont pénétré dans les bords de la plaie à une profondeur de près d'un centimètre. Pour éviter à l'avenir ce petit inconvénient, leur extrémité libre n'est plus fixée à la paroi abdominale. Même régime, même pansement.

Les 26, 27, 28 septembre, rien de nouveau. La malade va de mieux en mieux, a un appétit excellent, digère bien et dort de même ; la température de la chambre n'est plus qu'à 14 ou 15 degrés la nuit ; dans la journée, au moment du soleil, on ouvre la fenêtre.

Le 29 septembre M. Boinet retire trois fils. Les ligatures qui lient le pédicule ne cèdent pas à une traction modérée ; la plaie se rétrécit de jour en jour.

Le 1er octobre, apparition des règles, qui sont à leur époque ; elles durent cinq jours et vont comme d'habitude. Deux des fils qui lient le pédicule sont retirés le 5 octobre, vingt jours après l'opération. La malade va bien, et se lève depuis deux jours quelques heures dans la journée.

Depuis le 5 octobre jusqu'au 20, la malade n'a cessé de se lever tous les jours, de se promener au jardin ; toutes les fonctions sont normales, et jamais la santé n'a été meilleure. Le dernier fil du pédicule est tombé seul le 17 octobre, et a été retrouvé dans les pièces du pansement. La plaie est presque complétement cicatrisée. Le ventre est souple, non douloureux à la pression, et tout indique une guérison radicale.

DESCRIPTION DE LA TUMEUR ENLEVÉE. — C'est une poche uniloculaire à parois d'une épaisseur d'un demi à un centimètre, parsemées de plaques dures offrant à l'incision un aspect fibreux lardacé. Sa surface externe est blanchâtre, parfaitement lisse, ne présentant qu'une petite bride adhérente au péritoine, comme nous l'avons dit en décrivant l'opération. Il n'existe aucune trace des cinq ponctions qui ont été faites, et ces ponctions n'ont amené aucune adhérence entre le kyste et la paroi de l'abdomen. La surface interne est ridée, ressemblant assez à la muqueuse de l'estomac ; on voit non loin du pédicule, à la base du kyste, une masse

Digitized by Google

molle, fongueuse, de la grosseur d'un œuf d'oie. Examinée au microscope, on croit y constater de nombreux éléments fibro-plastiques, des noyaux embryo-plastiques, et une petite quantité d'épithélium cylindrique. Cette poche pèse 540 grammes; elle contenait 7 litres d'un liquide légèrement verdâtre, opaque, non filant, donnant un poids de 7 kilogrammes environ; le poids total de la poche et du liquide est d'environ 7 kilogrammes et demi.

Nous pourrions, à l'occasion de cette observation et de celles que nous avons lues, chercher à poser les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, mais il nous semble que pour établir sûrement les conditions qui peuvent autoriser cette opération, il faut avoir vu et opéré un certain nombre de malades, car ce n'est que par l'observation et la publication consciencieuse de tous les faits heureux ou malheureux, qu'on pourra arriver à ce diagnostic si important, à savoir si un kyste est ou non opérable. Nous ne voulons donc aujourd'hui qu'appeler l'attention sur les points les plus importants de notre observation.

Nous dirons cependant d'une manière générale, qu'il ne faut pas attendre pour pratiquer cette opération que la santé soit assez compromise pour que la mort doive être considérée comme prochaine et certaine, qu'il suffit pour être autorisé à agir, de voir la santé s'affaiblir, les forces diminuer, les fonctions s'altérer et le kyste augmenter; inutile de dire encore que, lorsqu'il existe un état diathésique tuberculeux ou cancéreux, ou bien toute autre affection organique prochainement mortelle, il faudra ne pas opérer. L'ovariotomie devra encore être rejetée d'une manière formelle, toutes les fois qu'il s'agira d'une tumeur abdominale autre qu'un kyste de l'ovaire. Le premier diagnostic à établir est donc de s'assurer s'il existe réellement une tumeur kystique de l'ovaire. Nous ne reviendrons pas sur ce point. Dans un travail publié dans la Gazette hebdomadaire, 1860, nos 4, 5, 7 et 10, et intitulé : *Du diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire*, nous avons cherché à exposer les signes particuliers aux kystes de l'ovaire, et à les différencier des diverses tumeurs qui peuvent se développer dans l'abdomen. Les seules remarques que nous allons nous permettre découlent de notre observation; peut-être qu'elles seront de quelque utilité, nous l'espérons au moins pour ceux de nos confrères qui croiront devoir recourir à l'extirpation des ovaires.

La première remarque, dont nous pourrions nous dispenser il est vrai, puisque personne aujourd'hui ne peut ne pas croire à l'ovariotomie, c'est que cette opération peut être faite avec succès.

La seconde, c'est que les injections iodées et les ponctions pratiquées antérieurement dans un kyste de l'ovaire, ne sont pas nuisibles au succès de l'ovariotomie, comme l'ont soutenu quelques chirurgiens; quant à nous, nous croyons au contraire que ces ponctions et ces injections peuvent être d'un grand secours à l'ovariotomie, et voici les raisons sur lesquelles nous nous appuyons pour soutenir notre manière de voir.

D'abord nous disons que les injections iodées sont avantageuses avant l'opération, même dans les kystes multiloculaires, parce qu'elles favorisent le retrait des loges du kyste, l'épaississement de ses parois, et diminuent le kyste d'autant, ce qui n'est pas d'une petite importance pour son extirpation, au point de vue de l'ouverture plus ou moins grande qu'il faut faire au ventre. D'un autre côté, les parois des kystes, en revenant sur elles-mêmes, s'épaississent, offrent plus de résistance aux instruments au moment de l'extraction du kyste, et empêchent la chute de leur contenu dans le péritoine, ce qui a lieu trop souvent lorsque les parois des kystes sont minces et par conséquent faciles à déchirer; rien qu'à ce point de vue, la ponction et les injections iodées nous paraissent d'une grande utilité.

Pour ce qui est du diagnostic, la ponction ne nous paraît pas moins utile, et tout chirurgien prudent devra pratiquer une ou plusieurs ponctions avant d'en venir à l'ovariotomie. Ces ponctions ont pour avantage, tout en vidant le kyste, d'éclairer le diagnostic et d'empêcher des méprises fatales, comme il est arrivé à quelques chirurgiens qui ont pris des tumeurs fibreuses pour un kyste de l'ovaire; la ponction peut faire reconnaître que la tumeur est de nature solide et empêcher toute erreur.

Le kyste ponctionné et injecté en revenant sur lui-même, est encore un moyen de diagnostic pour reconnaître si des adhérences existent ou n'existent pas. Ainsi, chez notre malade, si nous avons pu dire avant l'opération qu'il n'y avait pas d'adhérences, c'est parce que le kyste ayant été vidé à plusieurs reprises, nous avons pu nous assurer à chaque ponction qu'il revenait complétement sur lui-même, qu'il se ramassait pour ainsi dire dans la fosse iliaque droite, et que, lorsque nous cherchions à faire glisser les parois abdominales, à les entraîner du côté opposé au kyste, aucune traction n'était exercée sur le kyste qui n'éprouvait pas le moindre déplacement; il restait au même endroit, dans quelque sens qu'on fit glisser les parois de l'abdomen.

Ceux qui rejettent les ponctions avant l'ovariotomie, ont argué bien à tort, selon nous, que ces ponctions étaient une des causes des adhérences entre le kyste et le péritoine; cette opinion qui a été acceptée par tous les chirurgiens à peu près, et qui est encore admise par un grand nombre, est une grosse erreur qu'il importe de détruire. Notre malade a été ponctionnée cinq fois du même côté et à peu près dans le même point, dans l'espace de cinq mois, et au moment de l'opération nous n'avons pas trouvé la moindre trace d'adhérences dans les endroits où les ponctions avaient été faites, et il est impossible de reconnaître sur les parois du kyste les points où le trocart a pénétré.

Une des malades de M. Nélaton avait subi treize ponctions, et il est dit dans l'observation que le kyste n'offrait aucune adhérence. Ces faits et d'autres que nous avions déjà observés et signalés, prouvent donc d'une manière indubitable que les ponctions faites pour vider les kystes de l'ovaire restent le plus souvent exemptes d'adhérences.

Chez notre malade nous avons trouvé les parois de son kyste très épaisses, et nous n'hésitons pas à penser que cette épaisseur est le résultat des ponctions et des injections iodées, et voici pourquoi : lors de notre première ponction, la fluctuation était tellement évidente et tellement sensible à la percussion, qu'on aurait pu croire à une ascite, si d'autres signes n'étaient venus établir le diagnostic. Aux ponctions suivantes nous avons noté que la fluctuation devenait de moins en moins évidente, quoique le liquide restât toujours le même; enfin, à la dernière ponction, au moment de l'opération, les parois étaient devenues si épaisses, que la fluctuation devenait de moins en moins évidente, au point qu'on aurait pu croire à un liquide très filant et très épais, quoiqu'il fût devenu moins filant et moins épais qu'à la première ponction; à cause de toutes ces raisons, nous croyons utile de recourir aux ponctions et aux injections iodées, avant de tenter l'ovariotomie.

Une autre remarque que nous suggère encore cette observation, c'est que les kystes simples, uniloculaires, constitués par une seule tumeur remplie d'un liquide épais, filant, etc., qui résistent aux injections iodées, ce qui arrive dans la grande majorité des cas, doivent être soumis à l'ovariotomie, car il est probable que dans ces cas, comme dans celui que nous venons de relater, il doit exister soit dans l'épaisseur des parois, soit à la base, des tumeurs plus ou moins grosses, des loges plus ou moins nombreuses qui s'opposent à l'effet des injections iodées. Comme il est rare qu'un kyste soit parfaitement uniloculaire, lorsqu'on voit qu'il résiste à des injections répétées, qu'il est certain que les malades s'affaiblissent et s'épuisent par la grande quantité de liquide qu'elles fournissent; on doit le traiter par l'ovariotomie comme les kystes multiloculaires dans la classe desquels il rentre.

Nous avons vu que le microscope avait signalé dans la tumeur ovarique des éléments fibro-plastiques, ce qui pourrait faire considérer cette tumeur comme cancéreuse pour quel-

ques personnes, et faire craindre une récidive. Nous avons bien l'espoir que le microscope aura tort, et que cette vue théorique qui tend à faire regarder beaucoup de tumeurs de l'ovaire comme des productions cancéreuses, ne trouvera pas sa preuve chez notre malade ; d'ailleurs les dégénérescences cancéreuses dans les ovaires sont excessivement rares, et tout chez notre malade éloigne cette idée ; ses antécédents, sa bonne constitution, sa santé actuelle, etc.

Nous terminerons par quelques remarques sur plusieurs temps de cette opération et sur l'instrument dont nous avons fait usage pour nous mettre à l'abri du moindre épanchement, soit sanguin, soit autre dans la cavité abdominale. Nous avons lié, ainsi que le recommande Spencer-Wells, avant d'ouvrir le péritoine, toutes les artères de la paroi abdominale qui donnaient du sang, et à mesure que le kyste s'affaissait en se vidant, nous l'avons attiré avec des érignes, refoulé sur la canule sur laquelle nous l'avons attaché avec une ligature ; la tumeur étant extraite en totalité, nous avons étreint le pédicule qui était large et renfermait des vaisseaux volumineux, dans un *clamp* que nous avons fait construire par M. Charrière ; cet instrument que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie, nous paraît beaucoup plus simple que les *clamps* anglais et plus facile à appliquer. Le clamp, une fois appliqué, des flanelles ont été placées au-dessous pour empêcher tout liquide de couler dans le péritoine. Ces précautions prises, la tumeur a été coupée avec des ciseaux au-dessus du clamp ; jusqu'ici nos confrères ont laissé séjourner cet instrument au-devant de la plaie, attendant cinq ou six jours avant de l'enlever, c'est-à-dire le temps nécessaire pour que des adhérences soient établies. Cette manière de procéder nous paraît avoir les inconvénients suivants : d'abord la présence du clamp au-devant de la plaie qu'il déprime, si le pédicule est court et gros, empêche de pouvoir bien examiner la plaie, de la réunir convenablement, de bien placer les épingles et les fils pour la suture, de voir l'état de la plaie les jours suivants ; ensuite il expose les malades à une gêne très grande ; enfin, cet instrument peut se détacher avant que les adhérences soient établies et donner lieu à des accidents mortels, ainsi qu'il est arrivé à l'un de nos confrères. Le clamp, selon nous, ne doit donc servir qu'à étreindre momentanément le pédicule, à le maintenir au niveau de la plaie pendant le temps nécessaire à l'application des ligatures : chez notre malade, le pédicule étant très large et renfermant des vaisseaux volumineux, nous avons d'abord passé au-dessous du clamp deux fortes ligatures, dont chacune comprimait la moitié du pédicule, puis, pour plus de sûreté, nous avons placé au-dessous de ces ligatures partielles une troisième ligature qui, embrassant tout le pédicule, nous mettait à l'abri d'une hémorrhagie qui, en effet, eut lieu chez notre malade au moment où l'aiguille a traversé le pédicule dans sa partie moyenne.

Après l'application de ces ligatures, le clamp a été enlevé et toutes les parties attachées au pédicule et placées au-dessus de l'instrument avaient été excisées.

La plaie étant débarrassée complétement, le pédicule placé dans l'angle inférieur de la plaie et maintenu dans ce point par une légère traction exercée sur toutes les ligatures, la plaie a été fermée à l'aide de fortes épingles à bec de lièvre, placées à égale distance les unes des autres, et traversant toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine. Une précaution qui nous paraît d'une grande importance dans cette opération a été prise, c'est en faisant la suture, de traverser le pédicule avec l'épingle placée à l'angle inférieur de la plaie, de manière à fixer le pédicule et à l'empêcher de rentrer dans le ventre, sa rétraction trop brusque pouvant amener des accidents.

Enfin cette observation serait une preuve que les grandes opérations, comme l'opération césarienne par exemple, qui ne peuvent réussir dans les hôpitaux de Paris, là où il y a encombrement et où les conditions hygiéniques ne sont pas complètes, réussissent très bien quand on a le soin de se mettre dans des conditions de salubrité convenables, comme nous avons cru devoir le faire pour pratiquer l'ovariotomie.

Pathologie interne.

Note sur un cas de Tænia solium fenêtré contracté en Syrie,

par M. Colin, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Obs. — Le militaire sujet de cette observation a contracté le ténia pendant la campagne de Syrie. La portion fenêtrée de l'helminthe (fig. A) a été rendue le 6 mai dernier à la suite d'une dose de kousso. La portion pleine (fig. B) a été expulsée huit jours après, le 13 mai, sous l'influence

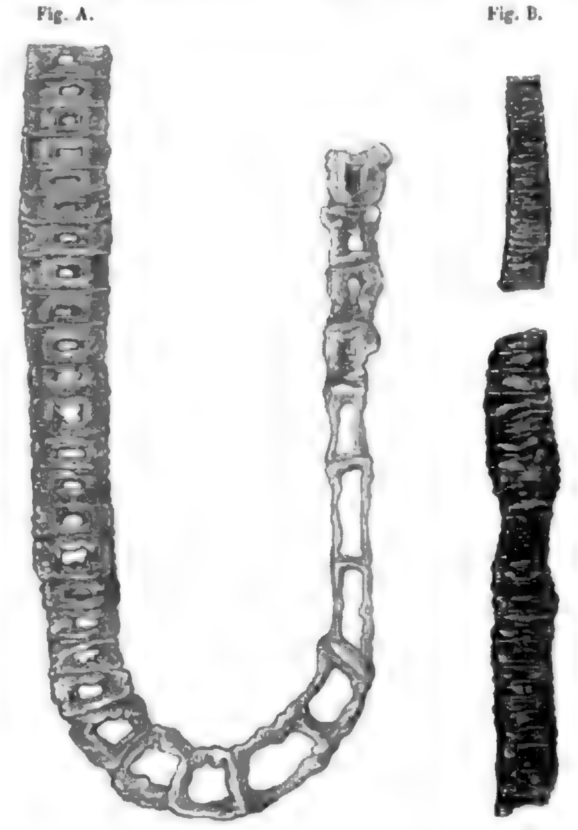


Fig. C.

de l'écorce sèche de racine de grenadier. Certaines circonstances m'ont empêché de suivre plus longtemps ce malade ; son histoire eût été complétée, sans doute, par l'expulsion de la tête de l'helminthe, que les deux portions évacuées suffisent, au reste, à caractériser, en présentant de plus certains faits remarquables :

1° L'existence (non constatée jusqu'ici, ou au moins fort peu connue d'anneaux perforés chez un *Tænia solium* à caractères bien nets (disposition latérale, irrégulièrement alternante, des pores génitaux ; à cette preuve directe du genre de l'helminthe s'ajoute le fait de son importation de Syrie, où le bothriocéphale n'existe pas, et où, suivant les rapports transmis jusqu'à ce jour par nos confrères au conseil de santé des armées, 126 militaires de notre expédition ont contracté le ver solitaire).

2° La netteté des limites de ces perforations au centre de chaque anneau, en sorte que le pourtour de l'anneau persiste, et que les perforations sont toutes isolées l'une de l'autre, disposition différente de celle qu'on observe dans la variété de bothriocéphale dite *Tænia fenestrata*, dont la perforation tend à s'étendre en longueur suivant l'axe du ver, confondant ainsi plusieurs anneaux en une fente unique (voir la figure représentée dans l'ouvrage de M. Davaine).

3° Les divers degrés de l'altération qui, au centre d'anneaux encore pleins, se manifeste au début par une simple diminution de l'opacité de ces anneaux ; à un degré plus avancé, perte de substance centrale comme par une piqûre d'épingle (à ces deux premiers degrés (fig. C), et en raison de la dépression centrale, l'anneau ressemble, au premier coup d'œil, à celui du *Tænia lata*, illusion qui tombe tout de suite devant la constatation des pores génitaux sur les bords mêmes de cet anneau) ; enfin, aux dernières limites de la perforation, il ne reste plus de l'anneau qu'un cadre constitué par ses bords (fig. A).

Digitized by Google

Toutes ces formes prouvent que le point de départ de la perte de substance a toujours été central, et sa marche régulièrement centrifuge, sans que l'on puisse regarder, de même que chez le bothriocéphale, cette perte de substance comme résultant d'un agrandissement, par n'importe quel procédé, de l'ouverture extérieure de l'oviducte.

4° L'expulsion d'anneaux fenêtrés huit jours avant l'expulsion d'anneaux parfaitement pleins et normaux, semble indiquer un rapport bien net entre la perforation et la maturité de ces anneaux, dont les plus anciens auront été évacués par le premier ténifuge, les plus récents, non perforés, par le second ; la seule objection à faire à cette conclusion serait l'hypothèse peu admissible de l'existence, chez ce même malade, de deux helminthes différents qui, successivement, et à l'exclusion réciproque l'un de l'autre, auraient été en partie expulsés par deux ténifuges différents aussi.

5° On a vainement cherché dans les selles, du 6 au 13 mai, des ovules de ténia qui semblent devoir être pathognomoniques de cette forme de l'helminthe ; leur absence s'explique sans doute, durant cette période, par l'expulsion de tous les anneaux perforés le 6 mai, le ténifuge administré le 13, n'ayant, comme on l'a vu déjà, entraîné l'expulsion que d'anneaux pleins, récents, forme qui exclut la présence d'ovules libres dans les selles.

6° Enfin l'absence de la tête de l'helminthe dans les évacuations produites par deux puissants ténifuges administrés suivant les méthodes les plus recommandées, ne peut elle tenir en partie à la fragilité des anneaux dans ces conditions particulières?

Nota. Les figures dessinées par M. Nogier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, reproduisent en abrégé, sur un petit nombre d'anneaux, les diverses altérations de l'helminthe, altérations qui s'étendent au moins, sur la pièce même, à deux cents de ces anneaux.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *Milne Edwards* présente la deuxième partie du septième volume de ses Leçons sur la physiologie et sur l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. Dans ce fascicule, l'auteur traite des excrétions et des phénomènes de nutrition.

Hygiène générale. — *De la présence du carbonate de chaux dans les eaux publiques*, par M. *G. Grimaud* (de Caux). — L'auteur s'attache d'abord à démontrer que la théorie de Dupasquier, relative à l'utilité du carbonate de chaux dans l'eau potable, pèche par la base, et que les expériences de M. Chossat sur l'inanition et de M. Boussingault sur la nutrition sont insuffisantes pour la soutenir.

Il veut ensuite prouver par les faits que son application générale peut n'être pas sans danger, et que des eaux publiques contenant des carbonates calcaires, même en faible quantité, ont été quelquefois nuisibles.

On trouverait là-dessus, écrit M. Grimaud (de Caux), et par milliers, des faits probants dans l'histoire de la médecine pratique. Un seul suffit à la démonstration.

« Le bicarbonate de chaux, dit M. Guérard, tant qu'il ne dépasse pas la dose de 5 dix millièmes, est regardé comme un élément utile dans certaines conditions de la digestion stomacale ; néanmoins il est des personnes qui se trouvent incommodées de l'usage des eaux chargées, même assez légèrement, de ce sel. Je connais une famille dont le chef, pendant un séjour de plusieurs années à Dieppe, où le retenaient ses fonctions, ne put se soustraire aux dérangements de santé que lui causait l'usage des eaux calcaires fournies par les fontaines de cette ville qu'en s'astreignant à ne les employer qu'après les avoir fait soumettre à l'ébullition. » (Alph. Guérard, *Thèse pour la chaire d'hygiène*, p. 52. Paris, 1852.)

« Nous avons dit qu'un seul fait suffisait à la démonstration. C'est un principe capital en hygiène publique : quand il s'agit de mesures à prendre pour le salut d'une population, la nécessité de conjurer un danger qui s'est avéré, même une seule fois, justifie toutes les précautions rationnelles préventives. »

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente au nom de l'auteur, M. *Louis Boehm*, professeur à l'Université de Berlin, un ouvrage écrit en allemand, et ayant pour titre : Thérapie de l'œil au moyen de la lumière colorée.

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cet ouvrage et à en faire l'objet d'un rapport verbal.

Physiologie. — *Action du hachisch sur l'économie de l'homme*, extrait d'une note de M. *S. de Luca*. — L'auteur rend compte d'expériences qu'il a faites sur lui-même avec 2 à 3 grammes de pâte sucrée de hachisch.

Voici les conclusions qu'il tire de ses recherches :

L'action du hachisch sur l'organisme vivant varie suivant le tempérament et la sensibilité des individus; les femmes et les enfants sont très sensibles à cette action; l'homme et les adultes, à doses égales, la ressentent moins. Cependant tout le monde est d'accord pour attribuer aux personnes qui sont sous l'influence du hachisch la faculté de voir les objets plus loin qu'ils ne le sont, de sentir la voix faible et comme venant de loin, de se croire soulevées du sol, de dédaigner les choses qui les environnent, de se complaire de ses propres faits, de se rappeler les choses oubliées, d'avoir les idées claires et nettes, de prendre une attitude de dignité et de supériorité, et d'éprouver un contentement tout particulier.

Ces phénomènes intéressent grandement ceux qui s'occupent de physiologie ; ils modifient tellement nos sensations et sont si extraordinaires, qu'ils méritent d'être étudiés avec soin par des expérimentateurs consciencieux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de Vaucluse et des Deux-Sèvres. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Mondon* (de Limoges), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b*. Une note de M. *Boujean* (de Chambery), concernant l'action de l'ergotine dans les diarrhées et les dysenteries. (*Comm.:* M. Barth.) — *c*. Une note sur le cérat de cire végétale, par M. *Lailler*, pharmacien à l'asile de Quatre-Mares. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Un travail de M. le docteur *Billod*, médecin de l'asile de Sainte-Gemme, sur la pellagre des aliénés. (*Comm.*: M. Baillarger.) — *e*. Un travail intitulé : *La variole à l'île de la Réunion*, par M. le docteur *Hazaé Azéma*. (*Commission de vaccine.*) — *f*. Une note de M. le docteur *Deneffe* (de Gand), intitulée : *Quelques considérations sur les empoisonnements par la strychnine*. (*Comm.*: MM. Wurtz, Reynal, Devergie.)

M. le docteur *Kœberlé* (de Strasbourg), adresse la relation de la deuxième opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès le 29 septembre dernier.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale dans la correspondance une lettre de M. *Piorry*, et demande à l'Académie s'il y a lieu de lire cette lettre, ou s'il n'est pas préférable de prier M. Piorry de venir lui-même exposer à la tribune les idées contenues dans cette lettre.

Cette dernière proposition est adoptée, après des explications échangées entre MM. *Guérin*, *Bouvier*, *Robinet*, *Chevallier*, *Gibert*, *Larrey*, *Bouillaud* et *Dubois* (d'Amiens).

M. *Gaultier de Claubry* demande la lecture d'une lettre qu'il a adressée à MM. les membres du bureau, et dans laquelle il proteste contre la rédaction qui a été donnée dans le *Bulletin* de sa réponse au dernier discours de M. Vernois, et réclame l'insertion de ce discours tel qu'il l'a rédigé lui-même.

Après la lecture de cette lettre et quelques éclaircissements

Digitized by Google

donnés par M. *le Secrétaire perpétuel*, l'Académie, sur la proposition motivée de M. *Malgaigne*, passe à l'ordre du jour.

M. *le Président* annonce la mort de M. le docteur *Ch. Londe*, membre titulaire.

M. *Béclard* est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe du défunt.

Lectures.

MÉDECINE. — M. *Gibert* lit un rapport sur des documents relatifs à la lèpre, adressés par M. le docteur *Alessandro Rambaldi*, médecin de l'hôpital Saint-Maurice, à San-Remo (État de Gênes).

« Avec la plupart des auteurs modernes, l'auteur nie formellement le caractère contagieux de la lèpre; il admet l'hérédité de cette maladie et la considère comme une dégénérescence spéciale de toute la substance, lentement amenée par les influences climatériques et hygiéniques...

» Bien qu'il n'y ait rien d'absolument nouveau dans l'œuvre de M. Rambaldi, le bon esprit qui a présidé à la rédaction, les expériences cliniques auxquelles s'est livré l'auteur, les analyses chimiques du sang qu'il a fait faire par le signor Panizzi, les observations qu'il a faites sur le caractère moral des lépreux, engagent le rapporteur à proposer : 1° le dépôt des documents dans les archives; 2° des remerciments à l'auteur. » (*Adopté.*)

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Devergie*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Bouillaud* et *Poggiale*, lit un rapport sur un *mémoire de MM. Despinoy et Garreau* (de Lille), *ayant pour sujet la composition et les propriétés des eaux et extraits de foie de morue.*

Il s'écoule, ainsi que l'a remarqué M. Despinoy, des foies qui servent à la préparation de l'huile un liquide aqueux avec lequel on peut préparer un *extrait* de couleur jaune pâle, d'une saveur douceâtre d'abord, puis légèrement saline et exhalant une faible odeur de hareng salé.

Si l'on compare le résultat de l'analyse de cet extrait avec celle de l'huile de foie de morue, on est frappé de trouver dans l'extrait dix fois plus de chlore, d'iode et de phosphore que dans l'huile. On y trouve aussi une forte proportion de sels de propylamine et d'ammoniaque, qui, suivant les auteurs, expliquerait l'efficacité de l'extrait aqueux, présentant ainsi sous des formes plus facilement acceptables toutes les propriétés de l'huile de foie de morue.

M. Devergie rend compte des essais qu'il a faits de ce nouveau médicament sur des scrofuleux. L'état général des malades lui a paru s'améliorer un peu sous l'influence de cette médication, mais les accidents locaux ne se sont pas amendés.

Les mêmes résultats ont été constatés par M. Bergeron.

L'usage prolongé du remède ou son administration à hautes doses a produit les mêmes accidents gastro-intestinaux que détermine l'huile de foie de morue dans les mêmes conditions.

M. Devergie n'a point essayé l'extrait aqueux de foie de morue dans le traitement de la phthisie.

A ses yeux, la supériorité thérapeutique de l'huile de foie de morue est incontestable. Il tire de ses expériences une nouvelle preuve que l'huile de foie de morue n'emprunte pas son efficacité seulement aux métalloïdes que l'analyse y découvre.

Toutefois, M. Devergie pense que les pilules d'extrait aqueux de foie de morue pourraient être utilement employées dans les cas où les huiles de poissons ne seraient pas supportées par les malades.

La commission propose d'adresser des remerciments à MM. Despinoy et Garreau, de renvoyer leur travail au *comité de publication*, ainsi qu'à la commission des remèdes secrets et nouveaux, afin qu'elle décide s'il y a lieu de proposer l'insertion de ce médicament au *Codex*. (*Adopté.*)

CHIRURGIE. — M. le docteur *Boinet* lit *une note sur l'ovariotomie, avec la relation d'une opération de ce genre qu'il a pratiquée récemment avec succès.* (Voy. p. 675.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 JUIN 1862.

DE L'INFLUENCE QUE L'OPHTHALMOSCOPE A EXERCÉE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES YEUX.

M. le docteur *Wecker* lit la note suivante :

Messieurs,

Lors de la merveilleuse découverte de l'auscultation et de la percussion, qui sont parvenues à donner une base solide au diagnostic des maladies du cœur et de la poitrine, des praticiens n'ont-ils pas prétendu que cette grande découverte servirait à la physiologie et à la pathologie humaine, mais qu'elle resterait stérile pour les indications thérapeutiques ?

Le nouvel ordre d'idées que le stéthoscope et le plessimètre ont amené dans l'étude et les connaissances des maladies de la poitrine, a été produit par l'ophthalmoscope dans la connaissance des maladies des yeux, et l'on n'a pas manqué de dire aussi que la découverte de M. Helmholtz serait sans doute utile à la physiologie et à la pathologie oculaires, mais ne profiterait en rien à la thérapeutique.

Permettez-moi, messieurs, de réfuter en peu de mots cette assertion, et de montrer, en raccourci, le tableau des services rendus par l'ophthalmoscope à la thérapeutique oculaire.

Cataracte. — Avant qu'on ait pu éclairer le cristallin dans tous ses détails, il était impossible de bien suivre le développement primitif et les altérations consécutives produites par cette maladie, dont l'étiologie n'est pas encore bien connue. Combien de personnes présentant des opacités du cristallin, trop peu prononcées pour être vues à l'œil nu, mais assez développées pour provoquer des troubles dans la vision, ont été traitées rigoureusement avant l'invention de l'ophthalmoscope (et le sont quelquefois aujourd'hui encore) dans l'hypothèse qu'elles souffraient d'une amblyopie ou d'une amaurose commençante ! L'ophthalmoscope est ainsi parvenu à sauver bon nombre de personnes d'un excès de zèle de bien de praticiens qui les auraient soumises à un traitement pénible, pour combattre de prétendues amauroses cérébrales ou congestives, tandis qu'il s'agissait simplement d'une opacité du cristallin qui empêchait la libre entrée des rayons lumineux.

Quoique l'ophthalmoscope n'ait pas agi dans ce cas d'une manière directe sur la thérapeutique de la cataracte, il a été d'une excellente influence préventive pour épargner à bien des personnes atteintes d'une cataracte commençante un traitement qui serait demeuré inutile.

Maladies du corps vitré. — Ces maladies sont pour la plupart liées à des affections morbides de la choroïde. Disons seulement ici quelques mots d'une maladie singulière caractérisée par des *épanchements sanguins* réitérés dans le corps vitré, qu'on a quelquefois la faculté d'observer chez les personnes qui souffrent d'hémorrhoïdes, et qui, au moment d'une cessation brusque de ce flux sanguin, viennent à présenter ces hémorrhagies intra-oculaires périodiques. La même chose se rencontre chez les femmes, lors d'une interruption brusque dans le flux sanguin des règles ou de leur suppression définitive. L'ophthalmoscope, qui nous a démontré l'existence de ces hémorrhagies intra-oculaires, nous indique, en même temps, comment il faut combiner notre thérapeutique, en tâchant surtout de rétablir, autant que cela sera possible, une dérivation salutaire par des déplétions locales à l'aide de la ventouse de M. Heurteloup, par l'application de sangsues au fondement, etc.

Digitized by Google

Une affection bien curieuse dont nous aurons à dire quelques mots, c'est l'existence d'un cysticerque dans le corps vitré, qui cause le plus souvent des troubles visuels considérables et entraîne la destruction de l'œil. Avant la merveilleuse découverte de M. Helmholtz, il aurait été complétement impossible de diagnostiquer cette maladie ; encore moins aurait-on pu y porter remède.

Le cysticerque, dont on peut suivre avec l'ophthalmoscope tous les mouvements, la manière dont il procède à la succion, provoque de tels troubles dans la nutrition du corps vitré que celui-ci se remplit peu à peu d'opacités membraneuses. Les opacités en se rétractant provoquent des altérations profondes dans la rétine et dans la choroïde et finalement sont suivies d'une perte de l'œil. Mon très honoré maître, M. de Graefe, a deux fois essayé d'extraire le cysticerque du corps vitré. Une fois il a choisi la méthode la plus courte, c'est-à-dire celle qui consiste à pratiquer une section dans la sclérotique et à faire sortir ainsi l'animalcule. Malheureusement comme la plaie était très étroite, l'hydatide se déchirait et ne pouvait pas être extraite complétement ; aussi l'opération ne parvint-elle pas à arrêter les progrès funestes du mal.

Dans un autre cas, M. de Graefe se décida à extraire le cysticerque par la cornée. Il lui fallut pour y parvenir faire deux opérations préparatoires : 1° une iridectomie pour se donner du jour dans l'endroit où le cysticerque était placé et pour s'y ménager de la sorte un accès plus facile, et 2° l'extraction du cristallin, parfaitement transparent, qui aurait empêché la pénétration de l'instrument dans les parties profondes de l'œil.

Les deux opérations furent exécutées avec plein succès, et à la troisième M. de Graefe parvint à extraire le parasite vivant du fond de l'œil, et à sauver ainsi cet organe, qui aurait été irrévocablement perdu. Un pareil fait nous semble prouver avec évidence l'incontestable utilité de l'ophthalmoscope pour la thérapeutique du cysticerque.

Maladies de la rétine.— La rétinite simple, la rétinite apoplectiforme, celle qui accompagne la maladie de Bright et la rétinite qu'on rencontre chez les femmes enceintes, n'avaient pas été diagnostiquées souvent.

La rétinite qui accompagne la maladie de Bright est tellement caractérisée par des hémorrhagies qui se transforment bientôt en plaques graisseuses blanchâtres, et par le siége particulier que ces plaques occupent à une certaine distance de la papille qu'elle entoure comme une zone, qu'on peut facilement faire le diagnostic de la maladie des reins en examinant le fond de l'œil. J'ai eu assez souvent occasion d'examiner des personnes qui, se plaignant d'un affaiblissement de la vue, offraient ces altérations graisseuses de la rétine, et qui ne se doutaient, pas plus que les médecins qui les traitaient auparavant, que l'affaiblissement de la vue était lié à l'altération profonde du parenchyme rénal. Avant que M. Turck (de Vienne) eût constaté la lésion anatomique de la rétine, fréquente en pareille circonstance, on attribuait à une intoxication du sang, produite par la décomposition de l'urée en ammoniaque, la production de ces troubles visuels.

La rétinite apoplectiforme se rencontre très fréquemment avec des affections du cœur qui, comme vous le savez tous, messieurs, sont les alliées des maladies des reins.

Une forme tout à fait semblable de la rétinite de Bright s'observe chez les femmes enceintes : les mêmes plaques blanchâtres, les mêmes apoplexies et le même siége de la maladie à une certaine distance de la papille. Cette forme de rétinite provoque des troubles visuels très considérables, mais qui peuvent rétrograder aussitôt que les femmes sont accouchées, que les troubles dans la circulation générale se sont calmés, et que l'albuminurie qui, dans ce cas, ne repose sur aucune altération profonde du tissu des reins, a entièrement disparu.

La rétinite simple caractérisée par un trouble général de la rétine, ou par des exsudations de forme variable, qui suivent généralement la direction des fibres nerveuses de cette membrane, s'observe assez souvent chez des personnes qui exposent leurs yeux à un excès de lumière, comme cela se rencontre quelquefois dans les fonderies, les hauts fourneaux, etc.

Pour toutes ces affections, les déplétions locales à la tempe, à l'aide de la ventouse de M. Heurteloup, répétées tous les cinq ou six jours, ont montré une efficacité bien prononcée. Une dérivation par des purgatifs, des pédiluves, etc., facilitera beaucoup la guérison. Tandis qu'autrefois on aurait été tenté d'employer une thérapeutique stimulante, on aurait prescrit la strychnine, l'électricité, etc., en partant de l'idée qu'il s'agissait dans la plupart de ces cas d'un affaiblissement de la vue produit par des symptômes de paralysie ; l'ophthalmoscope nous a démontré qu'il s'agissait au contraire d'un processus inflammatoire qu'il fallait combattre par la méthode antiphlogistique.

Maladies de la choroïde ; glaucome. — Soit que la lésion choroïdienne se présente sous une forme plus ou moins localisée autour du nerf optique, ou autour de la tache jaune, comme la choroïdite simple ou sclérotico-choroïdite, soit que la maladie ait éclaté sur différents points de la choroïde, maladie qui a reçu le nom de choroïdite disséminée, l'ophthalmoscope nous montre dans ces cas des exsudations blanchâtres plus ou moins étendues sur la choroïde, qui, en déplaçant les cellules hexagonales de la couche de pigment la plus interne, sont le plus souvent entourées d'un bord pigmenteux de couleur foncée. Les troubles visuels seront d'autant plus considérables que l'altération de la choroïde sera plus ou moins développée autour de la tache jaune ou sur cette tache elle-même.

La plupart de ces cas ont été traités, avant l'invention de l'ophthalmoscope, comme amblyopies ou amauroses cérébrales, et on a placé le siége de l'affection sur le trajet ou à l'origine du nerf optique, tandis qu'il s'agissait tout simplement d'une inflammation qui par ces exsudats exerçait une pression fâcheuse sur la rétine, ou qui, par les produits morbides qu'elle versait dans le corps vitré (opacités, épanchements sanguins) empêchait qu'une image nette pût se former sur l'expansion du nerf optique, qui du reste, tout à fait saine, avait pu conserver intacte toute la sensibilité. C'est assez dire en quoi et comment le traitement a dû être modifié par cette nouvelle interprétation de la maladie.

Une forme d'inflammation du *tractus uvéal*, c'est-à-dire de l'iris et de la choroïde, caractérisée par une sécrétion abondante de liquide dans le corps vitré et les chambres de l'œil, suivie d'une augmentation considérable de la pression intra-oculaire, est connue sous le nom de glaucome. L'exagération de la pression intra-oculaire produit une paralysie des nerfs intrinsèques de l'œil, des nerfs ciliaires, de l'épanouissement du nerf optique, et entraîne rapidement une perte plus ou moins complète de la vue. Le glaucome caractérisé par un excès de la pression intra-oculaire nous offre, outre cela, un phénomène bien caractéristique ; c'est qu'à l'entrée du nerf optique, la papille ne pouvant pas résister à la pression intra-oculaire excédante, finit par céder ; il se forme une excavation qui est tout à fait analogue aux expansions staphylomateuses qu'on rencontre dans certains cas d'hydrophthalmie. Le staphylôme de la cornée ou de la sclérotique, dans ces derniers cas, n'est ainsi que le résultat d'une pression intra-oculaire exagérée, à laquelle les enveloppes du globe n'ont pas pu opposer une résistance suffisante.

L'ophthalmoscope ayant démontré l'existence d'un excès de pression intra-oculaire dans le glaucome, M. de Graefe a été porté à rechercher les moyens de combattre cet excès et de paralyser ainsi les résultats fâcheux du glaucome. Des paracentèses réitérées de la chambre antérieure sont parvenues à arrêter en partie les progrès du mal, mais néanmoins on a eu à déplorer des récidives fréquentes. Comme M. de Graefe avait observé que les yeux sur lesquels on avait pratiqué l'iridectomie pour combattre d'autres maladies restaient pendant longtemps très mous, preuve que la pression

intra-oculaire n'avait pas atteint son degré normal, il pratiqua l'iridectomie dans les cas de glaucome, espérant diminuer ainsi l'excès de la pression intra-oculaire et voir ces yeux glaucomateux excessivement durs et distendus, se ramollir, et la pression interne revenir à un degré normal. Ces tentatives ont été couronnées d'un succès complet, dont j'ai pu moi-même, en 1856, suivre les diverses phases.

Maladies de la papille et du nerf optique; amaurose, etc. — L'ophthalmoscope, messieurs, nous permet encore de contrôler par l'aspect de la papille du nerf optique les différents états morbides qui provoquent des amblyopies ou des amauroses plus ou moins considérables, en ayant leur siége hors de l'œil même. Nous avons à dire ici quelques mots sur les différents degrés d'atrophie du nerf optique, qui se caractérisent par un aspect plus ou moins nacré de la papille, par une diminution dans le diamètre des vaisseaux, un manque de transparence du tissu nerveux de la papille qui devient opaque et empêche de poursuivre les vaisseaux jusqu'à la membrane criblée. Plus tard, le diamètre de la papille diminue, les vaisseaux, surtout les artères, deviennent de plus en plus minces, jusqu'à se perdre complétement, et nous avons alors un état parfait d'atrophie du nerf optique.

Il est vrai que le diagnostic exact que l'ophthalmoscope nous permet de porter dans ces cas d'amaurose cérébrale est peu consolant quant à la thérapeutique, mais du moins nous permet-il de préserver les malades d'inutiles tentatives de guérison, pour combattre une amaurose qui est basée sur une destruction complète des éléments nerveux indispensables à la vision.

Un état bien curieux de la papille, c'est-à-dire un gonflement très considérable avec étranglement des vaisseaux, qui sont tortueux et gorgés de sang, s'observe dans certains cas, où une pression considérable est exercée sur le nerf optique, comme cela se fait quand des tumeurs se développent dans la cavité crânienne. On a observé cela surtout chez des personnes atteintes de tubercules du cerveau ou d'une méningite tuberculeuse. J'ai moi-même eu occasion de le voir dans un cas où une tumeur gommeuse de nature spécifique s'était développée à la base du crâne, et exerçait une pression considérable sur le trajet des nerfs optiques. Les papilles étaient gonflées, rougies; leur limite mal accusée se perdait dans la rétine infiltrée elle-même vers la périphérie. Plus tard, en général, le gonflement de la papille et l'engorgement des vaisseaux disparaissent pour faire place à une atrophie plus ou moins prononcée, si toutefois le malade ne succombe pas avant qu'on puisse voir s'accomplir ces changements dans le fond de l'œil.

Dans ces cas, le diagnostic n'est pas aussi utile qu'on le voudrait à la thérapeutique, mais il peut du moins nous guider dans le pronostic et le traitement, et pourra ainsi nous rendre des services incontestables.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 SEPT. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

ANUS IMPERFORÉ. — GUÉRISON PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT D'UNE FISTULE VÉSICO-UTÉRO-VAGINALE.

M. *Marjolin* a communiqué à la Société un cas d'imperforation de l'anus, dans lequel l'incision périnéale n'ayant pu faire rencontrer l'ampoule terminale du gros intestin, il fut forcé de recourir ensuite à la méthode de Littre.

Quand M. Marjolin l'examina, la petite malade, née de l'avant-veille, n'avait encore rien rendu depuis sa naissance. Le ventre était peu distendu. Avec une sonde introduite dans la vessie, on croyait sentir un corps mou interposé entre cet organe et le sacrum. Dans tous les points du ventre la percussion donnait le même son, une matité peu prononcée.

A l'extérieur, l'anus semblait bien conformé; mais si l'on y introduisait le petit doigt, il était arrêté à un centimètre environ de profondeur par un cul-de-sac, qui semblait être repoussé de haut en bas quand l'enfant faisait des efforts. On pouvait donc croire que le fond de ce cul-de-sac correspondait précisément à l'ampoule intestinale distendue au moment des cris et des efforts. Cependant l'inspection du cul-de-sac, faite à l'aide d'un dilatateur à trachéotomie, ne fit reconnaître qu'une membrane rosée dont la forme et la couleur ne changeaient pas au moment des cris de l'enfant, et qui n'avait nullement l'aspect de ces diaphragmes minces et brunâtres qui constituent le seul obstacle au cours des matières. M. Marjolin ne se jugeant pas suffisamment renseigné sur les dispositions anatomiques, ne voulut pas faire une simple ponction, et préféra disséquer lentement et couche par couche le fond de cet infundibulum en attirant en bas avec des pinces les bords de la plaie. Un instant il crut être arrivé sur l'intestin, sa pince ayant saisi quelque chose qui ressemblait à une ampoule. Il fit une ponction et s'aperçut à quelques gouttes de sang qui s'échappèrent par le vagin qu'il n'avait traversé que la paroi vaginale.

M. Marjolin renonça à faire suivre immédiatement cette première opération d'une seconde. Ce n'est que deux jours après qu'il se décida à faire un anus contre nature par la méthode de Littre. A ce moment, on sentait très bien le gros intestin dans la fosse iliaque gauche, et il fut facile de tomber sur l'anse intestinale qu'on avait sentie. Le reste de l'opération se fit aisément; on put sans difficulté fixer l'intestin, l'ouvrir et le maintenir définitivement à l'aide d'une suture enchevillée.

L'état de l'enfant s'améliora, mais cette amélioration ne fut pas de longue durée, et, quarante-huit heures après l'opération, la petite malade succombait.

M. *Giraldès* a rappelé, à cette occasion, un fait analogue. Comme M. Marjolin, M. Giraldès avait cru *sentir au fond* du cul-de-sac anal une ampoule qu'il s'agissait d'ouvrir; mais lorsqu'à l'aide d'une pince à griffes il voulut attirer *en bas* cette partie terminale de l'intestin, il s'aperçut *qu'il n'attirait* que la paroi postérieure du vagin, qu'il reconnut à son épaisseur et au passage du sang par la vulve. Il abandonna donc cette voie et eut recours, comme M. Marjolin, à la méthode de Littre, à gauche. A l'autopsie, qui fut faite trois jours après l'opération, on trouva que l'ampoule qui terminait le bout supérieur était très développée et siégeait au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

M. *Guersant* croit que, pour éviter de blesser le vagin, comme cela est arrivé à MM. Marjolin et Giraldès et à lui-même, il serait bon d'introduire dans le vagin une sonde à laquelle on ferait faire un mouvement de bascule pour refouler le vagin vers la symphyse pubienne. Chez les petits garçons, on protégerait la vessie par un procédé analogue.

M. *Dolbeau* a communiqué une observation dont voici le résumé :

Une femme primipare, âgée de trente-deux ans, a été accouchée, le 20 juillet 1862, à l'aide du forceps, après un travail de dix-neuf heures. Une vingtaine de jours après l'accouchement, cette femme s'aperçut d'un léger écoulement d'urine par le vagin, surtout quand elle était debout. Cet écoulement augmentant, la malade entra à l'hôpital. Le 20 août, à l'aide du spéculum de Syms, on constata l'état suivant : « La lèvre postérieure du col de l'utérus est intacte, mais un peu gonflée : l'antérieure a été détruite, en sorte que la cavité du col se trouve à découvert dans l'étendue d'un centimètre et demi. A la place de la lèvre antérieure on trouve des sillons et des anfractuosités séparés par des mamelons irréguliers, d'un rouge vif. On y distingue spécialement une fente transversale curviligne, à concavité antérieure. C'est de là que sort l'urine, c'est-à-dire dans la cavité même du col utérin. C'est là que l'on voit sourdre une injection laiteuse poussée dans la vessie. »

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une fistule faisant commu-

Digitized by Google

niquer le bas-fond de la vessie avec le vagin par l'intermédiaire du col de l'utérus. Le peu d'ancienneté de la lésion et la difficulté d'une opération autoplastique dans ces conditions engagèrent M. Dolbeau à tenter des moyens beaucoup plus simples : il prescrivit le repos le plus complet dans le décubitus dorsal ; il plaça à demeure dans la vessie une sonde de Syms, cautérisa la fistule et les parties environnantes avec le nitrate d'argent, et plaça un tampon dans le vagin. Le 30 août (neuf jours après le commencement de ce traitement), l'urine ne semblait déjà plus couler dans le vagin. On avait cependant, à cause des douleurs qu'elle déterminait, été forcé d'enlever plusieurs fois la sonde de Syms. Le 12 septembre, l'injection laiteuse ne passait plus dans le vagin ; le 18, la malade sortit parfaitement guérie.

Les cas de guérison quasi-spontanée des fistules vésico-vaginales ne sont pas rares dans la science.

M. *Danyau* en a observé deux pour sa part, et, dans les deux cas, la fistule était assez grande pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur. Il est inutile de dire que ces fistules étaient toutes récentes. La sonde à demeure suffit à la guérison, sans le tamponnement vaginal et sans la cautérisation.

M. *Béraud* a vu se fermer complétement, dix-huit jours après l'accouchement, une fistule vésico-vaginale très large, traitée seulement par la sonde à demeure et les cautérisations avec le nitrate d'argent.

M. *Blot* a été témoin d'une guérison obtenue par M. Nélaton chez une femme dont la fistule datait déjà de deux mois.

M. *Verneuil* croit, avec ses collègues, qu'il faut différer les opérations autoplastiques après l'accouchement ; mais pour ce qui est de la sonde à demeure, il ne la juge pas très utile, puisqu'elle ne peut empêcher l'urine de sortir par la fistule. Récemment, trois médecins distingués, parmi lesquels M. Barrier (de Lyon), avaient constaté une large fistule vésico-vaginale chez une malade que M. Verneuil fut appelé à visiter lui-même six semaines après l'accouchement. A cette époque, et sans qu'aucun traitement eût été appliqué, on ne reconnaissait l'ouverture qu'à la présence de quelques bourgeons charnus rougeâtres. La cicatrisation s'était faite tout à fait spontanément.

Peut-être les fistules de l'espèce de celle qu'a observée M. Dolbeau ont-elles plus de tendance à guérir spontanément. Le long trajet de ces fistules est une condition favorable. Lorsqu'au contraire les deux muqueuses vésicale et vaginale sont séparées par peu de tissus, elles se rejoignent plus aisément. Le trajet est promptement organisé et la fistule établie.

M. *Marjolin* a cité un cas de guérison spontanée ; M. *Depaul* en a rappelé quatre. Toutes ces fistules étaient variables en étendue ; dans toutes, on pénétrait facilement dans la vessie au moyen du doigt introduit dans le vagin.

— M. *Chassaignac* a fait part à ses collègues de la guérison en sept heures d'un anévrysme faux primitif circonscrit de l'artère crurale, traité par la compression digitale. La tumeur siégeait un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Il n'y eut pendant la compression ni les vertiges ni la céphalalgie intense que M. Vanzetti a toujours observés dans les cas où la guérison a été obtenue. La compression a même été si bien supportée par le malade qu'il a fini par s'endormir pendant qu'on la pratiquait.

Dr P. CHATILLON.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, par M. TOMMASI.

Parmi les maladies du système nerveux dont la connaissance est plus spécialement due aux recherches modernes se placent surtout celles qui se manifestent par une diminution ou une suspension de l'innervation, désordres limités à une partie seulement du système nerveux sans que les autres portions de ce vaste système organique se trouvent troublées et sans que les conditions passées ou présentes de l'organisme puissent expliquer l'apparition et la limitation de la maladie. Le docteur Tommasi rapporte un cas curieux de paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, observé dans le service du professeur Pellizzari (de Florence), et qui fait le sujet d'un excellent travail lu à la Société *medico-fisica* de cette ville. L'importance du fait qu'il rapporte nous engage à le rapporter avec quelques détails, que nous abrégerons cependant le plus possible :

OBS. — Le 30 avril 1862 entrait à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, dans le service du professeur Pellizzari, une femme de la campagne, Annonziata Maffuci, âgée de quarante-huit ans, se disant affectée d'une tumeur du pharynx. Ayant toujours joui d'une bonne santé, elle s'aperçut tout à coup, dans les premiers jours de septembre 1861, que quelques mouvements de la langue étaient devenus difficiles, surtout ceux que nécessitait la prononciation des mots exigeant la rencontre de la pointe de la langue avec le palais ou les dents. A la fin du même mois, elle eut une attaque de rhumatisme limitée aux muscles du côté droit du cou et à la région de l'omoplate du même côté qui guérit par l'application de vésicatoires. Pendant la durée de cette affection, la difficulté et l'imperfection des mouvements de la langue ne firent que s'accroître. Dans les premiers mois de 1862, la déglutition, surtout celle des aliments solides, commença à devenir difficile ; plus tard, les mouvements des lèvres devinrent lents et incertains.

Le docteur Bacci diagnostiqua une paralysie rhumatismale limitée aux organes de la voix, et chercha à guérir la maladie par l'administration successive du valérianate de zinc, de la valériane, de l'asa-fœtida et du carbonate de fer à hautes doses. L'insuccès de ce traitement engagea la malade à venir à Florence réclamer les soins du professeur Pellizzari.

Le 5 mai 1862, la malade était dans l'état suivant :

Les lèvres ont la grosseur et la couleur ordinaires. Quand la bouche est fermée, on trouve un peu d'irrégularité vers le bord libre surtout de la lèvre supérieure. L'ouverture de la bouche s'accompagne d'un mouvement saccadé, irrégulier et comme oscillatoire des lèvres.

Dans les divers mouvements qui correspondent à l'action de parler, de sucer, de siffler, d'embrasser, les contractions de l'orbiculaire deviennent lentes, difficiles, comme oscillatoires, et toujours incomplètes ; si des aliments solides pénètrent accidentellement dans le vestibule buccal, la malade ne peut les en retirer qu'en employant le doigt.

La muqueuse buccale a sa couleur et son apparence normales.

La langue a son volume ordinaire ; elle a perdu sa forme convexe, est molle, déprimée sur la ligne médiane et un peu relevée vers les bords. Les mouvements de propulsion et de retrait de la langue sont assez faciles et rapides. Les premiers sont cependant plus limités que dans l'état normal ; la langue ne sort qu'en partie et se trouve agitée d'un léger tremblement.

Le voile du palais est relâché ; son bord libre descend plus bas qu'à l'ordinaire, et la concavité de sa face antérieure est diminuée. La luette est en contact avec la base de la langue ; le diamètre vertical de l'isthme du gosier est diminué ; le contact d'un corps irritant ne provoque dans le voile que des mouvements tardifs, faibles et incertains. Pendant la déglutition, quelques parcelles d'aliments s'engagent assez souvent dans l'arrière-cavité nasale. Le pharynx, au contraire, n'a rien perdu de sa contractilité.

L'irrégularité des mouvements rend difficile la prononciation de certains mots. Toutes les voyelles se prononcent assez bien, à l'exception de l'*u* (ou en italien). Parmi les consonnes, celles qui réclament l'occlusion complète des lèvres, comme *m*, *b*, *p*, ou leur opposition en forme de valvule, comme l'*f*, le *v*, se prononcent très difficilement. Les lettres qui réclament la rencontre du dos de la langue avec le palais sont encore plus difficiles à prononcer, comme *g* (*dgi*), *k*, *x*, *q* (*cou*) ; toutes s'accompagnent d'une aspiration très appréciable et d'un son nasal. Les sons qui réclament l'application de la pointe de la langue à la partie antérieure

du palais, comme *c* (*tchi*), *l*, *n*, *r*, ou aux arcades dentaires, comme *s*, *t*, *z* (*dzéta*), sont à peine intelligibles.

La sensibilité de toutes ces parties est normale ; la gustation est intacte ; la sensibilité tactile seule semble un peu diminuée sur le voile du palais, et la titillation provoque difficilement des nausées.

En excitant des contractions au moyen d'un courant de premier ordre développé avec l'appareil Volta faradique de M. Duchenne, les muscles orbiculaires des lèvres, les muscles propres de la langue, les staphylins et glosso-staphylins se contractent comme dans l'état normal, et les parties auxquelles ils se distribuent reprennent leur volume et leur forme physiologiques.

La voix n'avait pas varié dans sa force ; les muscles laryngés se contractaient physiologiquement, mais son timbre était devenu nasonné.

La physionomie n'était pas changée, aucun des muscles de la face n'était paralysé, à l'exception des deux buccinateurs qui, dans l'action de souffler, s'écartaient involontairement des arcades dentaires. La motilité et la sensibilité de tout le reste du corps ne présentaient aucune altération ; il en était de même des fonctions respiratoires et digestives.

Le 6 mai, la faradisation fut pratiquée avec le courant de premier ordre de l'appareil de M. Duchenne, en se servant d'excitateurs coniques portés sur les muscles orbiculaires des lèvres, buccinateurs, et sur ceux de la langue et du voile du palais, sur le trajet de l'hypoglosse et des rameaux antérieurs du facial. On se servit au début d'intermittences rares, dont on augmenta peu à peu la fréquence, à mesure que la tolérance de la malade devint plus grande. Les séances faites chaque jour étaient prolongées pendant dix minutes environ.

Vers le huitième jour, on commença à noter une légère amélioration dans l'état de l'orbiculaire des lèvres ; du huitième au quinzième, l'amélioration en augmentant, les muscles de la langue avaient plus de tonicité, la déglutition de la salive et des aliments était plus facile, le son des consonnes palatines était plus net, mais la voix était toujours nasillarde.

Vers le quinzième jour, la pusillanimité de la malade engagea à diminuer la durée des séances, et l'on remplaça le courant de premier ordre par celui du second, qui agissait moins vivement sur la sensibilité. L'amélioration continua cependant assez pour donner des espérances de guérison ; mais à la fin de juin la malade voulut quitter l'hôpital.

Elle se trouvait alors dans l'état suivant : Les lèvres avaient repris leur forme normale, leur contraction était irrégulière et énergique, les consonnes labiales étaient prononcées d'une manière distincte. La langue était facilement tirée hors de la bouche à une certaine longueur ; ses mouvements avaient perdu leur incertitude, sa pointe pouvait être élevée à 2 centimètres au-dessus du niveau de l'arcade dentaire ; les lettres dites palatines avaient perdu leur caractère aspiré ; le voile du palais était plus sensible à l'action des excitants, sa concavité s'était accrue, et son bord inférieur en se relevant avait agrandi les dimensions de l'isthme du gosier. La déglutition des aliments solides et liquides était prompte et facile, rien ne passait dans les fosses nasales, mais le timbre de la voix était toujours nasonné.

Les résultats obtenus permettent d'espérer une guérison, avec d'autant plus de raison que l'amélioration a continué depuis la sortie de la malade, grâce aux soins du docteur Bacci, qui a continué l'application de la faradisation locale.

La paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, est une maladie très grave, connue seulement depuis les travaux de M. Duchenne (de Boulogne).

La science ne possède guère que quatorze cas bien authentiques, dont treize appartiennent à M. Duchenne et l'autre à M. Duménil (de Rouen). Nous pouvons ajouter à ces quatorze faits deux observations insérées dans la dernière édition du livre de M. Duchenne; les deux malades, appartenant, l'un à M. Lamouroux, l'autre à M. Moynier, sont morts depuis la publication de l'ouvrage. Mentionnons seulement deux autres cas observés à l'Hôtel-Dieu, qui ont fait le sujet d'une leçon clinique de M. Empis; mais le résultat ne nous est pas connu. Dans les seize cas, la mort paraît avoir été la conséquence de la maladie, soit par ses progrès seuls, soit par l'existence simultanée d'une atrophie musculaire adipeuse progressive. La paralysie résiste à tous les moyens; la déglutition devient de plus en plus difficile et finalement impossible.

Dans quelques-unes des observations de M. Duchenne, il y eut une amélioration évidente qui fit un instant espérer la guérison; mais la maladie ne tarda pas à reprendre sa marche fatale : aussi, malgré l'amélioration évidente survenue chez la malade de M. Tommasi, il est à craindre qu'une rechute n'amène après elle un résultat qui, jusqu'à présent, paraît constant.

M. Tommasi hésite à se prononcer sur la nature de la maladie, mais il paraît se rapprocher de l'opinion de M. Trousseau et tendre à admettre une lésion *sine materia*.

M. Trousseau, dans une autopsie de paralysie musculaire de la langue, faite en janvier 1861, ne trouva aucune lésion du côté du grand hypoglosse et des muscles de la langue, qui tous, ainsi que ceux du voile du palais et des lèvres, présentaient leur consistance, leur couleur et leur volume normaux. L'examen microscopique montra de même que leurs fibres ne renfermaient aucune granulation graisseuse.

D'un autre côté, M. Duménil, ayant eu en 1859 l'occasion de faire l'autopsie d'un individu mort d'atrophie musculaire graisseuse progressive, compliquée de paralysie sans atrophie des muscles de la langue et des autres muscles servant à la phonation, crut pouvoir, d'après les altérations des fibres nerveuses constatées avec grand soin, faire consister la maladie dans l'atrophie des nerfs facial et grand hypoglosse.

Les troncs et les rameaux des hypoglosses étaient petits, sans consistance, d'une couleur gris roussâtre, vides de substance nerveuse. Les racines et les troncs des deux nerfs de la septième paire étaient dans l'état normal jusqu'à leur sortie du trou stylo-mastoïdien ; plus loin ils étaient atrophiés comme ceux de l'hypoglosse. La corde du tympan, le trijumeau, les glosso-pharyngiens, ne présentaient aucune espèce d'altération.

Cette divergence dans les résultats obtenus à l'autopsie et dans les opinions professées à l'égard de la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, donne de l'intérêt au fait publié par M. Tommasi, mais réclame, pour la solution du problème anatomo-pathologique et thérapeutique, de nouvelles observations. (*Lo Sperimentale*, 1862, t. X, p. 158.)

Invagination intestinale guérie par l'insufflation, par M. Edw. Cousins.

L'invagination intestinale est une des affections les plus graves qui puissent affecter un malade, non-seulement par l'issue presque toujours fatale de l'affection abandonnée à elle-même, mais encore par le danger immense que font courir à celui qui en est atteint les opérations tentées quelquefois pour la guérir. La statistique de la gastrotomie n'a pas encore été faite d'une manière sérieuse, elle ne serait certainement qu'un long martyrologe. Aussi avait-on cherché des moyens plus doux et moins dangereux, mais aussi fort aveugles, tels que l'ingestion de mercure métallique, les injections rectales forcées, l'insufflation par l'anus, etc.; mais nous ne connaissions pas de cas où ce dernier moyen ait été suivi de succès; l'exemple que nous citons paraît devoir encourager à l'essayer de nouveau.

Obs. — Le 23 février dernier, M. Edw. Cousins fut appelé auprès d'un enfant mâle, âgé de treize mois, qui, au milieu de la santé la plus parfaite, avait été pris tout à coup de vomissements, peu de temps après avoir tété avec son appétit ordinaire. Les matières vomies se composaient d'abord du lait qui venait d'être ingéré et de panade qui avait été donnée un peu auparavant, puis d'un liquide séreux ; l'enfant rejeta ensuite tout ce qu'on essaya de lui faire prendre. L'huile de ricin n'eut d'autre effet que de provoquer de nouveaux vomissements ; les lavements purgatifs, après avoir déterminé une selle, restèrent sans aucun résultat, et il en fut de même de tous les moyens auxquels on essaya de recourir. L'enfant était dans une situation qui s'aggravait de moment en moment : coliques et vomissements fréquents, demi-coma, facies profondément altéré, froid et lividité des extrémités, pouls extrêmement rapide et très petit. Le toucher rectal n'avait rien fait découvrir dans la partie accessible de l'intestin. Mais on sentait dans la région de la moitié droite du côlon transverse une tumeur allongée dans le sens horizontal, tumeur qui sembla disparaître graduellement, puis se reformer et durcir sous la main, et, dans le flanc correspondant, une seconde tumeur plus ferme que la précédente, ne paraissant pas se continuer avec elle, et située verticalement à deux pouces et demi au-dessus de la fosse iliaque droite.

En présence de ces symptômes, M. Cousins, ayant diagnostiqué une invagination, se résolut, ne pouvant réussir par d'autres moyens, à pratiquer l'insufflation par l'anus, ce qui fut approuvé par M. Erichsen, qui arriva sur ces entrefaites. Il poussa donc de l'air dans le rectum, au moyen de la pompe stomacale, jusqu'au point d'être obligé de résister avec une certaine force pour retenir le tube dans l'anus; puis, ayant laissé échapper l'air injecté, il lui sembla que la tumeur iliaque avait éprouvé une légère modification. Après une seconde insufflation, la tumeur transversale avait disparu, et celle de la région iliaque avait subi une diminution de longueur appréciable. Pendant l'opération, l'enfant paraissait éprouver un malaise extrême, et faisait des efforts pour échapper. Après un repos, l'insufflation fut répétée une troisième fois : l'air fut poussé avec beaucoup de lenteur, jusqu'à ce que la distension de l'intestin fût complète, quand soudainement un coup de piston fut suivi d'un mouvement avec bruit perceptible à l'oreille, comme d'un souffle pénétrant dans l'intestin grêle, puis de la sensation pour l'opérateur, au coup de piston suivant, d'une résistance disparue. A ce moment, syncope qui fut combattue par des stimulants. Il ne restait plus alors dans le flanc droit qu'une tumeur beaucoup moins dure, et n'ayant pas plus d'un demi-pouce de long, tumeur qu'une quatrième insufflation ne parvint pas à faire disparaître. Le retour de la syncope fit cesser les insufflations, et obligea de recourir encore à des stimulants. A la suite, l'état du petit malade se releva lentement; mais il ne vomit plus, et il dormit plusieurs heures. A son réveil, il eut une selle tachée de sang, puis une seconde au milieu de la nuit; il fut ensuite tranquille, se montra très avide de prendre le sein, et n'eut ni vomissements, ni aucun symptôme de souffrance. Le lendemain, 24 février, l'enfant rendit une selle à peu près sans trace de sang, mais contenant une graine d'*Abrus precatorius*. Dans sa visite suivante, M. Cousins ne trouva plus aucune tumeur dans l'abdomen. A partir de ce moment, tout symptôme sérieux disparut; il y eut bien encore quelques coliques, un peu de sensibilité du ventre, quelques vomituritions, quelques selles dénotant un peu d'irritation intestinale; mais sous l'influence de moyens très simples tout rentra rapidement dans l'ordre, et le 26 février, quatrième jour à partir du début, l'enfant pouvait être considéré comme guéri. (*British Med. Journ.*, juin 1862, et *Journal de thérapeutique*.)

Introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, issue à travers les parois thoraciques, par M. Hugh Horrow.

Le 7 juillet 1862, on amena à M. Horrow un enfant de neuf ans portant un abcès vers les dernières côtes droites, accompagné de matité de toute la région. Le 8 août, on fit une ouverture entre la dixième et la onzième côte; il sortit une grande quantité de pus fétide. La suppuration continua, l'abcès augmenta de volume, et s'ouvrit le 4 septembre entre la onzième et la douzième côte. Le 7, la mère de l'enfant remarqua dans l'ouverture un petit corps blanc; croyant que c'était une esquille, elle le tira au dehors : c'était un morceau de paille que l'enfant croyait avoir avalé douze semaines auparavant en jouant dans un champ. (*Dublin Medical Press*, 1862, p. 360.)

Quatre anévrysmes chez le même malade, par M. George Lowe.

Obs. — J. P..., âgé de vingt-sept ans, portait quatre anévrysmes, un inguino-fémoral, un fémoral et un poplité du côté gauche, plus un poplité du côté droit : le premier gros comme une noisette, le second comme un œuf de dinde, le troisième comme un œuf de poule, le quatrième comme une noix. L'anévrysme fémoral se rompit spontanément, et l'on fit l'amputation de la cuisse le 30 avril 1862, laissant dans le moignon l'anévrysme inguinal. Après la guérison du membre amputé, on tenta d'oblitérer l'anévrysme poplité droit en comprimant la fémorale au moyen d'un tourniquet pendant vingt-quatre heures. Quatre jours après la tumeur était solide et sans pulsations. On essaya ensuite la compression sur l'iliaque externe, et l'on obtint ainsi la guérison de l'anévrysme inguinal.

Cette observation, que nous abrégeons beaucoup, est très remarquable comme exemple de guérison. Pelletan trouva sur un malade soixante-trois anévrysmes, vérifiés à l'amphithéâtre. A. Cooper perdit de la rupture d'un de ses anévrysmes un malade qui en portait six autres. M. Tynell perdit après la ligature de la fémorale un malade portant aussi sept anévrysmes. Le cas de M. Lowe est d'autant plus intéressant que deux des tumeurs furent guéries par la compression, malgré la prédisposition évidente du malade aux dilatations artérielles. (*Medical Times and Gaz.*, 1862, p. 383.)

Hernie irréductible; section sous-cutanée de l'anneau inguinal externe, par M. Pancoast (de Philadelphie).

Un homme âgé de soixante-dix ans portait une hernie ordinairement maintenue par un bandage, mais qui était subitement devenue irréductible, en s'accompagnant de nausées, vomissements et constipation. Après plusieurs tentatives infructueuses de réduction, M. Pancoast fit à la peau, vers la racine du scrotum, une petite ouverture, introduisit une sonde cannelée entre la hernie et l'anneau inguinal externe, qui paraissait être l'agent constricteur; puis il mena un bistouri étroit le long de la cannelure, et, suivant les préceptes de la ténotomie sous-cutanée, coupa les fibres de l'anneau externe. La hernie ne fut réduite que le lendemain, après trois tentatives de réduction et une nouvelle section de l'anneau. Le malade mourut le second jour. Le sac était partout adhérent à la tunique vaginale; l'abdomen renfermait une masse épiploïque dure et enflammée; le péritoine intestinal était sain. (*Dublin Medical Press*, 1862, p. 359.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la première enfance, comprenant les lois organiques du mariage, les soins de la grossesse, l'allaitement maternel, le choix des nourrices, le sevrage, le régime, l'exercice et la mortalité de la première enfance, par le docteur E. Bouchut, 1 volume in-18. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et Fils.

Ce livre peu étendu, simple dans le fond comme dans la forme, de peu de prétention, puisqu'il est destiné à guider le médecin au *début de sa carrière médicale* et les *jeunes mères* souvent victimes de leur *inexpérience*, mérite, par sa modestie même, d'être encouragé. Il est né d'un ouvrage plus considérable du même auteur, le Traité des maladies du nouveau-né. C'est en effet la première partie de ce traité, relative à un *Précis d'éducation physique des jeunes enfants* qui, augmentée, remaniée, transformée, et détachée du reste, est devenue l'opuscule que nous annonçons aujourd'hui. Ce nouveau-né d'un genre particulier a, comme on le pense bien, de grandes ressemblances avec son ascendant et se sent fortement de l'*impression générative*, pour parler comme la théorie de M. Bouchut; néanmoins, il a une existence tout à fait personnelle, et constitue réellement à son tour un petit traité complet.

Cette *impression générative*, amenant « la prédisposition et le développement des vices de conformation, des altérations humorales, des maladies organiques et des diathèses », il nous eût paru préférable de la laisser au grand ouvrage sur les maladies du nouveau-né. Les débutants dans la profession médicale et les mères inexpérimentées peuvent mieux employer leur temps qu'à chercher si l'hérédité normale ou pathologique procède d'une simple impression reçue par le germe au moment de la fécondation, ou d'un principe matériel comme un virus, ou d'une qualité propre de l'ovule. Le fait en lui-même est indéterminable, et la théorie des « impressions transformées » nous semble aussi impuissante, tout au moins, que celle de « la matérialisation », à rendre compte de toutes les singularités de la transmission héréditaire, notamment de l'hérédité à échéance, de l'hérédité indirecte et de l'hérédité alternante. En tout cas, de telles questions ne s'adaptent pas bien au but pratique de l'*Hygiène de la première enfance*.

Hâtons-nous de le dire, le livre, dans son ensemble, s'approprie bien à cette destination. Dans une suite de chapitres courts et substantiels, se trouvent concentrés les notions et les préceptes

Digitized by Google

les plus utiles, concernant non plus l'explication, mais les manifestations de l'hérédité ; les soins à prendre pendant la grossesse ; les soins à donner aux enfants après leur naissance ; l'allaitement ; la composition du lait et la modification que lui font subir les idiosyncrasies, les maladies, le régime et une foule d'autres circonstances ; le choix ou le changement de nourrices ; l'influence des maladies des nourrices sur la santé des enfants, et réciproquement ; l'allaitement artificiel ; le régime des enfants ; le sevrage ; le travail de la dentition et les accidents qui en sont la suite ; les habitudes, l'exercice, le sommeil et le coucher des enfants ; les vêtements, la toilette, les soins du corps et les bains ; certaines maladies du nouveau-né et de l'enfant à la mamelle, comme les vents, les coliques, les vomissements ; enfin les lois de la mortalité dans l'enfance. Cette dernière question pourrait paraître au premier abord sortir, comme celle de la théorie de l'hérédité, du cadre de l'ouvrage. Il n'en est rien. L'auteur, mettant les divers chiffres de la mortalité en regard de la diversité des âges, du sexe ou des circonstances hygiéniques, telles que la température ou l'état d'abandon, fait sortir ainsi des résultats statistiques auxquels il est conduit par des enseignements pratiques d'une sérieuse portée. Il reproduit notamment dans ce chapitre les tables qu'il a naguère communiquées à l'Académie des sciences, et qui sont relatives à la mortalité des enfants trouvés de l'hospice de Paris pour la période de vingt années, comprise entre 1840 et 1860. La signification générale de ces tables est que la mortalité des enfants assistés ou abandonnés (appelés autrefois *enfants trouvés*), moindre aujourd'hui qu'autrefois, est encore plus considérable que chez les enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice à la campagne.

En général, comme nous l'avons dit, l'Hygiène de la première enfance dit sur chaque chose tout ce qu'il importe de savoir, et rien de plus. C'est une qualité dans une œuvre de ce genre. En quelques points pourtant, cette qualité nous a paru s'exagérer jusqu'à friser le défaut. Ainsi, à l'article *Régime*, il ne suffisait peut-être pas d'énumérer les quelques aliments de facile digestion propres à l'alimentation des enfants quand il y a lieu de cesser l'allaitement exclusif. On sait les inconvénients d'aliments trop substantiels ; on sait les maladies qu'ils manquent rarement de produire. Un paragraphe à ce sujet n'eût pas été de trop ; car beaucoup de gens se persuadent aisément que, en hygiène comme en législation, tout ce qui n'est pas défendu est permis. De même, au chapitre consacré aux accidents liés à la sortie des dents, ce n'est pas caractériser suffisamment, ce nous semble, l'influence du travail de la dentition sur les affections thoraciques que d'écrire : « La *laryngite* et la *bronchite* sont souvent *la cause* (sans doute au lieu de *l'effet*, par erreur typographique) du travail de la dentition ; mais, dans ce cas, l'inflammation de la muqueuse du larynx et des bronches est *toujours très superficielle et n'entraîne aucun accident grave ;* les enfants toussent plus ou moins souvent, et leur indisposition ne réclame que l'emploi de préparations calmantes. » La pneumonie catarrhale, comme conséquence du travail dentaire, est trop fréquente pour que l'auteur ne la connaisse pas mieux que nous, et trop grave parfois (bien qu'elle le soit moins d'ordinaire que la pneumonie idiopathique) pour que le précédent passage en donne l'idée.

Des imperfections de ce genre n'empêchent pas le nouvel ouvrage de M. Bouchut d'offrir à ceux qui, par état ou par position, se trouvent appelés à donner des soins à la première enfance, un guide utile quant au fond, commode dans la forme, où ils trouveront groupées et classées toutes les notions susceptibles de les intéresser, et qui n'ont été réunies aussi complétement dans aucun autre ouvrage spécial.

VI

VARIÉTÉS.

MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours public à l'École pratique sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le vendredi 31 octobre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques seront reprises le lundi 3 novembre. Ceux d'entre eux qui désireraient être admis dans les pavillons de l'École pratique peuvent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté. L'École restera ouverte chaque jour de onze heures à quatre heures.

— La séance générale annuelle de l'Association générale aura lieu le 26 et le 27 de ce mois, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales est fixé au 25, à sept heures et demie du soir, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. Le prix de la souscription est de 20 fr.

On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 22.

— Les inspecteurs médicaux de l'armée anglaise viennent de publier leurs rapports. Ils recommandent que l'ordinaire de viande du soldat soit élevé de trois quarts de livre à une livre. Ils déclarent que l'augmentation de dépense sera grandement compensée par l'augmentation de force et de santé parmi les soldats, et par la diminution de la mortalité et des maladies.

— MM. Voillemier et Guersant n'ayant pu accepter les fonctions de membres du jury du concours de l'internat, ont été remplacés par MM. Richet et Chassaignac. Les épreuves de ce concours ont commencé aujourd'hui, 20 octobre, par l'épreuve écrite. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Région inguinale. — Signes de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical.*

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Culture du chasselas à Thomery, par *Rose Charmeux*. In-18 de 99 pages, avec 41 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

Sur les races indigènes et sur l'archéologie du Mexique, par le docteur *E. Dally*. In-8 de 30 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 21 au 31 août 1862.

163. Richard, Jean-Alexandre, né à Cra-ville la-Rocquefort (Seine-Inférieure). [*De la diathèse purulente.*]

164. Velten, P.-F., né à Wissembourg (Bas-Rhin). [*Des polypes de l'urèthre chez la femme.*]

165. Bouyer, Achille, né à Avignon (Vaucluse). [*Étude sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains.*]

166. Molio, Jean Louis-Léonce, né à Oraas (Basses-Pyrénées). [*Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*]

167. Albert, Philippe-Charles, né à Parnac (Indre). [*Deux années à l'asile impérial du Vésinet.*]

168. Mauricet, Alphonse, né à Vannes (Morbihan). [*Recherches expérimentales pour servir à l'histoire thérapeutique des alcalins.*]

169. Alméras, Jacques, né à Genève. [*Des rash ou exanthèmes scarlatiniformes confondus avec les scarlatines.*]

170. Vallet, Alphonse, né à Niort (Deux-Sèvres). [*Considérations médicales sur les champignons.*]

171. Bergeon, A.-W., né à Châtellerault (Vienne). [*Du rhumatisme noueux et de son traitement par la teinture d'iode.*]

172. Galan, Maximiliano, né à la Havane (île de Cuba). [*Quelques considérations physiologiques sur l'action de la digitale.*]

173. Duplomb, B.-Anastase, né à Graçay (Cher). [*De la galvano-caustique ; du couteau galvano-caustique et de l'anse coupante à échelle graduée de M. le docteur Eugène Séré.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. – 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 31 OCTOBRE 1862. — N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Influence de l'électricité sur l'absorption. — Paraplegie des femmes enceintes. — Tubercule anatomique, ou Verruca necrologica. — Eupatorium cannabinum dans le choléra. — Séance annuelle de l'Association des médecins de France. — II. **Travaux originaux**. Pathologie interne : Mémoire sur les tumeurs stercorales. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. Ovariotomie. — Extirpation des deux ovaires. — Ovariotomie sur une femme enceinte. — Injections iodées dans l'articulation du genou affectée d'hydarthrose chronique. — Hydrophobie traitée sans succès par le curare, rapport d'une commission. — Même sujet. — Traitement du tétanos par le curare. — Rupture du vagin pendant l'accouchement; séjour de l'enfant dans l'abdomen pendant trois heures et demie; guérison. — Empoisonnement par l'opium; belladone administrée comme antidote. — Trachéotomie sur un enfant de trois mois. — Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée. — V. **Bibliographie**. Conformation osseuse de la tête chez l'homme et chez les vertébrés. — VI. **Variétés**. Responsabilité des médecins aliénistes. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. De la médecine et des médecins chez les Iroquois et les Peaux-Rouges.

I

Paris, 30 octobre 1862.

INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ABSORPTION. — PARAPLÉGIE DES FEMMES ENCEINTES. — TUBERCULE ANATOMIQUE, OU *Verruca necrologica*. — *Eupatorium cannabinum* DANS LE CHOLÉRA. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE.

La question de l'*électro-endermie*, ou absorption cutanée des substances médicamenteuses sous l'influence de l'électricité, vient d'être portée devant l'*Académie de médecine de Turin* par un mémoire de son président, M. le docteur Trompeo. Ce mémoire n'a pas encore paru dans le JOURNAL DE L'ACADÉMIE, et nous savons seulement qu'il conclut à admettre que cette action particulière de l'électricité est réelle, et peut être mise à profit pour le traitement de certaines maladies; mais, en même temps, la discussion nous apprend que l'opinion de l'auteur s'appuie sur des inductions thérapeutiques et non sur des témoignages matériels. Or, à cet égard, nous partageons tous les scrupules exprimés par MM. Peyrani et Marchiandi. Pour rendre absolument certaine l'introduction d'une substance dans l'économie, il est indispensable que cette substance y soit, ou retrouvée en nature, ou positivement décelée par des signes physico-chimiques. Un fait de l'ordre thérapeutique, s'agit-il de la guérison de la syphilis après administration endermique du mercure, ne saurait suppléer cette condition impérative d'une démonstration vraiment expérimentale, surtout quand des expériences antérieures prétendent déjà avoir satisfait à cette condition. Ainsi, dès 1824, Fodera établissait chimiquement qu'une solution de sulfate de fer ou de cyanure de potassium traversait les parois de la vessie presque instantanément sous l'action d'un courant électrique, tandis que le même effet mettait plus d'une heure à se produire dans les conditions ordinaires. En 1833, Fabré-Palaprat assurait que, si l'on appliquait sur un des bras d'un sujet une compresse chargée d'une solution d'iodure de potassium, et sur l'autre bras une compresse amidonnée, celle-ci prenait une teinte violette quand

FEUILLETON.

De la médecine et des médecins chez les Iroquois et les Peaux-Rouges.

(Suite et fin. — Voir le numéro 41.)

SOMMAIRE. — *Pathologie* médicale et chirurgicale des Peaux-Rouges : maladies, épidémies, mortalité; ravages occasionnés par l'abus du wiskey. — *Thérapeutique :* Traitement pharmaceutique dans les cas légers; passes magnétiques; traitement *in extremis*, espèce d'exorcisme. — Pansements, guérison facile des plaies et des morsures venimeuses. — Tolérance traumatique des tissus organiques chez les Peaux-Rouges; observations à l'appui; fête des suppliciés. — *Hygiène :* Bains simples, bains de vapeurs; sobriété des Peaux-Rouges; régime et alimentation; art culinaire et pâtisserie. — Hygiène et régime des femmes en couches et des enfants nouveau-nés; un succédané du seigle ergoté; berceaux, emmaillotement; allaitement; mortalité des nouveau-nés, procédé pour l'aplatissement du crâne chez les Chinooks. — *Conclusion.*

Les Peaux-Rouges sont sujets à peu près aux mêmes maladies que les Européens. Les rhumatismes, les pleurésies et les inflammations pulmonaires sont fréquents chez ces sauvages, en raison de la légèreté de leurs costumes, de leur vie aventureuse, de leur existence en plein air et du peu de soin qu'ils prennent à se garantir contre les injures du temps et les vicissitudes atmosphériques.

Dans certaines contrées, vastes solitudes où les sources sont rares, où les ruisseaux sont éloignés les uns des autres, la soif et la sécheresse font de nombreuses victimes.

Ailleurs, on ne trouve pour se désaltérer que l'eau saumâtre d'une mare ou d'une rivière au cours lent, dont l'usage occasionne des douleurs d'entrailles et des dysentéries graves.

Il existe aussi d'immenses marécages, qui sèment au loin, avec leurs funestes miasmes, des accès de fièvre intermittente revêtant très souvent le caractère pernicieux.

De cruelles épidémies sévissent quelquefois sur ces contrée avec une rigueur inouïe. M. Domenech rapporte que le pays environnant les chutes du Colombia fut ravagé, en 1823, par une fièvre aiguë, qui enleva dans un seul été les quatre cin-

on faisait passer d'une partie à l'autre un courant électrique. Ce résultat, s'il a été bien observé, en dit plus que les essais ultérieurs de Rognetta et de Rossi, dans lesquels l'électro-endermie était appliquée, par le premier, à la cure de l'amaurose à l'aide de la strychnine, et, par le second, à la cure de la syphilis au moyen des mercuriaux. C'est ainsi, nous venons de le dire, que paraît avoir procédé également M. Trompeo.

On ne se méprendra pas sur la portée de notre exigence. Il serait excessif, sans contredit, de ne tenir absolument aucun compte, dans ce genre de recherches, des effets physiologiques ou pathologiques obtenus, ou de certaines analogies tirées des actions connues de l'électricité; et nous comprenons très bien que MM. Demarchi, Carmagnola et Berutti aient rappelé ce point de vue de la question. Nous disons seulement qu'il n'y a là, en définitive, qu'un motif d'induction, aussi fort qu'on voudra le supposer, mais non un motif de certitude. Et notre réserve vient à propos; car nous avons précisément sous les yeux, dans un des journaux qui viennent de nous parvenir (*American Medical Times*, 20 sept.), l'indication d'un cas d'ulcère vénérien situé au milieu du front, et qui, après avoir résisté à tous les remèdes antisyphilitiques, a été rapidement guéri par l'emploi topique de l'électricité, sans intervention d'aucune substance médicamenteuse. Il va sans dire que nous ne garantissons pas le fait.

— Les femmes grosses deviennent quelquefois paraplégiques, tout le monde le sait; mais y a-t-il entre la grossesse et la paralysie rencontre fortuite, ou relation de causalité? C'est sur quoi on a beaucoup discuté. En communiquant un cas de ce genre à la *Société des sciences médicales*, M. Gamet, interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a soutenu avec talent la thèse de la simple coïncidence (*Gazette médicale de Lyon*, n° 20). « Pour établir, dit-il, que la grossesse a une action bien certaine sur la production de la paralysie, il faudrait s'appuyer sur la fréquence de ces accidents et sur les caractères particuliers et distincts de cette paraplégie. » La *fréquence* de ces accidents, nous ne la connaissons guère; et, si MM. Esnault et Vallin n'ont pu en recueillir que seize exemples, il ne faut pas oublier que nombre de praticiens en ont rencontré, qui n'ont pas jugé à propos d'en faire part au public. Les *caractères* de la paraplégie, les a-t-on assez étudiés pour être bien sûr qu'ils n'ont rien de particulier? Quand il s'est agi, dans ces derniers temps, de distinguer diverses espèces de paralysie, on a interrogé surtout l'électrisation, et ce moyen d'essai n'est pas mentionné dans le travail de M. Gamet.

En semblable matière, quand il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, d'un fait matériel à exhiber, mais d'une relation abstraite, d'une relation causale à établir, l'analogie reprend ses droits. Or, nous l'avouons, en voyant, d'un côté, la grossesse donner lieu, on peut dire cette fois fréquemment, à toutes sortes de désordres nerveux, parmi lesquels on rencontre des paralysies partielles, comme l'amaurose et la surdité; et, d'un autre côté, les maladies de l'utérus, des ovaires, des reins, donner lieu à des paraplégies; quand on a observé notamment ces paraplégies transitoires des jeunes filles mal réglées, qu'on poursuit de ventouses et de moxas, et qui disparaissent parfois inopinément quand se régularise la fonction menstruelle, il est bien difficile de distraire de cet ensemble des relations pathologiques les paraplégies des femmes grosses, pour les renvoyer au hasard. « Le peu de gravité de la maladie, ajoute l'auteur, la guérison *presque assurée* par un traitement convenable, seraient des caractères d'une haute importance; nous voudrions des faits à l'appui. » Une guérison *presque assurée*, c'est beaucoup demander; mais on peut offrir autre chose, qui vaut mieux peut-être, c'est la guérison rapide de la maladie sans traitement actif. M. Churchill a publié plusieurs cas de ce genre en 1854, dans le Dublin Journal. Et c'est une analogie de plus avec ces faits d'amaurose et de surdité que nous rappelions tout à l'heure.

Ce sont là, dira-t-on, des cas d'hystérie! Le mot est bientôt dit. Mais quand cela serait; quand les effets produits par la grossesse sur le système nerveux ressembleraient à ceux qu'amène une affection utérine, est-ce que la question ne resterait pas la même? Nous parlons de la question de fait, à savoir : si la paraplégie, si l'amaurose, si la surdité, si la manie, si les dépravations du goût, etc., quelle qu'en *soit* l'expression ou la marche, procèdent ou ne *procèdent pas* de la grossesse?

Ces analogies ne lèvent pas, certes, toutes les difficultés; mais elles ont une valeur très sérieuse, que nous souhaitions de ne pas laisser oublier.

— M. le docteur Wilks a montré à la *Société pathologique de Londres* (*Medical Times*, 25 octobre) un échantillon d'une espèce particulière d'excroissance qui survient aux mains des individus appelés à manier des cadavres, et à laquelle, pour cette raison, il donne le nom un peu ambigu de *verruca necrologica*. Cette verrue qui dure plusieurs années et se produit avec rapidité si on en enlève des portions ressemble un peu au cancer épithélial, dont elle diffère

---

quièmes de la population.... En 1830, la même région et le territoire de l'Orégon furent décimés encore par une fièvre épidémique, qui frappa les deux tiers des habitants. « Des villages entiers furent dépeuplés; et l'on mit le feu à quelques autres pour éviter les dangers de l'infection qu'aurait occasionnée la masse considérable de cadavres qu'on ne pouvait ensevelir... La petite vérole, introduite chez les Indiens, au dire de M. Domenech, en 1837, par les blancs, emporta dans l'espace d'un mois plus de douze mille personnes et jeta la consternation et le désespoir parmi ces populations.

Mais un des plus terribles fléaux qui affligent les malheureux Peaux-Rouges, c'est l'abus qu'ils font du *wiskey*, « espèce de mauvaise eau-de-vie, d'importation américaine, fabriquée avec du maïs ou de l'orge fermentée. » Cette affreuse liqueur, que les sauvages dans leur idiome imagé appellent *eau-de-feu*, est, suivant l'expression de M. Domenech, l'agent principal de leur destruction. Elle détermine rapidement chez ceux qui s'y adonnent, toutes les fureurs du délire ébrieux et tous les accidents de l'empoisonnement alcoolique, l'abrutissement, la démence, la décrépitude et très souvent la mort dans la plénitude de l'âge.

Les blessures faites par la lance ou la flèche, empoisonnées ou non, les morsures des reptiles venimeux, notamment du serpent à sonnettes, les piqûres des scorpions, des tarentules et des ticks, espèce de punaise des prairies, d'une atroce férocité, les plaies pratiquées dans un but religieux, les accidents consécutifs au tatouage, tel est l'appoint le plus ordinaire de la pathologie chirurgicale chez les Peaux-Rouges.

Un mot maintenant sur la thérapeutique médico-chirurgicale de ces étranges tribus.

Les hommes-médecines ont recours à deux méthodes différentes, suivant que le cas pathologique est de nature à inspirer plus ou moins d'inquiétude.

Dans les cas légers et ordinaires, ils emploient les moyens pharmaceutiques, les infusions ou les décoctions de plantes. Ainsi, ils prescrivent le sassafras contre la pleurésie; ils pré-

pourtant par sa marche et sa gravité. Deux membres de la Société, MM. Bristowe et Peacock, ont déclaré avoir été atteints d'un mal semblable, dont le premier n'a pu se débarrasser que par une cautérisation avec le nitrate acide de mercure. M. Harley l'a rencontré, sous la forme confluente, chez un individu qui assistait aux autopsies à l'hôpital d'*University College*, et portait quelquefois les cadavres.

Qu'est-ce que cette affection? Nous sommes disposé, avec M. Spencer Wells, à n'y voir autre chose que ce qu'on a appelé le *tubercule anatomique*. Ce chirurgien, qui l'a observé assez souvent, ne l'a rencontré qu'une fois en dehors du corps médical. On conçoit bien d'ailleurs que beaucoup d'autres personnes que les médecins soient exposées à manier des chairs putréfiées et à y prendre le germe d'excroissances de mauvaise nature, surtout si, comme l'a dit M. Williams Adams, elles portent aux mains des excoriations.

On peut regretter que M. Wilks ne soit pas entré, au sujet des caractères de la tumeur, dans de plus grands développements, ou que sa description ait été aussi écourtée par le procès-verbal.

— On sait que plusieurs médecins ont annoncé avoir obtenu de bons effets, dans le traitement du choléra, de plusieurs synanthérées parmi lesquelles nous rappellerons le *Mikania Guaco*, et l'*Eupatorium saturiæfolium*; ce qui peut s'expliquer par la présence dans ces plantes d'un principe aromatique amer et abondant. Dans le courant de l'année dernière, M. le docteur van Dromme, médecin de l'hôpital civil de Bruges, a publié un travail sur des essais tentés par lui de l'emploi de l'Eupatoire d'Avicenne (*Eupatorium cannabinum*) dans le traitement du choléra. Ayant agi sur trente-six malades, au moment où l'épidémie sévissait avec le plus de force, M. van Dromme a obtenu vingt-six guérisons, alors que le traitement antérieur n'avait produit aucun résultat satisfaisant, et que presque tous les enfants, qui, au nombre d'une dizaine, se sont refusés à prendre le médicament, ont succombé. La préparation employée par le docteur van Dromme consiste en la décoction d'une once d'Eupatoire dans un litre et demi de vinaigre ordinaire que l'on réduit à un litre. Pour masquer sa saveur désagréable, on ajoute à la décoction du sirop simple ou mieux du sirop de morphine (une partie pour quatre de décocté), ou bien encore de la belladone. On administre, d'heure en heure, une ou deux cuillerées à soupe du médicament, en prenant la précaution de le donner, s'il se peut, immédiatement après un vomissement, et en ne permettant au malade de boire qu'une dizaine de minutes après, pour faciliter l'absorption et l'action du remède. Dès que la cyanose commence à se dissiper, on éloigne les doses, et on les supprime quand les selles ayant apparence de riz sont remplacées par des selles bilieuses. Les malades peuvent boire aussi abondamment qu'ils le désirent, pour étancher leur soif ardente, des boissons acidulées fraiches ou chaudes, à leur gré. On applique, en les renouvelant fréquemment, de larges cataplasmes tièdes et vinaigrés sur les extrémités et sur l'abdomen. M. van Dromme fait remarquer en même temps l'heureuse influence exercée par une ventilation convenable, qui permet au malade de respirer un air pur et frais. (*Gazette médicale*, 1862.)

A. Dechambre.

M. Piorry a répondu à l'invitation qui lui avait été faite, au nom de l'Académie de médecine, par M. le Secrétaire perpétuel, de venir lire à la tribune le travail qu'il avait eu précédemment l'idée d'introduire par voie de *correspondance*. Ce travail, relatif au diagnostic et au traitement des maladies du foie et de ses annexes, a une utilité pratique incontestable et n'était pas de nature à déparer la tribune académique.

M. Bonnet a donné à l'Académie des explications sur le mode opératoire qu'il a suivi dans son opération d'ovariotomie, et M. Houssard a lu un mémoire dont nous faisons connaître p. 698 la pensée principale. A. D.

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de l'Association générale des médecins de France a eu lieu dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Rayer. Cette solennité, dont l'intérêt ne se ralentit pas, avait attiré un grand concours de médecins de Paris et des départements. Le discours de M. Rayer a été, comme toujours, simple, net et élevé; il a heureusement caractérisé la situation des médecins à l'égard de l'autorité publique et de la Société. M. Legouest, devenu secrétaire de la *Société centrale* en remplacement du regrettable Ludger-Lallemand, a pris ensuite la parole et a mérité d'être applaudi pour la clarté de son compte rendu de la gestion comme pour le sentiment avec lequel il a payé un tribut de regrets à son prédécesseur et au malheureux Cazeaux. La séance s'est terminée par l'exposé habituel de M. le secrétaire général, qui a obtenu tout le succès, et ce n'est pas peu dire, des années précédentes. Il ressort de cet exposé que le nombre actuel des membres de l'Association est de 5000, et que l'Association, après avoir fait droit à toutes les demandes de secours, est en possession de 211 000 fr. Vingt-quatre départements ne sont pas encore agrégés. A. D.

---

parent des purgatifs avec une espèce d'euphorbe ou avec de l'huile de ricin; ils administrent un remède très efficace contre la dysentérie; ils savent user avec succès des frictions, des douches, des fumigations, des sinapismes et de l'huile camphrée qu'ils ont reçue des blancs. Enfin, la saignée elle-même est en usage chez eux : ils la pratiquent au moyen d'un couteau ou d'un silex aigu. » En cela, ils se montrent plus adroits que nous, qui serions fort embarrassés d'en faire autant et qui sommes si difficiles dans le choix de nos lancettes.

Tels sont les principaux moyens de traitement mis en usage par les docteurs peaux-rouges dans les circonstances faciles; quelques-uns traitent aussi leurs clients par des passes magnétiques (le magnétisme nous viendrait-il des Iroquois, et Mesmer ne serait-il donc qu'un vil plagiaire!).

Mais si le cas est grave, si le pronostic est fâcheux, on a recours *in extremis* à une médication fantastique, qui est comme l'*ultima ratio* de nos confrères indiens. Le praticien, revêtu sans doute du costume impossible dont nous avons essayé de donner un échantillon, se livre à des gambades effrénées « à des sauts furibonds, accompagnés de cris et de contorsions atroces; il tourne ainsi autour du malade en le faisant tourner lui-même dans tous les sens ». C'est ce qu'on nomme dans le pays la *danse de la médecine*. « D'autres fois, la danse est remplacée par un chant lugubre, que les assistants accompagnent au son du tambour. Ensuite le patient est étendu sur le dos, massé et frictionné avec force; et enfin, le docteur presse violemment sa poitrine, afin, dit-il, de faire sortir la maladie par la bouche ». La médication est ici parfaitement d'accord avec la doctrine; ces braves docteurs se figurent que la maladie est causée par la présence d'un esprit malfaisant dans le corps du malade; ils croient à une sorte de possession; ils font une manière d'exorcisme : quoi de plus logique? Il n'y a pas encore bien longtemps qu'on a renoncé, en Europe, à des croyances et à des pratiques analogues.

« Les Indiens possèdent d'excellentes recettes pour guérir

Digitized by Google

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS STERCORALES,
par le docteur JULES ROUYER.

Suite et fin. — Voir le n° 42.

Aux faits qui précèdent nous pouvons ajouter le suivant; c'est un exemple de tumeur stercorale développée pendant la grossesse; la formation de cette tumeur était favorisée par un vice de conformation de l'intestin.

OBS. VI. — Fournier fut appelé en consultation par trois élèves en chirurgie qui depuis cinq jours essayaient vainement d'accoucher une jeune femme âgée de vingt-deux ans. Ce chirurgien ayant appris que cette femme n'était pas allée à la garderobe depuis huit jours, prescrivit un lavement. L'élève chargé de cette opération s'évertuait en vain à trouver l'anus. Fournier reconnut que l'anus était imperforé, qu'il n'y en avait aucun vestige. Le rectum s'ouvrait dans le vagin; le toucher fit voir qu'il était rempli de matières durcies. La canule ayant été introduite par le canal, le lavement pénétra, et fit sortir une quantité prodigieuse de noyaux de cerises accumulés avec les fèces. Après cette évacuation, l'accouchement se termina spontanément (1).

Dans ce cas, la tumeur stercorale était évidemment cause de la dystocie qui y est signalée; elle contenait des corps étrangers qui avaient pu concourir, en même temps que le vice de conformation, à favoriser son développement. Nous verrons dans l'observation VIII un corps étranger servir de noyau à une tumeur stercorale.

Nous avons dit précédemment que, dans la grande majorité des cas, on observait de la constipation, mais que quelquefois il pouvait exister de la diarrhée, ce qui contribue à induire en erreur et à faire rejeter l'idée d'une tumeur stercorale. Nous allons citer deux observations dans lesquelles ce symptôme a été signalé :

OBS. VII. — Un employé du ministère de la guerre vint consulter Lisfranc; il était pâle, maigre, défait, se plaignait d'une diarrhée continuelle avec épreintes horribles, et des selles involontaires s'échappaient sans cesse dans ses vêtements. Lisfranc ayant porté le doigt dans le rectum trouva une tumeur fécale du volume de la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur fut divisée en partie avec l'ongle. Des injections huileuses, des lavements purgatifs en favorisèrent l'extraction, et on parvint enfin, après plusieurs séances, à vider complétement l'intestin.

Cet homme, réduit depuis longtemps à l'état le plus pitoyable, se rétablit avec une très grande rapidité.

On n'avait jamais considéré chez lui qu'une diarrhée, contre laquelle tous les remèdes avaient échoué (2).

(1) Fournier, *Dictionnaire en 60 volumes*, article CAS RARES.
(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, 1842, p. 197.

L'observation suivante m'a été communiquée par M. le docteur Mazier, de Laigle :

OBS. VII. — Une des religieuses de l'hôpital de Laigle, âgée de quarante ans environ, d'une bonne santé habituelle, consulta M. Mazier, médecin de l'hospice, pour une diarrhée et des vomissements qui dataient de quinze jours environ. Cette malade fut rapidement guérie par quelques moyens simples, mais presque aussitôt des douleurs vives se manifestèrent dans l'abdomen. Un autre médecin appelé en l'absence de M. Mazier explora la cavité abdominale, et reconnut dans la fosse iliaque droite une tumeur qu'il déclara être de nature cancéreuse.

A son retour, M. Mazier examina cette tumeur, et reconnut que c'était une tumeur stercorale. Un purgatif fut administré, mais il fut vomi; on eut recours aux lavements purgatifs, qui amenèrent un déplacement de la tumeur, et la firent cheminer vers l'S iliaque. Un purgatif fut donné par la bouche et bien supporté cette fois, et il amena l'expulsion au dehors de cette tumeur, dont la sortie fut très douloureuse. Elle avait à peu près le volume d'une orange.

Une circonstance à noter dans ce fait, c'est qu'en brisant cette tumeur on reconnut qu'elle avait pour noyau un morceau d'orange; or, on était alors au mois de mai, et la malade n'avait mangé de l'orange qu'à la fin du mois de janvier précédent.

Depuis ce moment, la santé de cette religieuse s'est rétablie complétement; mais depuis ce moment, pendant une vingtaine d'années à peu près, elle a dû recourir de nouveau cinq fois aux soins de M. Mazier, pour remédier à des accumulations de matières fécales, moins graves cependant que la première fois.

Ce symptôme exceptionnel, la diarrhée, est indiqué encore dans le cas suivant, intéressant à plusieurs titres, et notamment parce qu'on a pu constater dans la tumeur stercorale l'existence d'un canal central qui donnait passage aux matières diarrhéiques.

OBS. IX. — Une jeune dame âgée de vingt-quatre ans, enceinte de deux mois et demi, fut prise d'accidents qui amenèrent un avortement; elle fit mander son médecin, qui, en pratiquant le toucher, reconnut une tumeur qui remplissait le vagin, et ce ne fut qu'à grand'peine qu'il put la contourner et saisir l'embryon et les débris de l'œuf tombés dans le cul-de-sac formé en arrière de la tumeur.

Quelle était la nature de cette tumeur, dont le volume dépassait celui du poing? La situation en arrière des parois du vagin, sa forme arrondie, et à la circonférence de laquelle on sentait quelques aspérités, et surtout l'impression que le doigt laissait à sa surface, me portèrent à penser que j'avais affaire à une tumeur constituée par un amas de fèces durcies. Je fis donner immédiatement à la malade des lavements huileux, qui furent rendus tels qu'ils avaient été pris; je leur substituai des lavements purgatifs; ces moyens restant sans résultats, le second jour je prescrivis une dose d'huile de ricin, puis un lavement d'eau de savon. Enfin, le troisième jour, un purgatif plus énergique fut administré sans plus de succès.

Le fait que les lavements étaient pris et rendus facilement, que les garderobes nombreuses provoquées par les purgatifs n'avaient amené aucune diminution dans la tumeur stercorale, m'engagea à recourir à une exploration directe. Le doigt porté dans le rectum me permit de constater un amas considérable de matières durcies, au centre desquelles les liquides des garderobes avaient creusé un canal assez large. Mais le

---

les morsures des reptiles venimeux; et à ce sujet, M. Domenech s'étonne avec raison d'avoir lu, il y a deux ans, dans les journaux, qu'un Allemand avait découvert en Amérique une herbe qui paralysait les effets de la morsure du serpent à sonnettes; il ne comprend point la sensation que cette prétendue découverte a causée; car, depuis des siècles, les Indiens se servent de cette plante connue sous le nom d'*herbe noire*, *herbe de serpent à sonnettes*. Il suffit de la bien mâcher et de l'appliquer sur la morsure pour que l'enflure s'arrête et que la circulation du sang reprenne sa marche ordinaire.

On regrette que M. l'abbé Domenech se borne à des indications aussi vagues et ne détermine pas d'une manière plus précise le genre ou l'espèce de ces plantes merveilleuses, qui combattent si énergiquement les désastreux effets des morsures empoisonnées.

Quant aux blessures, dit le savant missionnaire, leur guérison tient souvent du merveilleux; on les panse avec des baumes, des herbes aromatiques et avec l'écorce d'une espèce d'aune, qui remplace la charpie. Tous les médecins peaux-rouges sont très habiles dans ce genre de traitement. Il est vrai que leur habileté est singulièrement aidée par une sorte de tolérance traumatique dont paraissent jouir les tissus de ces peuples sauvages. On est vraiment surpris de l'aptitude de leurs plaies à se cicatriser, à l'abri de toute complication, de tout accident consécutif, et souvent en dépit des conditions les plus défavorables. On lit, à ce sujet, dans l'ouvrage de M. Domenech, deux faits qui méritent d'être cités. Un sauvage avait reçu un si violent coup de hache dans la poitrine, que l'instrument n'avait pu en être arraché qu'avec beaucoup de peine; il marcha, au bout de six jours d'un traitement que lui fit subir un médecin de sa tribu, et fut complétement guéri un mois après. Un autre Indien, en traversant un lac, tomba sur la glace et se coupa le poignet avec une hache qu'il portait sous son bras; la blessure était si profonde que la main ne tenait plus que par un lambeau de chair; l'Indien coupa ce lambeau, se fit une ligature avec un morceau de sa chemise, continua

Digitized by Google

fait le plus remarquable que je notai fut la disposition de la muqueuse rectale autour de ce conduit. La membrane interne de l'intestin formait une sorte de prolapsus, et le repli membraneux descendant à l'intérieur du canal creusé dans les fèces s'opposait à ce que les liquides venus de la partie supérieure du tube digestif pénétrassent entre la tumeur et les parois du rectum (1).

Marche. — Complications. — Le développement des tumeurs stercorales est généralement très lent; ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les premiers symptômes commencent à se montrer, lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume; celles qui occupent le cæcum peuvent rester plus longtemps sans manifester leur présence parce qu'elles ne gênent pas le cours des matières fécales. Dans l'observation VIII, nous voyons que la tumeur a mis plus de trois mois à se former.

Parmi les complications qui peuvent survenir, nous citerons le développement d'un phlegmon et la perforation de l'intestin; ce sont les phénomènes les plus graves qui peuvent se manifester, lorsque la maladie a duré longtemps et qu'elle n'est pas reconnue à temps.

D'autres fois on observe, chez quelques malades, les symptômes de l'étranglement herniaire, et, dans quelques cas, le diagnostic peut être assez difficile; il demande un examen attentif.

Enfin il est d'autres accidents qui peuvent survenir; ce sont des troubles symptomatiques, qui peuvent être considérés comme de véritables complications, tels sont : la névralgie sciatique (Piorry), les douleurs sur le trajet de l'uretère avec rétraction du testicule (Ducos), par suite de la compression du plexus sciatique ou de l'uretère; l'œdème des membres inférieurs, résultant de la compression de la veine iliaque (Sabatier); les déplacements de l'utérus, etc. (2).

Diagnostic. — Nous avons dit précédemment que ces tumeurs sont souvent méconnues. Si les erreurs sont quelquefois imputables à l'inattention ou à l'ignorance des observateurs, il est juste de reconnaître que, dans quelques cas, le diagnostic peut présenter de réelles difficultés, ou au moins qu'il existe des causes d'erreur assez sérieuses.

Nous allons rapporter plusieurs cas dans lesquels des erreurs de diagnostic ont été commises; ces faits sont instructifs, et d'ailleurs ils permettront de compléter certains détails relatifs à la symptomatologie.

Dans plusieurs cas, les tumeurs ont pu être confondues avec des hernies étranglées ou simuler ces maladies graves, ce qui peut conduire à des opérations qui, tout en étant graves, ne remédieront nullement au mal véritable.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1857, t. LIII, p. 377.
(2) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, 1857, p. 180.

Nous avons observé le cas suivant dans le service de M. le professeur Nélaton, en mars 1854 :

Obs. X. — Une jeune femme âgée de trente-cinq ans était atteinte d'une hernie ancienne; elle entra le 3 mars 1854 à l'hôpital des Cliniques; elle était alors en proie à des vomissements fréquents et à de vives coliques. La tumeur herniaire était volumineuse et paraissait étranglée. En étudiant avec attention l'état de l'abdomen, M. Nélaton reconnut que des matières fécales étaient accumulées dans l'S iliaque. Quatre purgatifs furent administrés, et la tumeur diminua, ce qui amena la disparition complète de tous les accidents (1).

Ici l'erreur était facile à commettre et pouvait conduire à pratiquer l'opération de la kélotomie; ce n'est que par un examen attentif que l'on peut arriver à éviter ces fautes, et il sera toujours prudent, dans les cas de hernie étranglée, de voir s'il n'existe pas quelque autre affection concomitante.

M. Velpeau a également observé une malade affectée d'une hernie ombilicale, qui éprouvait des accidents d'étranglement déterminés par une masse stercorale contenue dans le cæcum. (Fait cité par M. Nélaton.)

M. Hall, de Glasgow, rapporte également un fait intéressant dans le *Monthly Journal of Medical Science :*

Obs. XI. — M. Hall fut appelé à voir un pauvre homme âgé de soixante ans qui, disait-on, souffrait horriblement d'une hernie étranglée. Le malade était dans l'état suivant : face cadavéreuse; constipation depuis dix jours; pouls rapide; vomissements de matières stercorales depuis quarante-huit heures; ventre tendu, ballonné, sensible au toucher, surtout dans la région iliaque droite, où l'on sent quelque chose de dur et de résistant; malaise général et agitation extrême. A la région inguinale du même côté, vers la partie inférieure de l'anneau crural, existait une tumeur que l'on avait considérée comme une anse d'intestin herniée; mais en l'examinant de plus près, M. Hall eut la satisfaction de reconnaître que ce n'était rien de tel, et, en effet, le malade lui apprit qu'il portait là, depuis douze ans, une tumeur de nature glanduleuse. On donna un lavement purgatif très abondant qui fut gardé vingt minutes, puis fut rendu présentant seulement une coloration brune; mais trois heures après, le malade eut une évacuation qui remplit un vase de nuit de matières noires et de fèces presque solides.

A partir de ce moment l'état général s'améliora, les vomissements cessèrent, le pouls reprit son type normal; en un mot, le malade revint à la santé, et se porta parfaitement bien pendant les deux années qui suivirent.

Nous avons déjà cité plusieurs observations dans lesquelles on signale des erreurs de diagnostic; souvent on a cru à des tumeurs cancéreuses. Voici encore un fait dans lequel la tumeur fut considérée comme étant de nature fibreuse :

Obs. XII. — Lisfranc fut appelé auprès d'une malade qui avait, disait-on, une tumeur fibreuse dans le rectum. Elle allait à la selle en dévoiement, et personne ne soupçonnait que les matières fécales fussent arrêtées dans l'intestin. Cette femme avait une paralysie des extrémités inférieures.

(1) Ce fait est cité dans l'ouvrage de M. Nélaton : *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, 1857, p. 188.

---

sa route jusqu'à son village et se guérit en peu de jours par l'application de simples dont il connaissait les facultés curatives. »

Mais à côté, ou plutôt au-dessus de ces exemples singuliers, il faut placer les cas plus surprenants encore d'innocuité à la suite des mutilations et des tortures auxquelles les Peaux-Rouges se soumettent, soit comme pratique religieuse, soit en signe de deuil. Déjà nous avons frissonné d'horreur au récit des épreuves cruelles que doivent subir les candidats à la dignité de l'homme-médecine; eh bien! ce n'est presque qu'un divertissement en comparaison des cérémonies épouvantables qui constituent la *Fête des suppliciés*. Il y a là un fait si extraordinaire et si frappant pour l'histoire du traumatisme, que nous voulons, à titre de curiosité chirurgicale, tracer une courte description de ces cérémonies.

Les jeunes gens destinés au sacrifice s'y préparent dans le temple, par quatre jours de prières, d'abstinence et d'insomnie; puis, en présence des vieillards et des dignitaires de la tribu, de leurs parents et de leurs amis assemblés, ils livrent leur corps nu au grand-prêtre. « Celui-ci, après avoir ébréché son instrument pour rendre l'opération plus douloureuse, saisit entre ses doigts un pouce ou deux de chair des deux côtés des épaules ou de la poitrine, qu'il traverse avec le couteau sacré; des aiguilles de roseau, longues comme des aiguilles de bas, larges comme le doigt et pointues aux deux extrémités, sont ensuite passées dans cette blessure; enfin, on enlève à 2 mètres au-dessus du sol le corps ensanglanté du patient au moyen d'une corde attachée aux aiguilles. Au moment où ses pieds vont quitter la terre, on lui traverse le gras des bras et des jambes avec huit aiguilles de roseau, et à leur extrémité, on suspend des têtes de buffle..... Une heure après, lorsque dix ou douze corps tout ruisselants de sang pendent ainsi de la voûte du temple, des hommes armés de bâtons les font tourner jusqu'à ce que les victimes s'évanouissent; alors on les laisse retomber lourdement à terre.... Quand le patient a repris l'usage de ses sens, il se traîne vers une tête de buffle

Digitized by Google

L'orifice de l'anus se laissant facilement distendre, on voyait dans l'intestin cette tumeur recouverte d'une pellicule rougeâtre. Lisfranc ayant porté le doigt sur cette tumeur, la gratta avec l'ongle, et reconnut, à sa grande surprise, que ce n'était autre chose qu'un bol fécal enveloppé de fausses membranes. On en fit l'extraction, non sans difficulté (1).

L'observation suivante est donnée sous le titre : *Tumeur stercorale simulant une hématocèle;* mais nous devons reconnaître que, dans ce cas, le diagnostic était facile, ne fût-ce que d'après les antécédents :

Obs. XIII. — Une jeune fille entra dans le service de M. Beau pour une affection obscure dont elle souffrait depuis un mois. On apprit en l'interrogeant qu'elle était aménorrhéique et dyspeptique. Elle était, en outre, ajoutait-elle, *très échauffée*, et, en effet, il y avait plus de trente jours qu'elle n'était allée à la garderobe. M. Beau palpa l'abdomen, et constata une matité considérable dans la région iliaque gauche. La main produisait d'ailleurs sur tout le ventre une douleur si vive que l'idée d'une hématocèle se présenta tout d'abord à l'esprit. Mais les accidents pouvaient tenir aussi à une tumeur stercorale, et, se plaçant à ce point de vue, M. Beau eut immédiatement recours aux purgatifs. Il les administra d'abord par la bouche ; mais l'estomac ne les supportant pas, il prescrivit des lavements avec de l'huile de croton. Un premier lavement provoqua quelques selles et amena du soulagement. Même médication les jours suivants ; nouvelles garderobes, toujours suivies d'une amélioration plus grande. Après sept à huit jours de ce traitement, la tumeur, dont le volume avait diminué d'une manière graduelle, finit par disparaître presque totalement. On donna alors un purgatif par la bouche, qui cette fois fut supporté, et balaya complétement le tube intestinal. Quelques jours après, la malade était complétement guérie (2).

Nous allons rapporter en détail un fait que nous avons observé dans le service de M. Nélaton. Ici encore, la présence d'une affection concomitante pouvait induire en erreur, aussi le diagnostic fut-il discuté avec soin par ce savant professeur ; cette discussion, que nous reproduisons dans le cours de l'observation, nous permettra d'abréger les considérations que nous avons à présenter sur le diagnostic de ces tumeurs en général.

Obs. XIV. — Henri C..., âgé de trente-deux ans, entra le 3 décembre 1855 à l'hôpital des Cliniques ; il a été militaire, et exerce la profession d'ébéniste. Il y a deux ans, il eut plusieurs blennorrhagies qu'il soigna au moyen d'injections ; il en résulta une rétention d'urine qui fut de courte durée. Ces accidents cessèrent, et il ne s'inquiéta plus de sa santé ; mais bientôt la rétention se reproduisit de nouveau à plusieurs reprises. Il se décida alors à se faire soigner, et entra ici.

Les bougies introduites dans l'urèthre étaient arrêtées à la courbure sous-pubienne ; enfin on put, à force de tentatives, faire pénétrer une bougie filiforme ; le lendemain, il urina un peu mieux ; on arriva à faire passer des bougies de 1 millimètre et 1 millimètre et demi.

Les choses en étaient là, une semaine après son entrée à l'hôpital, lorsque le malade accusa la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Tout d'abord une question se présentait : ces deux affections, le rétrécissement de l'urèthre et la tumeur iliaque, sont-elles indépendantes l'une de l'autre, ou, au contraire, existe-t-il une relation entre elles ? Pour arriver à résoudre la question, il est nécessaire de préciser les caractères de la seconde maladie.

La tumeur est placée en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, qu'elle dépasse un peu en haut ; elle s'enfonce profondément, descend plus bas que l'épine ; son volume égale celui d'un petit œuf de poule ; elle est dure, non fluctuante ; elle fuit sous le doigt en s'enfonçant dans la cavité abdominale. Le malade dit qu'il sent la tumeur se déplacer lorsqu'il varie la position du corps, ce que M. Nélaton constate en explorant la tumeur pendant les mouvements du malade.

La tumeur est très dure et très douloureuse ; il n'y a rien dans les diverses particularités signalées qui puisse mettre sur la voie d'une complication du rétrécissement uréthral.

M. Nélaton, dans sa leçon clinique du 12 décembre, discute les diverses opinions qui pourraient être émises sur la nature de cette tumeur ; nous allons reproduire cette discussion, qui nous dispensera de nous étendre longuement sur le diagnostic des tumeurs stercorales en général.

Est-ce une tumeur développée dans l'uretère ? Non, car il y aurait eu d'autres symptômes ; en outre, une tumeur développée dans l'uretère serait fixe comme cet organe lui-même.

Cette considération de la mobilité aussi marquée de la tumeur nous sera d'une grande utilité pour arriver au diagnostic : aussi faut-il chercher tout d'abord dans quel élément anatomique elle siége ; or, cette raison porte à admettre que l'organe intéressé est le cæcum.

Est-ce un phlegmon péricæcal, une pérityphlite ? La douleur peut faire croire à une lésion de cette nature ; mais l'inflammation aurait fixé les tissus, et leur eût fait perdre leur mobilité en même temps que leur souplesse. Aussi, malgré la douleur, nous devons rejeter l'idée d'une tumeur inflammatoire.

Est-ce une dégénérescence cancéreuse des parois du cæcum ? Cela est peu admissible, en raison de l'âge du malade ; il existerait des troubles généraux sérieux qui altéreraient les fonctions. Ici il n'en est rien, nous trouvons des raisons pour repousser cette idée : la jeunesse, la force, la santé de notre malade.

Est-ce une tumeur stercorale ? Nous trouvons aussi des raisons qui pourraient conduire à éloigner cette opinion : le malade va bien à la selle, tous les jours ou tous les deux jours, quelquefois cependant *un peu de* constipation, mais qui n'est pas poussée au point de pouvoir inquiéter le malade ; en outre, ici la tumeur est douloureuse, et les tumeurs stercorales sont généralement indolentes.

Malgré ces raisons d'exclusion, M. Nélaton admet l'existence de cette dernière affection. La persistance des selles peut s'expliquer, parce que la tumeur occupe le cæcum, et que le passage est encore ouvert au-dessus, les matières accumulées ne remontant pas jusqu'au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Quant à la douleur, on peut l'observer, quoique cela ne soit pas habituel ; lorsque les matières ont séjourné longtemps, il peut en résulter un travail inflammatoire plus ou moins intense, qui donne lieu à la douleur, et quelques phlegmons de cette région ont sans doute cette origine.

Ainsi nous admettons chez ce malade l'existence d'une tumeur stercorale (1).

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, 1842, p. 197.
(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, livraison de juin 1862.

(1) Nous donnons plus loin la fin de cette observation, à propos du traitement des tumeurs stercorales.

---

servant de billot, y pose un ou deux doigts, et un vieillard les lui tranche d'un coup de hache.... Puis, les malheureux suppliciés se rendent sur la place publique, se rangent en cercle autour du *grand canot*, attachés par les poignets à des cordes de cuir que les hommes les plus vigoureux tiennent entre leurs mains. A un signal donné, ils se mettent en mouvement et tournent avec la plus grande rapidité possible, jusqu'à ce qu'ils soient entièrement débarrassés des têtes de buffle attachées à leurs membres.... » C'est ce qu'on nomme la *dernière course*, par laquelle se termine ce jour de fête.

« On ne sait, ajoute M. Domenech, ce qu'il y a de plus extraordinaire dans cette cérémonie, du courage et de l'énergie avec lesquels les Peaux-Rouges souffrent ces tortures atroces, ou bien de ce qu'ils n'expirent pas au milieu de pareils supplices. » Nous soumettons ce difficile problème aux méditations de ceux de nos chirurgiens, qui, n'admettant point le privilége de l'immunité ou de la tolérance traumatique, proclament l'égalité des hommes et des races devant le bistouri.

Voici maintenant quelques détails d'hygiène, qui seraient de nature à faire rougir de confusion les deux tiers du monde civilisé. Les Indiens, mieux avisés en cela que la grande majorité des Européens, prennent un bain presque tous les matins ; après le bain, ils se frottent tout le corps de graisse d'ours. Les héros d'Homère, les athlètes de l'antiquité, les plus illustres baigneurs d'Athènes et de Rome ne faisaient pas autrement.

Les bains de vapeur sont en vogue dans certaines tribus. Pour les prendre, « on plante près d'un lac ou d'un fleuve une tente en peau de buffle, fermant hermétiquement. Au milieu de la tente sont construits deux petits murs parallèles d'un mètre à un mètre et demi de hauteur, sur lesquels est posé un grand panier d'osier. Le baigneur se place dans le panier ; on met au-dessous du panier des pierres rougies au feu, sur lesquelles on jette de l'eau, et le baigneur est bientôt enveloppé d'une épaisse vapeur. Cette opération faite, et tout couvert de sueur, il va se jeter dans la rivière ou dans le lac voisin, et revient se frotter de l'inévitable graisse d'ours. » Après cela,

Digitized by Google

Ici le diagnostic présentait quelques difficultés, comme dans les faits mentionnés précédemment; il en sera de même dans certains cas, et on ne pourra arriver à reconnaître la nature du mal que par l'analyse exacte de tous les symptômes; aussi considérons-nous comme trop formelle et trop exclusive l'opinion suivante, émise à l'occasion du diagnostic des phlegmons des fosses iliaques, par M. le professeur Grisolle : « On a quelquefois pris pour des phlegmons des tumeurs formées par un amas des matières fécales; mais cette erreur grossière ne peut être commise si l'on se rappelle que les tumeurs stercorales sont inégales, peu ou point douloureuses, qu'on peut souvent les faire cheminer par la pression, et qu'elles disparaissent après un purgatif. »

Les tumeurs stercorales du cæcum ne sont pas toujours inégales; elles sont souvent douloureuses; on ne peut pas toujours les faire cheminer par la pression, lors même que pour exécuter facilement les manœuvres nécessaires on soumet les malades aux inhalations anesthésiques. Quant au dernier signe, c'est une conséquence du traitement et non un moyen d'être conduit au véritable mode de traitement, et, en outre, un seul purgatif est presque toujours insuffisant pour les tumeurs stercorales de la fosse iliaque droite.

Nous avons rencontré, dans l'observation précédente, quelques détails qui confirment les opinions que nous émettons ici. Notre dernière observation, qui présente un cas de tumeur stercorale donnant lieu au développement d'un phlegmon grave, prouve que les signes de l'inflammation phlegmoneuse peuvent se confondre avec ceux des tumeurs stercorales, et même prédominer à un moment donné.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant le siége de la maladie; on pourrait presque dire qu'il est d'autant plus grave que la tumeur occupe un point plus élevé du gros intestin. Voici les raisons qui justifient cette opinion : l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque est généralement peu grave, parce qu'il est très facile de déterminer leur expulsion par l'emploi des purgatifs, à plus forte raison, lorsque cet amas occupe le rectum, puisqu'on peut au besoin enlever les matières au moyen de curettes ou aider à leur sortie au moyen de lavements ou de douches.

Quant aux tumeurs qui occupent le cæcum, elles sont les plus graves de toutes, parce qu'elles se trouvent en dehors du courant des matières, qu'elles peuvent se durcir, contracter des connexions plus prononcées avec les parois intestinales, ce qui rend leur expulsion difficile, au moment où elles commencent à agir comme corps étranger; c'est alors qu'elles donnent lieu au développement d'un travail inflammatoire dont les conséquences peuvent être fort graves.

Les tumeurs qui occupent le côlon transverse et les parties qui l'avoisinent présentent moins de gravité parce qu'elles peuvent être entraînées par les matières fécales qui cheminent dans l'intestin : elles y séjournent moins longtemps parce que, si elles arrivent à obturer le calibre du canal, elles déterminent des accidents qui attirent l'attention, et conduisent le médecin à prescrire un traitement efficace, lors même que la véritable nature de la maladie ne serait pas parfaitement reconnue. Toutefois, il est des cas dans lesquels on a beaucoup de peine à amener l'expulsion des matières accumulées dans cette portion de l'intestin.

Traitement. — L'indication thérapeutique découle tout naturellement du diagnostic : il faut débarrasser l'intestin des matières qui y sont accumulées, on aura recours pour cela à des purgatifs assez énergiques, à des lavements, à des douches. On pourra essayer aussi d'obtenir le déplacement de la tumeur par certaines manœuvres, qui faciliteront sa progression dans l'intestin, mais c'est surtout sur les purgatifs que l'on doit le plus compter. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'on est obligé de répéter souvent l'emploi de ces médicaments, car ils ont très exceptionnellement pour résultat d'amener la sortie de la tumeur stercorale en masse, ou l'évacuation de la totalité des matières accumulées. Ainsi, il faut quelquefois de six à dix purgatifs; dans un cas même, il en a fallu jusqu'à seize. Ce n'est que peu à peu que la tumeur diminue, *se fond* en quelque sorte.

Nous allons rapporter ici la fin de l'observation précédente; on y trouvera l'indication de divers moyens de traitement que l'on pourra employer dans certains cas :

Obs. XIV (suite). — Le diagnostic étant établi, on s'empressa de commencer le traitement. Le 11 décembre, on prescrivit un purgatif qui amena une évacuation abondante, mais la tumeur ne parut pas avoir diminué.

Le 13 décembre, le malade fut endormi à l'aide du chloroforme; puis M. Nélaton fit des tentatives d'expulsion par des pressions régulières, méthodiques, exercées directement sur la tumeur, mais ce fut sans succès, quoiqu'il fût possible de toucher facilement la tumeur, de l'aplatir en pressant. La tumeur paraissait ce jour-là un peu plus élevée qu'elle ne l'était l'avant-veille. Malgré le peu de succès de ces manœuvres, M. Nélaton persiste dans son diagnostic, qui se trouve renforcé par un nouveau signe, la possibilité d'aplatir la tumeur, de changer sa forme d'une manière persistante.

Pendant les derniers jours de décembre, on prescrivit encore des purgatifs tous les deux ou trois jours, ce qui amenait des selles assez fréquentes et l'évacuation de matières abondantes.

A partir du 15 décembre, on remarqua une amélioration graduelle; la tumeur diminuait; l'amélioration continua aussi, mais lentement; on prescrivit ainsi six ou sept purgatifs. Celui dont on se servit le plus souvent est la gomme-gutte à la dose de 0gr,60.

A partir du 8 janvier, on cessa l'usage des purgatifs pour laisser reposer le malade quelque temps; il était alors dans un état très satisfaisant, mais non entièrement guéri; il se décida à quitter l'hôpital, et sortit le 15 janvier.

---

il est bien permis de se demander si le bain russe a été inventé par les Russes ou par les Iroquois.

En dépit de la mauvaise réputation que notre imagination se plaît à leur faire, les Peaux-Rouges sont tempérants, et pourraient donner des leçons de sobriété à ceux qui les accusent de gloutonnerie. A l'inverse des gens policés, ils ne mangent que lorsqu'ils ont faim; naguère encore ils ne buvaient aussi que lorsqu'ils avaient soif; mais depuis que les Américains leur débitent l'infâme wiskey, ils ont pris la funeste habitude de boire plus que de raison. Leur science culinaire est très restreinte, et leurs mets, ordinairement rôtis ou bouillis, ont peu de saveur. Ces peuples se nourrissent de gibier, de poisson, de légumes, de racines, de fruits sauvages qui abondent dans quelques contrées privilégiées; ils préparent quelquefois leur pain avec du riz, mais le plus souvent avec du maïs. En fait de pâtisserie fine, les Peaux-Rouges ne connaissent guère que deux espèces de gâteaux : l'un fait avec du riz et des crottes de lapin; l'autre, avec de grosses sauterelles et des graines sauvages pilées et pétries ensemble. Ces gâteaux sont très appréciés chez les Iroquois et les Takkalis; ils le seraient peut-être médiocrement à Paris ou à Londres.

Terminons par des renseignements aussi inattendus que pleins d'intérêt sur l'hygiène et le régime des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.

« Les Peaux-Rouges viennent au monde sans trop de peine et sans trop de soins.... Les douleurs de l'enfantement sont rarement longues; rarement elles interrompent les occupations de la femme en travail.... Quand, par hasard, la parturition est plus longue et plus pénible, les aïeules et les parents de la patiente leur tiennent lieu de sages-femmes ». Les hommes-médecines n'interviennent jamais manuellement; mais si l'accouchement est trop laborieux, ils administrent une décoction de queue de serpent à sonnettes. « Or, disent gravement ces bons docteurs, l'enfant entendant le bruit menaçant du reptile, qui semble pénétrer avec ce breuvage dans le sein de la mère, se hâte de lui échapper en s'élançant à la

Digitized by Google

Ainsi que nous l'avons dit, il faut quelquefois un nombre assez considérable de purgatifs; l'élimination des matières n'a lieu que peu à peu; il sera utile de varier les médicaments employés pour produire cette action; quelquefois même on sera obligé de recourir à des purgatifs énergiques. Dans un cas, j'ai employé, avant d'obtenir une seule selle, d'abord une bouteille d'eau de Sedlitz à 50 grammes, un lavement purgatif au séné et au sulfate de soude, des pilules de calomel et de jalap; je prescrivis ensuite quatre pilules contenant de l'aloès, de la gomme-gutte, et chacune une goutte d'huile de croton, deux pilules par jour; les deux premières restèrent sans effet; enfin les deux autres amenèrent des évacuations assez abondantes, mais non la sortie de la totalité des matières accumulées.

Lorsque l'accumulation des matières fécales reconnaîtra pour cause un rétrécissement de l'intestin, et particulièrement du rectum (et c'est là leur siége le plus commun), on aura recours à la dilatation du point rétréci, s'il est accessible. Nous n'avons pas à nous occuper ici de ce sujet; on pourra consulter à cet égard les traités de chirurgie aux articles relatifs au cancer du rectum.

Pour terminer cette note, qui a pris une étendue plus considérable que je ne me le proposais, je rapporterai l'observation suivante, que j'ai pu recueillir récemment, et qui présente un exemple remarquable de tumeur stercorale, suivie de complications extrêmement graves.

Obs. XV. — Le 2 janvier 1862, je fus appelé pour voir Émile G..., domestique chez M. H. M..., à Laigle (Orne). Ce jeune homme, âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, est malade depuis huit jours.

Les symptômes observés chez le malade, les troubles physiologiques, l'examen des parties affectées me firent penser qu'il s'agissait d'une *tumeur stercorale du cæcum*. Les renseignements qu'il me donna sur sa santé antérieure me confirmèrent dans cette opinion. Je commencerai donc par ces détails commémoratifs.

Émile G... avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1854, époque à laquelle il fut atteint, paraît-il, d'une fièvre typhoïde en Orient, étant à l'armée; depuis lors il revint à son état de santé primitif; mais, il y a huit mois environ, il remarqua un état de constipation dont il se préoccupa très peu, parce qu'il continuait à se bien porter. Deux mois après, c'est-à-dire il y a six mois, il fut pris tout d'un coup de coliques assez vives, avec lassitude, frissons, etc. En palpant son ventre, il reconnut dans la région iliaque droite la présence d'une tumeur. Le malaise général se dissipa par le séjour au lit, et le lendemain il put se lever, et aller consulter un médecin qui lui fit prendre de l'huile de ricin et des lavements. Il y eut des selles assez abondantes; la tumeur diminua, mais ce ne fut qu'au bout de quinze jours qu'elle disparut entièrement, en diminuant graduellement.

Le médecin qu'il avait consulté, et qui avait reconnu la nature de la maladie, lui conseilla d'éviter la constipation, et d'y remédier, s'il y avait lieu, par divers moyens; mais il ne tint pas compte de ce sage avertissement, et fut repris des mêmes accidents le 24 décembre dernier : il éprouva dans la soirée quelques coliques qui se dissipèrent, et le lendemain il se trouvait mieux, et se rendit à la campagne, où les coliques reparurent plus intenses que la veille, avec un malaise général; il rentra à la ville, et se trouvant un peu mieux, il consulta de nouveau le médecin qui l'avait traité antérieurement. Celui-ci lui conseilla d'employer successivement plusieurs purgatifs.

Il prit de l'huile de ricin et une préparation contenant de la scammonée; en même temps il eut recours à des lavements très abondants (un litre et demi d'eau environ); ces divers moyens n'amenèrent que des évacuations insignifiantes; en même temps la tumeur de la fosse iliaque droite, qui avait reparu, devint plus douloureuse. C'est alors que je fus appelé à la place de son médecin habituel.

J'examinai la région malade, et j'y reconnus la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule qui se trouvait en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur le même niveau, plutôt un peu au-dessous; cette tumeur était dure, mobile, douloureuse, ce qui ne me permit pas d'exécuter une pression suffisante pour déterminer la formation d'une empreinte persistante.

Je pensais qu'il y avait là une tumeur stercorale; je prescrivis un emplâtre belladoné sur la tumeur pour diminuer les douleurs, et de l'eau de Sedlitz pour débarrasser l'intestin; malgré cela les symptômes continuèrent, les douleurs augmentèrent dans la tumeur, et il se développa un phlegmon intense; je suspendis l'usage des purgatifs, et je me préparai à donner issue au pus formé dans la tumeur aussitôt que j'aurais reconnu la fluctuation.

Bientôt la tuméfaction, l'empâtement de la paroi abdominale elle-même vinrent masquer la tumeur, et il était impossible alors d'y sentir la fluctuation, et cependant il était certain, d'après l'état des choses, qu'une collection purulente s'était formée; mais il n'était plus possible de déterminer en quel point la ponction devait être faite.

Nous étions au 9 janvier; je pris alors l'avis d'un de mes confrères, M. Mazier, chirurgien habile et expérimenté; c'était lui qui avait soigné précédemment le malade; il pensa également qu'il y avait du pus formé, et malgré les explorations les plus attentives nous ne pûmes déterminer exactement en quel point, ce qui nous obligea à temporiser.

Le lendemain, 10 janvier, l'état des choses était totalement changé; le foyer purulent s'était frayé un passage jusque sous la peau, et par la moindre pression on sentait immédiatement sous le doigt une crépitation et un gargouillement indiquant qu'un liquide contenant des gaz était épanché dans le tissu cellulaire, et déjà sur un point situé en dedans du siége primitif de la tumeur, c'est-à-dire plus près de la ligne médiane, on apercevait deux petits points noirs déterminés par la gangrène. L'état général était en rapport avec l'état local.

Il n'y avait pas à hésiter; je fis appeler de nouveau M. Mazier, qui constata la gravité de la situation, et en sa présence j'incisai largement le foyer sous-cutané. Il sortit immédiatement une grande quantité d'un liquide peu épais de couleur brune, répandant une odeur fécale extrêmement prononcée. A une des extrémités de l'incision se trouvait l'orifice d'un canal sinueux qui s'enfonçait profondément à travers la paroi, et arrivait jusqu'à l'intestin, qui lui-même était perforé, et dans lequel je fis pénétrer un long stylet d'argent.

Le pronostic nous parut alors des plus graves en présence de ces complications : perforation de l'intestin et phlegmon stercoral de la région iliaque.

Les jours suivants, les bords de l'incision se gangrenèrent, et il se forma une plaie tendant à augmenter en étendue; les liquides putrides fournis par cette ouverture s'infiltrèrent dans le tissu cellulaire sous-cutané,

---

lumière. » Voilà un succédané du seigle ergoté que nous n'avons pas besoin de recommander aux accoucheurs et qui n'a guère chance d'être accueilli chez nous avec enthousiasme.

« Après la délivrance, l'accouchée va toujours se baigner et nager quelque temps dans le lac le plus voisin ou la rivière la plus rapprochée. » Qu'il y a loin de la hardiesse de cette pratique à la prudence extrême de nos habitudes! et pourtant, on ne dit pas que la fièvre puerpérale fasse de nombreuses victimes parmi les femmes indiennes.

« Aussitôt après sa naissance, le nouveau-né est souvent enveloppé d'une couche de duvet de plumes de cygne ou d'oie, puis attaché dans une couverture pendant une heure environ; ensuite il est lavé et placé avec soin dans un berceau d'osier ou de bouleau, orné de broderies, de peintures et de plumes. L'enfant étroitement emmailloté et maintenu là par des planchettes et des courroies, au niveau de la tête, du tronc et des pieds, ressemble, dit M. Domenech, à une momie dans un sarcophage de prince.

» Dans la plupart des tribus, le temps de l'allaitement n'est guère plus prolongé que chez les nations civilisées.

» Beaucoup de petits Indiens succombent en bas âge. Leurs parents, pour les endurcir à la souffrance et fortifier leur tempérament, ne leur donnent pas tous les soins nécessaires. Les intempéries des saisons répandent également parmi ces êtres chétifs un grand nombre de maladies mortelles. »

La coutume d'aplatir le crâne des nouveau-nés subsiste encore de nos jours dans quelques tribus, notamment chez les Chinouks. Voici le procédé de compression céphalique, tel qu'il est décrit dans le livre de M. Domenech : « On place l'enfant sur une planche oblongue creusée en forme de gouttière; à l'extrémité de cette planche, et formant avec elle un angle plus ou moins ouvert, est attaché un coussin plat très dur et rembourré avec de la mousse; ce coussin s'abaisse sur la tête de l'enfant et se lie fortement au moyen de deux courroies sur les côtés du berceau; de sorte que, soit par la pression, soit par l'impossibilité dans laquelle se trouve le

Digitized by Google

et je dus, à diverses reprises, pratiquer cinq incisions pour leur donner une issue ; les liquides pénétrèrent dans une vaste étendue comprise entre la ligne médiane en avant et la gouttière vertébrale en arrière, le rebord des côtes en haut et la crête iliaque en bas, et encore dépassèrent-ils ces limites en avant au delà de la ligne médiane, en haut en empiétant sur les fausses côtes. Une large incision faite au niveau de la gouttière vertébrale donna issue à des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés, très considérables et comme macérés dans les liquides infiltrés ; la peau fut décollée dans une grande étendue.

Comme traitement, je fis des applications de poudre de quinquina rouge sur la plaie gangréneuse qui avait succédé à l'incision. La gangrène s'arrêta, et les eschares se détachèrent en laissant une plaie qui commençait à la ligne médiane en dedans, et se prolongeait en dehors jusque sur la crête iliaque, qui était mise à nu dans une étendue de 5 centimètres ; la hauteur de cette plaie transversale était de 6 centimètres.

Je fis des injections avec une solution iodo-iodurée dans la plaie avec décollement qui existait à la gouttière vertébrale. Je prescrivis le vin de quinquina à l'intérieur, et un régime analeptique favorisé par l'appétit du malade.

Une circonstance extrêmement favorable fut l'occlusion de l'intestin, qui parut se produire vers le sixième jour après l'incision du foyer primitif ; elle fut manifeste vers le dixième jour, car à partir de ce moment la plaie ne fournit plus de matières fécales ; dans les derniers jours, celles-ci, quoique liquides toujours, étaient beaucoup plus épaisses, un peu pâteuses.

A partir de ce moment, l'état local et l'état général s'améliorèrent très rapidement, et vers le 22 janvier déjà, douze jours après l'incision, le malade pouvait être considéré comme hors de danger.

L'amélioration fut dès lors très rapide et manifeste de jour en jour ; la plaie prit un très bon aspect, et se couvrit de bourgeons charnus bien développés. La cicatrisation commença, et la plaie se rétrécit très notablement ; une circonstance digne d'être notée est la suivante : la crête iliaque avait été mise à nu, ainsi que je l'ai dit, dans une étendue de 5 centimètres ; je craignais que la présence d'un tissu cicatriciel sur cette partie saillante ne fût ensuite gênante pour le malade ; mais bientôt, par suite du rapprochement des deux bords de la plaie, la cicatrice en voie de formation subit un déplacement, au point que le 10 février (alors que la membrane des bourgeons charnus existait encore dans une hauteur d'un centimètre et demi) elle était déjà à 2 centimètres au-dessous de la crête iliaque, c'est-à-dire sur la fosse iliaque externe.

A ce moment toutes les incisions secondaires sont bien fermées depuis longtemps ; celle de la gouttière vertébrale fournit encore un peu de pus séreux ; le décollement n'existe plus que dans une petite étendue.

Depuis quinze jours le malade a commencé à se lever, et maintenant, 10 février, il peut rester debout toute la journée, marcher, monter et descendre les escaliers, se promener, etc.

L'appétit est toujours très vif, et Émile G... se trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'avant ces derniers accidents, car depuis la première atteinte de la même maladie l'appétit était presque nul. J'ai toujours eu soin d'entretenir le ventre bien libre au moyen de laxatifs, tels que la magnésie, des pilules contenant de l'aloès en très petite quantité ; mais depuis huit jours environ les selles viennent naturellement chaque jour, sans qu'il soit nécessaire d'y aider par aucun moyen.

J'ai revu ce jeune homme au commencement d'octobre, c'est-à-dire huit mois après sa maladie ; il continue à se livrer à son travail ; il est très bien portant, et les selles se font naturellement et régulièrement.

J'ai rapporté cette observation avec détails, parce que je n'en ai pas trouvé d'analogue dans la science ; malgré que j'en aie réuni un grand nombre, je n'ai pas la prétention de les avoir recueillies toutes, mais je crois que dans les détails qui précèdent on trouvera les renseignements nécessaires pour arriver à reconnaître la véritable nature du mal et les moyens d'y remédier. J'ai cité les exemples qui m'ont paru les plus intéressants, et d'où l'on peut tirer des enseignements utiles pour le diagnostic et le traitement.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PATHOLOGIE. — *Influence de l'air des Pyrénées sur les affections chroniques de la poitrine*, mémoire de M. *de Pietra-Santa*. — Ce mémoire est terminé par les conclusions suivantes :

L'air que l'on respire dans les montagnes des Pyrénées, à une hauteur de 800 mètres au-dessus du niveau des mers, possède des conditions toutes spéciales : 1° il est plus léger ; 2° il contient moins d'oxygène ; 3° il est imprégné d'une quantité plus considérable de vapeur d'eau ; 4° il renferme une proportion très élevée d'ozone, c'est-à-dire d'oxygène à un état particulier d'électrisation.

Cette atmosphère ainsi constituée exerce une influence très heureuse sur les affections chroniques des voies respiratoires. Elle forme, dans ces cas particuliers, un auxiliaire très puissant de l'action bienfaisante des eaux thermales sulfureuses répandues dans la contrée. (*Comm.:* MM. Pelouze, Andral.)

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur les causes des taches de la cornée*, par M. *R. Castorani*. — L'auteur admet : « 1° que les causes des taches de la cornée connues sous les noms de *néphélion*, *albugo* et *leucome*, sont extérieures à la cornée, et qu'elles consistent dans les sécrétions anormales de la conjonctive enflammée, sécrétions qui, sous forme de petits filaments, de molécules de pus ou de mucus, se déposent, adhèrent et s'organisent en s'y insinuant sur la partie ulcérée de la cornée ou sur la partie de la cornée qui est à découvert par une large plaie ; 2° que les taches de la cornée se forment le plus souvent au centre de la susdite membrane par le mouvement des paupières, agissant de la périphérie au centre, de sorte que les filaments de mucus, etc., se trouvent entraînés de ce côté ; enfin à cause de la lenteur avec laquelle la cornée se renouvelle à son centre. »

M. Castorani rend compte des expériences qu'il a instituées

---

crâne de pouvoir prendre son développement naturel, on obtient la difformité désirée, qui est pour ces Indiens un genre de beauté qu'ils apprécient beaucoup et qu'ils dédaignent de procurer aux enfants de leurs esclaves. » Ce système de compression s'exerce pendant un mois d'une manière constante.

Dès que les enfants sont assez forts, on leur apprend à nager et à chasser ; c'est là le principal objet de l'éducation chez les sauvages du nouveau monde.

Nous avons essayé de présenter, aussi fidèlement que possible, le côté médical du livre de M. l'abbé Domenech. Indépendamment des faits que nous venons de relever et qui sont plus particulièrement du domaine de la médecine proprement dite, il y a dans ce bel ouvrage des renseignements précieux et de curieuses révélations sur l'histoire naturelle des déserts de l'Amérique, sur les mœurs et le caractère de leurs habitants. Le savant et courageux missionnaire a bien mérité de la science et de l'humanité en explorant d'une manière si complète des contrées encore mal connues et en recueillant de si riches matériaux, qui éclairent d'un jour nouveau l'ethnologie et l'anthropologie de ces régions éloignées.

A. LINAS.

— Un concours sera ouvert à Paris le 20 février 1863, pour un emploi de chef de service attaché aux chaires de clinique et de pathologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

— Deux places d'*interne aliéniste* sont actuellement vacantes à l'asile des aliénés de Saint-Jacques de Nantes. La commission administrative des hospices de cette ville fera connaître aux élèves qui les demanderont par lettre affranchie, les conditions exigées pour l'obtention de ce titre et les avantages qui y sont attachés.

Digitized by Google

pour vérifier l'exactitude de ses opinions. (*Comm.:* MM. Cl. Bernard, Cloquet, Jobert.)

— M. *Martin* adresse de Tonneins une note accompagnant l'envoi d'un enfant né à terme, quoique fort petit, et qui offre différentes monstruosités.

Cette pièce tératologique, qui est destinée à prendre place au Muséum d'histoire naturelle, est renvoyée, ainsi que la note de M. Martin, à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Milne Edwards et Moquin-Tandon.

— M. *Flourens* présente au nom de M. *Baillet*, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, un opuscule intitulé : Nouvelles expériences sur le *Cysticercus tenuicollis* des ruminants et sur le tenia qui résulte de sa transformation dans l'intestin du chien.

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance :

1° Un opuscule de M. *Petit*, directeur de l'établissement hydrothérapique de Château-Thierry, opuscule intitulé : De la prolongation de la vie humaine par le café ;

2° Un mémoire de M. *Ch. de Lavallée-Poussin*, ayant pour titre : Le viviparisme et la question des générations spontanées.

Académie de médecine.

Séance du 28 octobre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Ligny-devant-Dun (Meuse) en 1861 et 1862, par M. le docteur *Spiral*. — *b*. Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Périgné (Deux-Sèvres) en 1862, par M. le docteur *Dusouil*. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un deuxième mémoire sur les décollements traumatiques de la peau, par M. le docteur *Morel-Lavallée*. (*Comm* : MM. Larrey, Gosselin.) — *b*. Une nouvelle note sur les *Aphorismes* d'Hippocrate, par M. le docteur *Pons*. — *c*. La description d'un appareil pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur, par M. *Martenot*, dentiste à Colmar. (*Comm.:* MM. Velpeau, Oudet, Malgaigne.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le professeur *Landouzy* (de Reims), en réponse aux observations que M. Gibert a présentées à l'occasion de sa dernière communication sur la pellagre.

M. Landouzy fait observer qu'il n'a nullement entendu décrire une affection nouvelle en parlant du typhus pellagreux ; il maintient, d'ailleurs, que la manie pellagreuse foudroyante n'est décrite spécialement dans aucun auteur, quoiqu'elle soit assez fréquente.

Lectures.

M. *Piorry* donne lecture de la lettre qu'il avait adressée à l'Académie dans la dernière séance. Il y signale le défaut des variations de volume sous l'influence des actes respiratoires et la vacuité de la vésicule du foie comme signes de cirrhose. Il ajoute que des frictions sur le fond de la vésicule et le refoulement de ce réservoir par les efforts des vomissements sont, dans l'ictère, des moyens utiles pour vider la poche biliaire, en ce qu'ils peuvent forcer la résistance des conduits cystique et cholédoque, et faire évacuer les calculs engagés.

Hygiène. — M. le docteur *Houssard*, membre correspondant, lit un travail intitulé : Observations sur l'usage et l'abus du cidre et des liqueurs alcooliques, la colique végétale et le tremblement des buveurs.

L'auteur rapporte quelques cas d'accidents alcooliques chroniques traités avec succès par l'infusion de quinquina.

« L'infusion de quinquina, ajoute-t-il, avec la cessation des excès bien entendu, guérit infailliblement en quelques jours le tremblement des buveurs et même des ivrognes, leur rend la force qu'ils avaient perdue et ranime l'appétit. Ces effets sont tellement sûrs et tellement prompts que le quinquina, sous cette forme et dans cette affection, peut être considéré comme un véritable spécifique. »

M. *Boinet* met sous les yeux de l'Académie la tumeur de l'ovaire qu'il a récemment extirpée, ainsi que les instruments dont il s'est servi dans cette opération, qui a été couronnée d'un succès complet. Le kyste enlevé contenait 6 litres de liquide et, en outre, une production fibreuse du volume d'un œuf d'oie. (Voy. notre dernier numéro, p. 678.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport de M. Michel Lévy sur le concours pour le prix Barbier.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 22 octobre 1862. — Présidence de M. Béhier.

Pathologie de la ville de Lille. — Pellagre sporadique.

M. *Bucquoy* fait un rapport verbal sur les numéros d'août et de septembre du Bulletin médical de la Société centrale de Lille. Il signale à l'attention de la Société un mémoire de M. Van Peteghem sur le ténia, qui offre un intérêt tout particulier, car il retrace l'histoire d'une sorte d'endémie développée depuis quelques mois seulement à Wazemmes, près de Lille. Les faits de ténias ont été assez nombreux dans cette localité pour que l'administration supérieure ait demandé à la Société de médecine de nommer une commission pour étudier la question. L'auteur rapporte neuf observations, et ce n'est là qu'une partie des cas qu'il a rencontrés. On n'est arrivé encore à aucune donnée étiologique certaine, mais on peut sans doute invoquer l'habitude qu'ont les équarrisseurs de Lille de nourrir de nombreux troupeaux de porcs avec les viandes des animaux qu'ils abattent, notamment des chevaux *chez lesquels* on rencontre des vers longs et plats. Ce serait le point de départ de la ladrerie chez les porcs. Malheureusement, on ne paraît pas avoir cherché à constater l'existence des cysticerques chez le porc, ou en particulier dans les viandes qui servent à l'alimentation de Wazemmes. On a noté les succès constants du kousso, les autres remèdes (semences de citrouille, ail, extrait éthéré de fougère mâle) restant à peu près inutiles ; de bons résultats ont été aussi obtenus par l'emploi de l'écorce de grenadier sauvage.

M. Bucquoy analyse ensuite quelques observations contenues dans les procès-verbaux des séances :

1° Un fait d'hypertrophie de *toutes les tuniques de l'estomac* dans toute l'étendue de cet organe présenté par M. Castelain (le fait est rapporté en détail dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 39, p. 623).

2° Une observation de M. Wannebroucq, intitulée : *Ulcère simple de l'estomac*. C'était un homme de cinquante ans, malade depuis cinq ans, ayant eu à plusieurs reprises des hématémèses ou des mélænas qui furent beaucoup plus répétés dans les derniers mois de la vie. Il mourut dans l'état de cachexie le plus avancé, mais sans teinte jaune paille. A l'autopsie, on trouva un ulcère énorme de la petite courbure (18 centimètres sur 12) ; il était fermé par le foie et le pancréas, qui avaient contracté des adhérences avec l'estomac dans les parties malades. Les bords de l'ulcère étaient durs et taillés à pic. Au microscope, pas de cellules cancéreuses à gros noyaux multiples. Le rapporteur ne croit pas cet examen suffisant pour conclure à un ulcère simple. Il croit devoir rapprocher ce fait des cancers épithéliaux qui se détruisent à mesure qu'ils se forment, laissent de vastes ulcérations qui, comme il l'a lui-même observé une fois à l'œsophage, peuvent déterminer la perforation de l'aorte et de la trachée, et une autre fois à l'utérus, la gangrène des extrémités par altération des vaisseaux iliaques.

Digitized by Google

3° La présentation par M. Castelain d'un intestin labouré d'ulcérations, surtout dans l'étendue de l'intestin grêle. L'auteur intitule son observation dysentérie, et s'étonne que les ulcérations offrent ce siége insolite; mais il s'agit bien plutôt d'une entéro-colite ulcéreuse que d'une dysentérie.

En terminant, M. Bucquoy fait remarquer à la Société le nombre relativement considérable des affections du tube digestif et surtout de l'estomac consignées dans les *Bulletins* de la Société de médecine de Lille. Il a observé la même fréquence de ces maladies dans une autre ville manufacturière du nord de la France, à Amiens. La même chose existe à Rouen, et l'on se rappelle que, dans le mémoire de M. Leudet sur l'ictère aigu (*Gazette médicale*, 1859?), les malades avaient succombé tous avec des ulcérations de l'estomac. La cause en est dans les excès alcooliques habituels, et l'on ne sera pas tenté de nier cette influence quand on saura qu'à Amiens, avec une population de 50,000 âmes, il se consomme par jour le chiffre énorme de 80,000 petits verres d'eau-de-vie. Eh bien, Amiens ne vient qu'en seconde ligne sous le rapport de cette consommation, c'est Lille qui a la palme!

— M. *Vidal* lit une observation intéressante de pellagre sporadique avec une autopsie très complète ayant montré, entre autres résultats, une lésion spéciale du foie qui semble avoir été jusqu'à présent à peine signalée par les différents auteurs qui ont décrit cette affection.

Le sujet de cette observation était un homme de cinquante-neuf ans, habitant depuis vingt-cinq ans les environs de Paris, et livré en qualité de journalier aux travaux pénibles de la campagne et astreint à une alimentation peu réparatrice, bien qu'il ne paraisse pas avoir souffert positivement de la misère. Le maïs n'est jamais entré dans son régime. Aucune cause héréditaire bien positive ne paraît pouvoir être invoquée. Le premier dérangement de sa santé date de onze mois, et les premiers phénomènes morbides ont été un affaiblissement progressif et une diarrhée assez persistante suivie, quelque temps après, d'une maladie du cuir chevelu dont il serait difficile de préciser la nature. Après une amélioration passagère, le malade a été repris il y a trois mois d'une diarrhée lientérique rebelle à tous les traitements et qui s'est accompagnée d'un affaiblissement considérable des forces physiques, de l'intelligence, de la mémoire, de la sensibilité générale et de celle des sens de la vue et de l'ouïe; enfin d'une éruption érythémateuse caractéristique siégeant non-seulement sur les mains, mais encore sur le tronc et sur les jambes. C'est bien le tableau complet des symptômes de la pellagre. Une médication reconstituante bien dirigée n'arrêta pas la lientérie, non plus que les progrès de la cachexie pellagreuse, et le sujet succomba quatre mois après la récidive, un an environ après les premiers symptômes que l'on doit sans doute rapporter au début de la pellagre.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin par M. Vidal, qui s'était assuré le concours de son collègue le docteur Luys pour les recherches microscopiques. Elle a révélé un assez grand nombre de lésions dont plusieurs n'ont rien par elles-mêmes de caractéristique, telles que l'injection des méninges et de la substance cérébrale et médullaire, un peu de ramollissement du cervelet et du plancher du quatrième ventricule, la vascularisation du derme, du tissu cellulaire sous-cutané, de la muqueuse du tube digestif en général et du parenchyme pulmonaire, mais dont l'ensemble rappelle cependant ce qu'on observe chez les sujets en proie à une altération profonde du sang, par la multiplicité des ecchymoses, des noyaux apoplectiques, des dépôts d'hématoïdine, et enfin par l'aspect du sang lui-même, assez semblable à celui des cholériques, altération confirmée d'ailleurs par l'examen microscopique. Ce qu'on a noté plus spécialement, ce sont des ulcérations nombreuses de l'intestin, dont les tuniques semblent amincies, mais c'est surtout l'état du foie.

Ce viscère paraît d'une consistance plus faible qu'à l'état normal et d'une coloration jaune d'ocre foncé sur laquelle tranche de loin en loin la teinte violacée de quelques foyers hémorrhagiques.

La coupe de l'organe présente la même apparence, et l'on remarque que le tissu graisse le couteau. Le microscope montre une altération considérable des cellules hépatiques, qui sont complétement déformées et remplies, outre les globules de graisse, d'une quantité considérable de granulations pigmentaires d'un jaune brunâtre : elles rappellent ce qu'on observe chez les individus qui succombent pendant l'ictère. Les voies biliaires sont d'ailleurs libres.

La rate est petite, ratatinée, assez diffluente; les reins volumineux, mous, renfermant beaucoup de granulations graisseuses.

La même infiltration graisseuse s'observe aussi dans les parois du cœur, qui est flasque, dilaté, sans lésion spéciale des valvules, sauf quelques points athéromateux que l'on retrouve aussi dans les parois de l'aorte.

Plusieurs observateurs ont déjà noté une altération du foie : ainsi Gaetano Strambio (*De pellagra*, 1784 et 1785, p. 8 et p. 24), F. Fanzago, de Padoue (*Sulla pellagra*, 1789, obs. V), More Rizzi (*Ann. univ. di medicina*, août 1844), Roussel (*De la pellagre*, 1845, obs. I et II), ont vu le foie volumineux, ramolli, d'une teinte fauve ou décolorée; P. Labus (*La pellagra investigata*, etc., Milan, 1847) cite deux cas de terminaison de la pellagre par cirrhose, mais aucun auteur n'a précisé jusqu'à présent la nature de la lésion et reconnu, comme dans le cas actuel, l'altération des cellules hépatiques par les granulations pigmentaires. On peut se demander si cette altération du foie n'est pas consécutive à la diarrhée chronique? M. Vidal pense qu'il y a là quelque chose de très différent de l'infiltration graisseuse ordinaire du foie, non-seulement dans l'aspect, mais dans la destruction presque complète des cellules qu'il vient de mentionner. Les lésions de l'encéphale (congestion, ecchymoses, ramollissement) sont déjà mentionnées par Strambio (*loc. cit.*), par Gemello Volla, de Lodi (voy. G. Frank, Milan, 1842, p. 479), par M. Brierre de Boismont (*De la pellagre*, Paris, 1844) et par M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*). Les ulcérations intestinales sont aussi notées par plusieurs de ces auteurs.

En résumé, M. Vidal voit une grande analogie entre les lésions trouvées chez le sujet de son observation et celles qu'on observe chez les animaux surmenés, chez les individus affaiblis par une alimentation insuffisante; elles dénotent une altération générale du sang et du système nerveux. Le maïs est hors de cause; mais on peut justement invoquer l'influence de la misère comme l'ont fait M. Gintrac (t. V, p. 672) et les médecins italiens qui désignent la maladie sous le nom de *mal della miseria*.

Dr E. ISAMBERT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. CHASSAIGNAC.

FAUSSE ANKYLOSE DE LA MACHOIRE.

M. *Bauchet* a présenté à la Société une jeune fille chez laquelle il se propose de pratiquer l'opération de M. Esmarch pour remédier à un resserrement complet des mâchoires.

La malade a environ douze ans; elle a eu il y a six mois une fièvre typhoïde et une gangrène de la joue. Au point où devrait exister la commissure labiale gauche, il existe un hiatus un peu plus large qu'une pièce de 2 francs, qui laisse à découvert surtout les deux canines supérieure et inférieure. Les bords de cette perforation sont indurés, le bord postérieur surtout, qui forme une bride allant d'un maxillaire à l'autre. Le petit doigt introduit sous cette bride sent qu'elle est très dure et comme ligneuse, mais d'une médiocre épaisseur. La peau est saine et glisse un peu sur le tissu de cicatrice qu'elle recouvre. Des dents et de petits séquestres ont été enlevés derniè-

Digitized by Google

rement au niveau des insertions de la corde cicatricielle. Celle-ci est tellement rétractée qu'il est impossible de faire glisser entre les dents le corps le plus mince.

M. Bauchet, convaincu que l'immobilité des mâchoires ne tient ici qu'à la cicatrice de la joue et nullement à une ankylose des articulations, a songé d'abord à ne faire que la section ou mieux l'excision du tissu inodulaire Il est aujourd'hui éloigné de cette idée par la crainte d'une récidive, qui est constamment arrivée après un temps plus ou moins long chez les malades dont les observations sont rapportées dans le mémoire d'Esmarch. Or, avec une récidive, il se trouverait sans doute plus tard, pour une opération radicale, dans des conditions plus graves que celles qu'il rencontre actuellement. Il a donc exprimé l'intention d'opérer suivant la méthode d'Esmarch. Il ferait une incision le long du bord du maxillaire inférieur, couperait cet os en avant de la bride, détacherait cette bride et couperait le maxillaire en arrière de la bride et à 1 centimètre au moins de distance de la première section. Cette distance serait sans doute suffisante pour empêcher la soudure des deux bouts coupés et pour favoriser la formation d'une pseudarthrose. M. Bauchet ferait suivre immédiatement la résection de la mâchoire de la restauration de la joue. Il prolongerait son incision vers la lèvre inférieure et se servirait de ce lambeau pour couvrir la perte de substance.

M. *Verneuil* pense que la simple section des brides avec un traitement consécutif bien fait pourrait ici avoir un bon résultat. La muqueuse qui forme le cul-de-sac géno-maxillaire est saine, ce qui rend la récidive beaucoup moins à craindre que quand ce cul-de-sac est détruit.

La simple section suivie de la dilatation des cicatrices a été employée une fois par M. Verneuil dans un cas beaucoup plus défavorable que celui de M. Bauchet. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait en arrière de chaque commissure labiale des adhérences cicatricielles tellement résistantes qu'elles simulaient presque des stalactites osseuses. Comme la fausse ankylose était bilatérale, il n'y avait pas beaucoup à compter sur une double section de l'os.

La section des brides fut faite largement, en faisant arriver le bistouri jusque sous la peau. Cela permit aussitôt un écartement de 3 centimètres, et M. Verneuil put voir que le fond du cul-de-sac géno-maxillaire était moins altéré qu'il ne le paraissait, ce qui le rassura un peu sur l'avenir de son opération.

Pour le traitement consécutif, M. Verneuil rejeta les corps étrangers placés à demeure, parce qu'ils sont mal supportés. Pendant quinze jours il fit passer plusieurs fois par jour le doigt et la mâchoire pour tirailler la joue et combattre la rétraction en même temps que les adhérences. Plus tard, il fit fabriquer une sorte de petit forceps, qu'on plaçait fermé dans la bouche, et que l'on retirait graduellement en l'ouvrant de plus en plus.

Le résultat était assez satisfaisant six semaines après l'opération pour que M. Verneuil ait pu proposer ce fait à M. Bauchet comme un exemple encourageant. Malheureusement le succès ne s'est pas maintenu, et dans la séance du 15 octobre M. Verneuil, ayant reçu d'autres nouvelles de sa malade, est venu confesser un insuccès complet. Comme l'ankylose est ici bilatérale, cas qui ne s'est pas encore présenté, il y aura à instituer une opération répondant à cette indication spéciale.

M. *Borelli* a employé deux fois la section des brides, suivie de la dilatation de la cicatrice, faite pendant plusieurs mois à l'aide de bourdonnets de charpie. Il a assez bien réussi pour que, dans le cas le plus défavorable, il n'ait été obligé de sectionner de nouveau la bride inodulaire que six ans après la première opération.

M. *Guersant* est convaincu que la récidive se produit dans le plus grand nombre des cas. Aussi insiste-t-il sur la nécessité de continuer l'emploi des corps dilatants pendant un temps très long ; il faut agir après ces sections comme après les brûlures profondes. Néanmoins, il conseille à M. Bauchet de recourir d'abord à la section du tissu inodulaire, et de ne faire l'opération d'Esmarch qu'en cas d'insuccès de la première. L'âge de la malade est à considérer ; cette jeune fille est plus apte qu'un enfant à supporter les lenteurs et la gêne d'un traitement consécutif bien organisé.

M. *Marjolin* conseille aussi de commencer par une opération plus simple. M. *Chassaignac* va plus loin ; il regarde comme une règle indispensable à suivre, d'opérer d'abord la section du tissu inodulaire avant de faire la résection du maxillaire. Cette section permet souvent de compléter le diagnostic et de savoir si l'immobilité tient à une ankylose vraie ou fausse.

M. *Verneuil* fait remarquer, contrairement à l'opinion de M. *Chassaignac*, que la section simple des brides est parfois une opération mauvaise, qui n'est pas d'ailleurs sans dangers à cause des hémorrhagies, et que dans bien des cas il est urgent de faire tout d'abord l'opération d'Esmarch.

D^r P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Ovariotomie. — Extirpation des deux ovaires, par M. Fergusson.

Obs. — Mary F..., âgée de dix-neuf ans, commença à souffrir en 1861 dans la région iliaque droite, et constata bientôt l'apparition d'une tumeur de ce côté, laquelle augmenta peu à peu ; l'abdomen devint d'un volume énorme, et la malade entra à King's College le 8 juillet. Elle ne fut point ponctionnée, et subit l'ovariotomie le 9 août. M. Fergusson ayant fait son incision, introduisit la main dans l'abdomen, constata *l'absence d'adhérences*, ponctionna le kyste à plusieurs reprises, mais chaque ponction laissait à peine échapper quelque peu de liquide.

La tumeur fut alors retirée de l'abdomen ; le pédicule, assez mince, fut traversé par une aiguille entraînant un double fil d'argent ; mais la striction n'étant pas suffisante, M. Fergusson le remplaça par une ficelle, serra ainsi le pédicule dans deux anses séparées, et coupa le pédicule au delà.

On trouva alors un kyste plus petit sur l'autre ovaire ; il fut retiré au dehors, ligaturé de la même façon et enlevé. Le plus gros pesait 15 livres, le plus petit 2 seulement. Les pédicules furent replacés dans l'abdomen, mais on fixa les ligatures à l'angle inférieur de la plaie.

Tout alla assez bien jusqu'au quinzième jour ; mais le seizième il survint des symptômes de péritonite, et la malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva les deux pédicules couverts de granulations, mais les intestins adhéraient entre eux et avec la paroi abdominale, par suite d'une péritonite généralisée. Un phlegmon rétro-utérin avait envahi le tissu cellulaire du petit bassin ; l'abcès, contenant deux pintes de pus, s'était vidé par un petit pertuis ouvert dans la cavité abdominale. (*Med. Times and Gaz.*, 1862, 18 octobre.)

— Comme on le voit par ce court résumé, les deux ovaires furent enlevés à la fois, opération grave en cas même de réussite, puisqu'il s'agissait d'une jeune fille ; mais la constatation du kyste ovarique gauche eut lieu pendant l'opération seulement. L'état gélatiniforme du contenu du kyste justifie l'absence de paracentèse préalable, malheureusement si cet état fut diagnostiqué avant toute intervention chirurgicale, l'observation ne dit pas sur quels signes fut basé ce diagnostic aussi important que difficile.

Ovariotomie sur une femme enceinte, par M. Pollock.

Une femme entra à Saint-Georges, dans le service de M. Pollock, pour une tumeur abdominale datant de neuf mois. Elle avait déjà été ponctionnée cinq mois auparavant, et il s'en était suivi un avortement. La tumeur reparut, on la ponctionna de nouveau, mais la marche de la maladie continuant

Digitized by Google

cinq semaines après la seconde ponction, le 28 août 1862, M. Pollock pratiqua l'ovariotomie. La tumeur renfermant du liquide gélatineux fut ponctionnée, vidée, retirée au dehors, liée et enlevée comme d'ordinaire. Mais on s'aperçut alors de l'existence d'une autre tumeur fluctuante, qu'on crut dépendre de l'autre ovaire ; on la ponctionna, il sortit un liquide clair, et en cherchant à l'extraire on vit que c'était l'utérus gravide renfermant un fœtus mort. La plaie abdominale fut refermée ; le soir la malade éprouva quelques douleurs et avorta. Le lendemain elle allait bien, mais la nuit suivante elle s'affaiblit considérablement et mourut en quelques heures. L'autopsie ne fut pas permise. (*Dublin Med. Press*, 1862, 24 septembre.)

Injections iodées dans l'articulation du genou affectée d'hydarthrose chronique, par M. Bouchard.

Contrairement aux opinions de M. Sédillot, M. Bouchard préconise les injections iodées dans le traitement de l'hydarthrose chronique du genou et rapporte les deux observations suivantes :

Une femme âgée de quatre-vingt-un ans était affectée d'hydarthrose chronique des deux genoux, la quantité de liquide épanché était considérable. L'injection fut faite avec une solution à parties égales d'eau et de teinture d'iode ; on n'opéra d'abord qu'un seul genou et l'on prescrivit l'immobilité pendant quinze jours. L'autre genou fut alors traité de la même manière, et un mois après, sans qu'il fût survenu aucun accident, la malade marchait très facilement.

La seconde malade était âgée de cinquante-cinq ans ; après dix-sept jours la guérison était complète.

M. Bouchard a employé de prime abord l'injection iodée. Malgré l'innocuité quelquefois complète de cette méthode, c'est un moyen que nous n'oserions employer qu'après avoir épuisé d'autres médications moins dangereuses, vésicatoires volants, hydrochlorate d'ammoniaque en lotions, et surtout les badigeonnages à la teinture d'iode, car les injections iodées dans les articulations, et spécialement celle du genou, ont quelquefois amené des accidents tels que l'amputation a été nécessaire. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 octobre 1862.)

Hydrophobie traitée sans succès par le curare ; rapport d'une commission. — Même sujet ; observation par M. Gualla. — **Traitement du tétanos par le curare,** par M. Ambrogio Gherini.

L'année dernière un cas d'hydrophobie fut traité sans succès par le curare à l'hôpital Major ; une commission fut instituée à Milan ; deux fois depuis, elle eut recours de nouveau, mais sans succès, au même moyen, et termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Dans le cas de Bossi il ne fut fait aucune cautérisation, Broggi fut cautérisé simplement au nitrate d'argent sept heures après la morsure.

2° Les symptômes prodromiques se manifestèrent chez Bossi cent quatre-vingts jours et chez Broggi cinquante-huit jours après l'introduction du virus.

3° La durée de la maladie depuis son développement jusqu'à la mort fut de soixante-sept heures pour Bossi et d'environ cent trois heures pour Broggi.

4° Chez Bossi l'on fit en vingt-sept heures 11 injections avec la seringue de Pravaz, chacune contenant 1 centigramme 1/4 de curare dissous dans l'eau distillée : 18 centigrammes 3/4 de curare furent donc injectés.

5° A aucun moment le curare ne parut agir sur les symptômes rabiques.

6° Dans les deux cas il y eut des sueurs profuses, et chez Bossi une action marquée mais passagère sur la circulation se traduisant par un ralentissement du pouls.

7° L'autopsie montra dans les deux cas la coloration rouge foncé et la fluidité du sang. (*Gazetta medica italiana. Prov. sardes*, octobre.)

— Nous exhumerons, à l'occasion de ce rapport deux faits déjà anciens, mais qui n'ont pas encore figuré dans la Gazette, et relatifs l'un à l'emploi du curare dans le traitement de l'hydrophobie et l'autre dans celui du tétanos traumatique.

Le premier de ces faits est peut-être celui qui a donné lieu à la formation d'une commission, quoique nous n'ayons pas de certitude à cet égard. Il concerne un individu traité par M. Gualla (le nommé Giovanni Minozzi), atteint d'une hydrophobie produite par la morsure d'un chien. Le quatrième jour, les accidents étant des plus redoutables, on fit préparer une solution de 3 décigrammes de curare dans 30 grammes d'eau distillée, et au moyen de la seringue de Pravaz on fit dix injections hypodermiques à distance d'un demi-pouce, depuis le cou jusqu'aux lombes, et à des intervalles de dix minutes. Dans l'espace d'une heure trois quarts, le sujet reçut ainsi 5 centigrammes de curare. Après la cinquième injection, le pouls tomba de 103 à 83 ; après la sixième, sueurs profuses et chaudes ; après la septième, nausées ; après la neuvième, vomissements ; du reste, pas d'amélioration. Les mouvements convulsifs étaient continuels. On prit alors une solution de 3 décigrammes de curare dans 3 grammes d'eau, et l'on injecta deux fois vingt-cinq gouttes de la solution au niveau de l'épine dorsale, toujours à dix minutes d'intervalle, mais la mort survint au bout d'une demi-heure. (*Gaz. medica Lombardia*, 21 oct. 1861.)

Chez l'autre malade (Antonio Vignati), atteint de tétanos général (opisthotonos), à la suite d'une plaie à la jambe, M. Gherini pratiqua six injections sur divers points du corps, à des intervalles de trois quarts d'heure, avec la seringue de Pravaz. La solution contenait 15 centigrammes de curare pour 4 grammes d'eau. Le pouls diminua d'abord de fréquence, puis se releva. Il n'y eut aucune amélioration appréciable, et le malade succomba une heure et demie après le début de l'expérience. (*Ibid.*, 1861.)

Rupture du vagin pendant l'accouchement ; séjour de l'enfant dans l'abdomen pendant trois heures et demie ; guérison, par M. Bell.

La malade, âgée de vingt-huit ans, était déjà accouchée plusieurs fois sans accidents. Elle avait pris deux doses de seigle ergoté lorsqu'elle sentit une rupture, et crut que l'enfant était expulsé. Il y eut une hémorrhagie considérable, et le docteur Bell, qui vit la malade trois quarts d'heure après, trouva l'enfant dans l'abdomen. Il essaya d'appliquer le forceps ; mais, ne pouvant y parvenir, il pratiqua définitivement la version. La rupture avait eu lieu sur la partie antéro-latérale gauche, près du cul-de-sac du vagin. Il y eut un phlegmon du petit bassin, et deux mois après la femme était tout à fait rétablie. (*Medical Times and Gaz.*, 1862, p. 396.)

Empoisonnement par l'opium ; belladone administrée comme antidote, par M. S. Duncan, de Bronnsville (Pensylvanie).

Les discussions qui se sont élevées, il y a quelques jours, à ce sujet au sein du congrès universel d'ophthalmologie donnent de l'intérêt aux faits suivants, que pourrait prouver l'antagonisme de la belladone et de l'opium malgré l'insuccès d'une des tentatives.

Appelé auprès d'une femme de trente-huit ans qui avait tenté de se suicider en avalant 60 grammes de laudanum, le docteur Duncan ne put que difficilement et seulement après quelque temps, faire vomir la malade, insensible à toute excitation, couverte de sueur froide, incapable d'avaler, et dont les pupilles étaient extrêmement contractées. Il fit administrer en lavement de la belladone. Sept lavements belladonés furent donnés à deux heures d'intervalle entre chaque ; après le huitième les pupilles se dilatèrent ; une heure après la malade demanda tout à coup à boire. La peau était chaude, le pouls fort, à 90,

les pupilles très largement dilatées. La guérison fut complète. On avait administré en quinze heures 30 grammes de teinture et 1 gramme d'extrait de belladone.

Le second cas fut celui d'un enfant de quatre ans auquel son père avait administré par mégarde une cuillerée de laudanum. La belladone fit également son effet ordinaire sur les pupilles, mais la réaction s'arrêta, le refroidissement revint, et l'enfant mourut. (*Dublin Medical Press*, 1862, p. 337.)

Trachéotomie sur un enfant de trois mois,
par M. Annandale.

Le 10 décembre 1861, M. Annandale fit la trachéotomie sur un jeune enfant de trois mois. Le 15, on enleva le tube pendant quelques minutes, mais il ne passa pas d'air par la bouche. Le 4 janvier, on essaya de nouveau, mais sans succès, et l'on continua ainsi jusqu'au 20. La suffocation reparaissait aussitôt qu'on enlevait le tube. L'enfant s'affaiblit peu à peu, et mourut le 26. On ne trouva aucune fausse membrane dans le larynx et la trachée, mais la glotte était presque fermée; l'épiglotte et la muqueuse laryngée étaient enflammées et tuméfiées.

Ce cas est intéressant par l'âge de l'enfant, car nous ne sachions pas qu'elle ait été encore faite sur un enfant aussi jeune. M. Bell (d'Edimbourg) guérit un enfant de sept mois, nous ne connaissons pas d'autre exemple de succès à cet âge. (*Edinburgh Med. Journ.*, 1862, p. 1121.)

Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée,
par M. Pridie.

Appelé auprès d'une malade souffrant de la gorge et menacée de suffocation, M. Pridie agitait la question de la trachéotomie. Il fit ouvrir la bouche de la malade pour examiner la gorge, à ce moment il s'en échappa un flot de sang, et la mort fut immédiate. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte, comprenant la trachée dans laquelle il s'était ouvert. (*Edinburgh Med. Journ.*, 1862, t. I, p. 1161.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Conformation osseuse de la tête chez l'homme et chez les vertébrés, par le docteur Camille Bertrand, prosecteur de la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans les sciences comme dans la politique, les révolutions sérieuses comprennent deux phases nécessaires : dans la première, surtout négative, on attaque plus ou moins violemment le régime ancien, et dans la seconde, éminemment organique, on justifie les actes de la première par des constructions positives servant de base à un ordre nouveau.

Le travail dont je dois faire ici un rapide examen appartient nettement, en biologie, à cette seconde phase, la seule décisive.

L'anatomie générale a depuis longtemps démontré l'insuffisance des procédés de l'anatomie descriptive; et pour les questions de structure, le mouvement moderne a fondé un système d'histologie, universellement accepté aujourd'hui comme base de l'enseignement médical. Mais pour que l'ensemble de cette rénovation théorique soit accompli, il faut qu'une fondation équivalente vienne résoudre, au même point de vue philosophique, les questions de forme, de connexion et de rapport.

Il y a peu de temps, rédigeant moi-même le programme de la morphologie, je faisais un appel aux jeunes biologistes en faveur des travaux importants que nécessite cette seconde partie de l'anatomie générale; j'éprouve donc une grande satisfaction à rendre compte d'un travail aussi intéressant par son opportunité que par la manière dont il a été accompli.

Les bienfaits désormais évidents de la théorie de Bichat ont entraîné tous les bons esprits vers les notions générales, qui seules peuvent faire le sujet d'un véritable enseignement, et bientôt les idées de Goëthe et de Geoffroy Saint-Hilaire auront autant de crédit que celles du fondateur de la biologie. Seulement la seconde partie de l'anatomie générale, étudiée sous le nom d'*anatomie philosophique*, comportait des difficultés spéciales qui devaient retarder sa fondation, en même temps qu'elle était subordonnée à l'établissement complet de l'histologie.

Je crois avoir assez expliqué, dans mon Programme de morphologie, ce qui manque à la théorie des analogues pour la mettre définitivement en faveur, et en quoi a réellement consisté l'opération philosophique de Geoffroy Saint-Hilaire; je puis donc parcourir sans autre préambule l'excellent travail de M. Camille Bertrand.

La notion du squelette de la tête est celle qui a le plus exercé les démonstrations de l'anatomie philosophique. La dignité de cette partie et son très haut caractère de spécialité constituaient un problème décisif pour la théorie des analogues. Réunir avec conscience et jugement tout ce qui se rattache à la conception philosophique de cette partie du squelette, analyser scrupuleusement les travaux entrepris sur ce sujet, et retirer de cette étude une description rationnelle de la tête, était une tâche aussi utile que difficile, et l'on ne peut contester que M. C. Bertrand ne l'ait accomplie avec beaucoup de talent et une grande maturité.

Les principes qui dirigent l'auteur peuvent se deviner par le seul titre de son travail, et dès son introduction il fait ressortir toute l'importance des vues synthétiques. Il insiste particulièrement sur la grande méthode qui doit éclairer et étendre la comparaison des organes, et démontre bien aux esprits les plus routiniers la stérilité des études anatomiques bornées à la considération d'un seul type. Les définitions que M. Bertrand cherche à donner sur l'unité de composition sont peut-être prématurées; il ne faut pas oublier que la théorie des analogues est seulement une méthode, et que la *morphologie* seule, une fois fondée, permettra de décider du degré de relativité des idées sur l'*unité de plan*, l'*unité de composition*, la *conformité organique*, qui ne sont que des inductions par lesquelles on exprime d'une manière générale une relation incontestable entre tous les êtres vivants; relation depuis longtemps sentie au point de vue physiologique, et qui, en définitive, se réduit à reconnaître qu'il n'y a pas plusieurs biologies, pas plus qu'il n'y a plusieurs physiques ni plusieurs chimies, et que les mêmes lois embrassent tout le règne organique. Le Traité de l'âme d'Aristote a consacré depuis longtemps cette grande vérité.

M. Bertrand reconnaît justement que la méthode qui révèle le mieux la conformité organique des animaux appartient aux anatomistes de la fin du dernier siècle.

Relativement au langage de l'école philosophique il expose plusieurs distinctions sur lesquelles je ferai une courte remarque. L'exemple de M. Owen prouve que du moment où l'on veut trop spécialiser la signification d'un mot, on s'expose à une grande complexité de langage dans un sujet qui n'offre pas, à beaucoup près, la généralité qu'on rencontre même dans les phénomènes chimiques.

J'userai donc pour mon compte d'une grande sobriété, et je me passerai facilement des expressions *homologie spéciale*, *homologie générale*, *homotypie*, et provisoirement je n'accepterai dans la grande méthode anatomique que les deux termes dont la signification générale peut recevoir une grande rigueur : l'*analogie* qui exprime la conformité plus ou moins parfaite qui existe entre les parties similaires chez un même individu, et l'*homologie* qui exprime la conformité organique d'une même partie chez des individus différents. Que l'on compare, chez un animal, les divers segments dans leur totalité, ou que, entre ces segments, on compare les parties chacune à chacune, on établira toujours une analogie; il en sera de même pour l'homologie, et le degré de généralité ou de spécialité

Digitized by Google

variera suivant les cas. L'homotypie, dont M. Bertrand donne un exemple à la page 37 de son mémoire, est une analogie dans le sens rigoureux du langage de l'anatomie philosophique.

Le troisième chapitre, relatif à la structure vertébrale de la tête, soulève plusieurs vues générales sur lesquelles il faut bien s'entendre. Je reconnais avec l'école de Geoffroy Saint-Hilaire que la variété des formes est un des obstacles les plus sérieux dans la recherche des analogies et des homologies, mais je ne partage point les préjugés de cette école sur la bizarrerie infinie de ces formes.

Bien loin de là, eu égard à la prodigieuse quantité des espèces, je conçois les modifications des parties comme très limitées, et lorsque la morphologie aura dicté la loi de ces modifications, on reconnaîtra qu'elles n'ont rien de bizarre; je dirai plus, la morphologie prouvera que, dans beaucoup de cas, la forme est plus fixe que la composition anatomique. Pour la partie fondamentale du squelette, la colonne vertébrale, j'ai démontré que des formes semblables dérivent de parties radicalement différentes, et la recherche rigoureuse des analogues et des homologues prouvera de plus en plus que l'opinion de Geoffroy Saint-Hilaire à cet égard est beaucoup trop absolue. « La nature, dit-il, emploie *constamment* les mêmes matériaux, et n'est ingénieuse qu'à en varier les formes; comme si, en effet, elle était soumise à de premières données, on la voit tendre toujours à faire reparaître les *mêmes éléments* en *même nombre*, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes connexions. » C'est ainsi que devait fatalement raisonner celui qui avait fait un emploi si fécond de la théorie des analogues; mais aujourd'hui que cette admirable méthode nous a permis de rapprocher les parties qui nous paraissent les plus différentes, n'avons-nous plus rien à faire en anatomie, et la physiologie va-t-elle se contenter de savoir que cette tête, par exemple, si compliquée dans sa structure, n'est pour son squelette que la réunion de quatre segments homologues aux autres segments vertébraux? Non, sans doute! Mais cette notion d'une très grande importance va lui permettre d'aborder plus facilement la question qui le préoccupe le plus après celle de la structure, c'est-à-dire celle de la forme; et du moment où le domaine propre de la morphologie sera constitué, on verra qu'il faut en partie retourner la réflexion de Geoffroy Saint-Hilaire, et dire : la nature, dans la production des êtres organisés, suit des lois immuables suivant les types, soit que la symétrie des parties s'établisse par rapport à un axe, par rapport à un point ou par rapport à un plan; on voit que pour chaque degré elle tend à réaliser les mêmes formes, avec des matériaux dont le nombre et la complexité varient suivant l'élévation du type; et la comparaison des parties analogues et homologues montrera que, dans chaque organe, comme dans chaque système, il y a une partie fondamentale d'une grande fixité, et des parties accessoires qui varient par le nombre et la disposition réciproque; et entre ces parties accessoires elles-mêmes on saisira une sorte de hiérarchie qui se lit nettement quand on étudie une série, soit ascendante, soit descendante, en ce sens qu'on les voit apparaître ou disparaître dans un ordre déterminé. L'ostéologie, dont l'horizon est borné en anatomie comparée, a dû naturellement entretenir l'absolutisme de Geoffroy Saint-Hilaire; mais si l'on veut prendre un système d'organes plus général, le système nerveux par exemple, il est trop facile de démontrer que le cerveau d'un mollusque ne saurait contenir les mêmes matériaux que celui des vertébrés, ce qui n'empêche point de reconnaître que pour la partie fondamentale de ce système la comparaison est possible, et l'homologie se poursuit tant qu'il y a trace d'un appareil nerveux.

Les idées absolues sont incompatibles avec le caractère toujours relatif des notions vraiment scientifiques, et cette incompatibilité est naturellement d'autant plus grande que la science qu'on étudie est elle-même plus complexe.

Je prie M. Bertrand de ne voir dans cette discussion qu'un moyen d'éclairer le développement ultérieur de l'anatomie philosophique, car dans le problème qu'il avait à résoudre il devait, comme il l'a fait, se tenir dans les termes de l'excellente méthode dont il a fait une si bonne application. Relativement à l'histoire critique qu'il a présentée dans les chapitres III et IV, nous le louons beaucoup sur les ménagements qu'il a gardés vis-à-vis des savants auxquels la science doit tant de découvertes; mais nous ajouterons quelques remarques relativement à la vertèbre idéale de plusieurs auteurs; je l'ai dit dans mon PROGRAMME DE MORPHOLOGIE : ces constructions ne sont pas assez inspirées par la réalité. Dans les différents types zoologiques, chaque segment a, par rapport à la partie du tronc dans laquelle on l'observe, quelque chose de caractéristique, bien que les analogies soient toujours lisibles; et pour donner l'idée de ce qui est, il faudrait presque autant de formules abstraites qu'il y a de cas bien tranchés dans les différents degrés de développement d'un segment : aussi je ne vois pas que le tronçon abdominal de l'épine d'un poisson pleuronecte puisse être accepté comme type par rapport à tous les segments osseux d'un vertébré quelconque, à moins que les mots *type* et *idéal* ne s'appliquent qu'à des questions de nombre. M. Owen a espéré résoudre le problème en concevant tous les cas par rapport à un maximum; mais il m'a paru que ce biologiste a fini par donner à son archétype une sorte d'existence mystique, tandis que ce n'est qu'un simple artifice logique.

Le chapitre V du travail de M. Bertrand est relatif au développement du squelette de la tête; il y démontre, d'après les travaux des meilleurs embryologistes, et d'après ses propres recherches, que l'extrémité céphalique n'est que la continuation du tronc, tandis que les os de la face peuvent être assimilés à des arcs hæmataux.

Enfin, dans le chapitre VI, M. Bertrand aborde la détermination directe des quatre vertèbres céphaliques : la vertèbre occipitale, la vertèbre pariétale, la vertèbre frontale et la vertèbre nasale. Les figures indispensables qui accompagnent son travail donnent à ces descriptions essentielles toute la netteté dont cette étude est possible; et alors même que pour la comparaison des parties accessoires de chaque segment on verrait persister quelques divergences d'opinions, on peut dire que les déterminations de M. Bertrand dotent définitivement l'enseignement anatomique d'une ostéologie rationnelle de la tête, et l'on ne saurait trop encourager ce jeune biologiste dans la continuation de ces travaux philosophiques.

Ce dernier jugement sur la partie essentielle du travail de M. Bertrand pourrait faire croire que je considère comme irrationnelles les descriptions du crâne et de la face faites jusqu'à ce jour; mais je ferai remarquer que cette appréciation résulte du but très différent que l'on peut assigner à nos différents traités d'anatomie. Je dis que l'enseignement possède désormais une description qui permettra d'exposer d'une manière rationnelle ce qui se rattache au squelette de la tête, parce que j'appartiens à la catégorie de ceux qui n'admettent dans le grand enseignement que l'anatomie générale, tandis que l'anatomie descriptive comprend des développements spéciaux qui ne peuvent entrer dans le cadre d'une exposition orale, et ne peuvent être suivis que sur des pièces anatomiques dans une étude essentiellement pratique.

On parle beaucoup aujourd'hui de l'enseignement pratique, et c'est même une des grandes prétentions de notre époque; on va même jusqu'à promettre l'enseignement professionnel, contrairement au fameux proverbe sur l'art de forger le fer.

J'avoue, pour mon compte, que je n'ai jamais pu comprendre qu'on puisse dans un amphithéâtre, si petit qu'il soit, enseigner une pratique quelconque, et pour les sciences médicales comme pour les arts médicaux je n'admets comme possible que l'exposition des principes généraux qui doivent diriger la pratique. Si par enseignement pratique on entend qu'un professeur ne doit exposer que des choses utiles, cela se réduit à une question de discipline intellectuelle, et d'usage le bon sens des auditeurs ne tarde pas à démêler ceux qui peuvent

leur enseigner quelque chose. Mais la pratique elle-même est, dans tous les cas, le résultat d'une activité individuelle dirigée par des principes et des conseils, et dans laquelle la répétition des mêmes actes développe d'abord une habitude, puis un perfectionnement.

Il est une science, la chimie, pour laquelle l'exposition orale, aidée de toutes les ressources de l'étalage expérimental, semblerait devoir réaliser ce que je considère comme une utopie; la facilité extraordinaire qu'il y a de montrer à distance toutes les phases d'un phénomène de combinaison ou de décomposition pourrait faire croire qu'on apprend la pratique de ces opérations; cependant il n'est que trop aisé de démontrer que l'on peut suivre toute sa vie des cours de chimie sans être chimiste, et l'on peut en dire autant d'un cours de pathologie, quelles que soient les limites du sujet qu'on y développe. Si je m'élève contre ce qu'on appelle l'enseignement pratique, ce n'est pas seulement parce que je le crois impossible, mais parce que je le crois nuisible. On peut remarquer, en effet, qu'à force de vouloir être pratiques certains professeurs finissent par ne plus enseigner que des puérilités. Pour en revenir donc à nos traités d'anatomie descriptive, je dirai que ce sont des livres excellents pour l'étudiant qui a le scalpel à la main, parce que ces livres examinent spécialement chaque fait, tandis que l'enseignement ayant toujours un caractère essentiellement général et théorique, et devant établir les opinions et les idées sans lesquelles on ne peut comprendre les faits, ne peut exister qu'au moyen de la connaissance des lois générales de l'organisation. On voit donc qu'on ne saurait faire un trop grand cas des travaux entrepris pour fonder une doctrine, puisque nos déterminations ne sont *raisonnables* que lorsqu'elles sont dirigées par une philosophie. Dans tous les genres d'activité l'empirisme n'est donc que l'aveu de notre impuissance mentale, et l'homme s'ennoblit à chaque pas qu'il fait dans la connaissance des lois.

SEGOND,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

VI

VARIÉTÉS.

RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES. — La question traitée par M. Delasiauve (voy. *Gaz. hebd.*, 1862, n° 38, p. 607), à savoir si l'autorisation du conseil d'État est nécessaire pour poursuivre en justice, en raison d'actes inhérents à ses fonctions, un médecin-directeur d'un asile d'aliénés, cette question s'était déjà présentée, et avait été résolue affirmativement. M. Auzouy écrit dans le JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE : « Aux faits cités par notre excellent collègue M. Delasiauve, on peut joindre celui dont M. le docteur Dagron a consigné la relation dans les ARCHIVES CLINIQUES DES MALADIES MENTALES, t. I, p. 29. Une demoiselle hallucinée et monomane, traitée dans l'asile que dirigeait cet honorable collègue, sortit en juin 1856. Son état de calme apparent ne se démentit guère pendant deux ans; mais, en mai 1858, en proie sans doute aux prodromes d'un nouveau délire, cette demoiselle intenta à son médecin une action en 25 000 francs de dommages-intérêts pour séquestration illégale. Cette étrange poursuite fut écartée, conformément au réquisitoire du ministère public, l'autorisation préalable du conseil d'État ayant été reconnue nécessaire pour actionner le médecin-directeur de l'asile de X..., déclaré fonctionnaire public. Peu après, la plaignante fut pourvue d'un conseil judiciaire par jugement du tribunal de X..., confirmé par la Cour impériale de Poitiers. »

— Le 23 mars 1863, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Les médecins nommés remplissent les fonctions de suppléants jusqu'à ce qu'ils succèdent, par rang de nomination, aux médecins titulaires, dont le service a une durée de dix années.

Pendant tout le temps de leur suppléance, ils sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse, soit à l'hospice de la Charité.

Leur traitement est fixé comme il suit :

Hôtel-Dieu, 600 francs, honoraires fixes, et 600 francs pour droit de présence, attribués au suppléant qui fait le service du titulaire, malade ou empêché. Toutefois, si un médecin titulaire est chargé d'un service à l'hôpital de la Croix-Rousse, le suppléant qui le remplace à l'Hôtel-Dieu y reçoit le traitement complet de titulaire.

Hôpital de la Croix-Rousse, 1800 francs, attribués intégralement au médecin de service, qu'il ait rang de titulaire ou de suppléant.

— Par décret du 22 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour services rendus à la Vera-Cruz et dans la division navale du Mexique : MM. Legris, Erdinger, de Corsi et Corre, chirurgiens de la marine.

— M. le maréchal Randon, ministre de la guerre, s'est rendu jeudi dernier à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et a visité dans tous ses détails cet important établissement. Cette visite avait aussi pour objet l'examen des projets d'agrandissement qui doivent être prochainement exécutés au Val-de-Grâce. Le ministre a constaté avec une vive satisfaction l'ordre parfait qui règne dans toutes les parties de ce grand établissement.

— Une décision de M. le gouverneur général de l'Algérie vient de créer près l'École de médecine d'Alger un certain nombre de bourses pour l'entretien des jeunes musulmans, élèves des écoles arabes-françaises, désireux de se vouer aux études médicales.

— Le corps médical anglais vient de faire une grande perte. Le célèbre chirurgien Benjamin Brodie a succombé le 21 de ce mois, à l'âge de quatre-vingts ans. Devenu aveugle, il avait subi sans succès quatre opérations.

« Nous rappellerons, dit la GAZETTE DES HOPITAUX, un fait tout récent qui honore ce célèbre chirurgien, en même temps qu'il donne la mesure de son opinion pour la chirurgie française. Le roi des Belges, se trouvant à Londres, réunit en consultation les plus grandes célébrités chirurgicales de ce pays. Il fut décidé que le roi serait opéré, et Benjamin Brodie insista pour que l'opération fût faite par un chirurgien français. » On sait que cet opérateur fut M. Civiale.

— Les membres du jury pour le concours de l'externat, qui commencera mardi 4 novembre, sont : MM. Archambaud, Parrot, Vidal, Dolbeau, Trélat, *juges titulaires*; MM. Millard et Guyon, *juges suppléants*.

— Par décret du 6 octobre 1862, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe les trente-deux médecins stagiaires dont les noms suivent : MM. Badour, Daguenet, Boell, Brunet, Beltz, Nogier, Sommeillier, Talon, Morisson, Leblan, Ballet, Driout, Sarniguet, Sauvage, Brouillet, Lanoaille de Lachèze, Porte, Flament, Janot, Satabthier, Breton, Drouineau, Renard, Goguet, Savoye, Merviel, Gavoy, Roux, Haas, Cénac, Willigens, Malabard.

Ces officiers de santé prendront rang dans le cadre à la date du 31 décembre 1862.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS : ANATOMIE NORMALE; ANATOMIE PATHOLOGIQUE; CLINIQUE. Année 1861, 2e série, t. VI, rédigé par le docteur *Besnier*, secrétaire. In-8 de 624 pages et une planche. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

EXCURSIONS SCIENTIFIQUES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS, par le docteur *Berthier*. 1re série. In-8 de 102 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

RECHERCHES NOUVELLES SUR LA PELLAGRE, par *Bouchard*. In-8 de 400 pages. Paris, F. Savy. 6 fr.

PRINCIPES DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par le docteur *P.-Em. Chauffard*. 1 fort vol. in-8 de 750 pages. Paris, Chamerot. 9 fr.

L'ASTIGMATISME ET LES VERRES CYLINDRIQUES, par le professeur *F.-C. Donders*, traduit du hollandais par le docteur *H. Dor*, avec 15 figures intercalées dans le texte. In-8 de 144 pages. Paris, Germer Baillière. 4 fr. 50

MÉMOIRE SUR LA PROSTITUTION PUBLIQUE, ET PARALLÈLE COMPLET DE LA PROSTITUTION ROMAINE ET DE LA PROSTITUTION CONTEMPORAINE, SUIVIS D'UNE ÉTUDE SUR LE DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ DE BORDEAUX, etc., par le docteur *J. Jeannel*. In-8. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

DICTIONNAIRE DE DIAGNOSTIC MÉDICAL, COMPRENANT LE DIAGNOSTIC RAISONNÉ DE CHAQUE MALADIE, LEURS SIGNES, LES MÉTHODES D'EXPLORATION ET L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC PAR ORGANE ET PAR RÉGION, par *E.-J. Woillez*. Grand in-8 de XII-932 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 11 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 7 NOVEMBRE 1862. N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Question des mariages consanguins : Rectification. — Académie de médecine de Turin : Influence de l'électricité sur l'absorption : Documents. — Société médicale de l'État de New-York : De la paralysie diphthéritique. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des désinfectants et de leur application en thérapeutique. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie.** Des climats sous le rapport hygiénique et médical; guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques. — V. **Variétés.** Association générale des médecins de France. — Relation chirurgicale de la visite de M. le professeur Nélaton au général Garibaldi. — VI. **Feuilleton.** Exposition de Londres.

PARTIE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 9 de l'arrêté du 20 prairial an XI;

Vu les propositions du doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Vu le rapport du vice-recteur de l'Académie de Paris;

Considérant que, depuis le rétablissement de l'exigence du baccalauréat ès lettres à l'entrée des études médicales, la composition *écrite en latin* du cinquième examen du doctorat a perdu le caractère d'utilité qu'elle pouvait présenter;

Considérant d'ailleurs que l'expérience a démontré que cette épreuve est loin de réaliser les avantages qu'on en espérait,

Arrête :

Art. 1er. — A l'avenir, dans les trois Facultés de médecine de l'Empire, la composition exigée pour le cinquième examen du doctorat sera *écrite en français*.

Art. 2. — Le vice-recteur de l'Académie de Paris et les recteurs des Académies de Strasbourg et de Montpellier sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 novembre 1862. ROULAND.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret en date du 18 juin 1862, qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine;

Vu l'arrêté du 1er juillet 1862 déterminant les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du décret ci-dessus visé;

Vu l'arrêté du 19 août 1862 relatif aux internes des asiles d'aliénés;

Considérant qu'il importe, dans l'intérêt du service des hôpitaux, de favoriser autant que possible le recrutement des élèves internes nommés au concours, et d'encourager ces élèves à prolonger leur temps d'internat;

Considérant qu'il y a lieu, sans abréger en rien le temps exigé par les études scolaires, de tenir compte, dans une certaine mesure, de l'expérience acquise par les aspirants au doctorat qui, pour se dévouer au service de l'internat, reculent le terme de leur scolarité, à laquelle ils ajoutent par ce fait même un utile complément d'études pratiques;

Considérant que le service de l'internat dans les asiles publics d'aliénés est digne d'un intérêt tout particulier,

Arrête :

Art. 1er. — Le temps de service dans un hôpital, près d'une Faculté ou d'une école préparatoire de médecine, accompli, à titre d'interne nommé au concours, par un étudiant en médecine, aspirant au doctorat, en dehors du temps de la scolarité exigée par les règlements, sera compté à cet étudiant en compensation d'un temps égal de stage près la Faculté où il termine ses études, à moins qu'il n'ait préalablement profité de cette compensation près d'une école préparatoire.

Ces dispositions sont applicables aux internes des asiles publics d'aliénés.

FEUILLETON.

Exposition de Londres.

(Cinquième article.)

SOMMAIRE. — Ovariotomie. — Fistule vésico-vaginale. — Machines électriques. — Lits à eau. — Appareils à fractures. — Instruments d'obstétrique. — Métallothérapie. — Mécanisme de la physionomie (images photographiées). — Prothèse dentaire. — Anatomie clastique et micrographique. — Pièces d'histoire naturelle. — Yeux artificiels. — Instruments d'optique. — Dessins d'anatomie. — Coup d'œil général sur les vitrines des fabricants étrangers. — CONCLUSION.

Il y a peu de temps que l'ovariotomie a pris droit de domicile réel en France, et déjà nous comptons plus d'instruments que nous ne comptons d'opérations; nous aimons tant à modifier que nous perfectionnons même des instruments dont nous ignorons encore à peu près l'usage. L'excès en tout est un défaut, et je me permets de signaler le zèle un peu excessif de nos fabricants. Un gros trocart simple ou muni d'une ouverture latérale à laquelle s'adapte un tube de caoutchouc conduisant le liquide dans un seau placé au pied du lit, a presque suffi jusqu'à présent pour les quelques centaines d'opérations faites en Angleterre et en Amérique.

Quelques perfectionnements ont cependant été apportés par les fabricants anglais aux instruments existants.

MM. Weiss et fils exposent un trocart qu'ils ont fabriqué sur les indications de M. Spencer Wells, et destiné à faciliter la ponction du kyste. La tige solide, terminée par une pointe dans les trocarts ordinaires, est remplacée par un tube taillé en bec de flûte aigu glissant dans la canule. Celle-ci se termine par un long tuyau de caoutchouc pouvant conduire le liquide dans un seau placé au pied du lit. Lorsqu'on veut faire la ponction, on fait sortir la canule tranchante qui se trouve fixée par un petit bouton placé sur le côté de l'instrument, et que le pouce fait mouvoir facilement. La ponction pratiquée, on rentre le tube dans l'intérieur de la canule. Cet instrument, très ingénieusement imaginé, paraît pouvoir rendre des services.

Art. 2. — Tout aspirant au doctorat, élève d'une école préparatoire de médecine ou de pharmacie, qui, pendant la période de la scolarité comprise entre la quatrième inscription validée et la quatorzième inclusivement, comptera deux années de services non interrompus en qualité d'interne nommé au concours dans un hôpital placé près l'École, sera, par cela même, dispensé de tout nouveau stage dans la Faculté où il ira achever ses études.

Art. 3. — Les recteurs des Académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 novembre 1862. ROULAND.

Nous sommes autorisés à annoncer que, avant peu de jours, un décret sera rendu, qui laissera les aspirants au titre de docteur libres de faire imprimer leur thèse dans une imprimerie de leur choix, en s'astreignant, pour le format et pour le caractère, aux prescriptions du règlement qui sera publié ultérieurement.

PARTIE NON OFFICIELLE.

Si nous sommes bien informé, la séance solennelle de la rentrée de la Faculté de médecine et la distribution des prix auront lieu le lundi 17 novembre. Le discours d'usage sera prononcé par M. Gosselin, et aura pour sujet l'éloge du professeur Moreau.

Les cours commenceront le 18, et le registre des inscriptions, ouvert depuis le 2 novembre, sera fermé le 15 courant.

I

Paris, 6 novembre 1862.

QUESTION DES MARIAGES CONSANGUINS : RECTIFICATION. — *Académie de médecine de Turin* : INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ABSORPTION : DOCUMENTS. — *Société médicale de l'État de New-York* : DE LA PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE.

La GAZETTE MÉDICALE DE LYON (n^{os} du 16 octobre et 1er novembre) contient une vive réponse de M. F. Devay à l'article d'un de nos collaborateurs sur la question de la consanguinité dans le mariage. Notre affectueuse estime pour M. Devay nous rend très sensible aux flatteuses paroles qu'il veut bien nous adresser, comme M. Dally, nous en sommes sûr, ne laissera pas altérer par les aigreurs de la polémique la haute opinion qu'il a de son adversaire. Nous eussions abordé sans répugnance ce grave sujet, mais notre confrère de Lyon indique lui-même le motif de ce silence qu'il regrette si obligeamment; nous n'avions pas de « parti pris », ou, pour parler plus justement, nous n'avions pas de conviction formée, ni le loisir d'en demander une à la critique attentive de tant de faits et de tant d'écrits. Toute notre prétention a été de poser clairement les termes de la question, laissant, sur le fond, la carrière libre à un écrivain que des études spéciales autorisaient à plus de hardiesse. Il n'arrive que trop souvent aux organes de la presse de se croire tenus à formuler une opinion sur ce qu'ils ignorent parfaitement.

En ce moment, nous n'intervenons que pour rectifier une erreur de typographie qui a servi de base à un point de l'argumentation de M. Devay, et qui fait le sujet d'une lettre adressée par M. Dally à la GAZETTE MÉDICALE DE LYON. « Quand les nobles déployaient cette force, disait notre collaborateur, c'était précisément à l'époque où ils ne se mariaient *jamais qu'entre eux*. » La GAZETTE HEBDOMADAIRE a imprimé : « où ils ne se mariaient *jamais entre eux*. » Cette substitution a une importance qui sera comprise par tout le monde, et il était de notre devoir de la signaler.

— A ce que nous avons dit dans le dernier numéro, touchant la discussion engagée à l'*Académie de médecine de Turin* sur l'introduction des médicaments dans l'organisme au moyen de l'électricité, nous ajouterons quelques mots pour rappeler un document important qui nous est revenu à la mémoire; c'est un travail de MM. E. Pelikan et A. Savelieff. Comme ce travail a été analysé en son temps dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (t. IV, p. 903), nous nous dispenserons d'en reproduire, même sommairement, la substance; mais nous en prendrons texte pour insister davantage encore sur nos réserves à l'endroit d'expériences déjà anciennes, et sur les conditions rigoureuses qu'on est en droit d'exiger de recherches expérimentales sur un sujet aussi délicat. Nos confrères de Saint-Pétersbourg ne sont arrivés en effet qu'à des résultats négatifs, en répétant, mais avec des garanties nouvelles de précision, des essais qui avaient laissé dans l'esprit de savants tels que MM. Davy, Faraday, Daniell, Becquerel, Klenke, etc., la conviction arrêtée que l'électricité exerçait une influence notable sur l'absorption. On trouvera, du reste, dans cette analyse du mémoire de MM. Pelikan et Savelieff, un historique abrégé de cette question de physiologie et de thérapeutique.

— La paralysie diphthéritique, dans la majorité des cas, lorsqu'elle ne porte pas spécialement et profondément sur le

M. Charrière expose un trocart droit muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule, un autre muni de deux ailerons qui se développent en retirant la tige; puis le robinet a été fait à coulisse, la plaque a été mobilisée, un lithotome a été ajouté, etc., etc.

M. Mathieu a construit sur le même principe un trocart destiné au même usage. Le corps principal ressemble à une seringue dont le piston pointu peut saillir au dehors au moment de la ponction, puis se retirer en arrière en débouchant ainsi un canal latéral par lequel, au moyen d'un tube de caoutchouc, le liquide va couler dans un seau placé au pied du lit.

Le *clamp* ou la pince destinée à retenir le pédicule fut d'abord l'imitation de l'instrument anglais, mais elle étale le pédicule en long, et cela ayant paru un inconvénient après la première opération faite à Saint-Germain, nous avons eu cinq instruments au moins de M. Mathieu : une pince qui opère la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis ; un constricteur à chaîne métallique dans le genre de l'écraseur linéaire, etc. Nous avons eu de M. Charrière, un constricteur avec une corde ou une chaîne très épaisse, pressant par l'action du treuil ou de la vis ; une pince à pression parallèle exercée par une vis ; une autre pince analogue mais à pression continue, etc. Si le nombre des instruments continue à progresser ainsi en raison directe du nombre des opérations, nous finirons par avoir un arsenal chirurgical aussi bien garni que le musée d'artillerie.

L'application de l'ovariotomie au traitement des kystes de l'ovaire n'est heureusement qu'une nécessité exceptionnelle, et la ponction simple ou suivie d'injection reste toujours le traitement ordinaire. M. Mathieu expose une seringue à double effet, qui peut rendre des services dans cette opération et dans beaucoup d'autres. Elle est destinée à évacuer les collections liquides et à faire pénétrer ensuite dans les cavités qui les renfermaient des solutions modificatrices. Suivant que la seringue, dont nous donnons le dessin, est adaptée à la canule du trocart par l'une ou par l'autre de ses extrémités, elle agit comme

Digitized by Google

pharynx, n'offre pas beaucoup de gravité. Peut-être néanmoins, dans ces cas réputés favorables, les praticiens se hâtent-ils trop en général de rassurer les parents. Nous avons vu tout récemment encore cette sécurité subitement trompée, à la grande désolation de la famille et au préjudice du médecin. Il y a une paralysie diphthéritique, exempte d'albuminurie ou d'urémie, qui a été signalée par plusieurs observateurs et plus spécialement décrite par M. Trousseau, et dans laquelle les sujets succombent avec un cortége de symptômes tantôt ataxiques, tantôt adynamiques.

Cette forme passe pour être rare. Nous ne la croyons pas très commune en effet ; mais elle l'est plus, à notre sens, et peut aussi revêtir une physionomie plus diversifiée, qu'on ne le suppose. Comme la paralysie débute presque constamment par la gorge; qu'elle gêne plus ou moins, soit la déglutition, soit la respiration, soit les deux fonctions à la fois, dans la forme bénigne de l'affection aussi bien que dans la forme grave, on est très disposé à attribuer la mort à la dysphagie ou à la dyspnée pour peu que les accidents aient eu d'intensité, et dès lors on croit s'être trouvé en présence d'un cas foncièrement bénin, mais compliqué d'un accident grave. Or, en examinant attentivement les observations de ce genre qui ont été publiées avec détails, on reste convaincu que, pour un certain nombre d'entre elles, la difficulté d'avaler ou de respirer n'a pas été assez forte pour amener à elle seule une terminaison funeste. Il arrive, à l'égard de cette dangereuse suite de la diphthérite, ce que nous avions eu autrefois l'occasion de remarquer au sujet de la diphthérite elle-même, dont l'issue funeste était attribuée par beaucoup de médecins à l'asphyxie et leur paraissait pouvoir être conjurée par la trachéotomie, tandis qu'elle était due réellement à l'intoxication, ou, si on l'aime mieux, au caractère malin de la maladie principale.

Ces réflexions nous sont suggérées par une communication de M. D. Bissell à la *Société médicale de l'État de New-York* (*Transact. of the Med. Society of the State of New-York, for the Year* 1862; — *analysé* in *the American Journal*, oct. 1862), et relative à sept cas de paralysie diphthéritique, dont cinq terminés par la mort ; encore un des deux autres sujets n'était-il pas guéri au moment de la rédaction du mémoire. Chez quelques-uns (*in some cases*), le pharynx et le larynx participaient à la paralysie ; dans deux cas, les boissons revenaient par le nez ; *mais les aliments solides étaient facilement avalés*. Dans plusieurs autres (*in a few cases*) il y a eu des vomissements aux approches de la terminaison. Dans tous, le pouls était *mou*, *faible*, *lent*, ne donnant parfois que 30 battements par minute. *La faiblesse du pouls était telle chez deux ou trois sujets qu'on avait peine à le compter* ; la fréquence de la respiration était proportionnée à celle du pouls. Toute la surface du corps était *pâle*, et le système musculaire paraissait, au toucher, *pâteux*, *inélastique*, sans atrophie notable. Du reste, appétit bon, fonctions digestives parfaites, garde-robes naturelles, urines d'aspect normal ; aucune apparence d'anémie, sommeil paisible ; aucun trouble du côté de l'intelligence. La scène se terminait d'ordinaire brusquement ; le petit malade (car il s'agissait d'enfants) était assis sur son lit ou s'amusait avec ses jouets. L'auteur attribue cette mort subite à une paralysie du cœur.

Sur un point important, les faits rapportés par M. Bissell ne s'accordent pas avec l'observation de la plupart des praticiens. On vient de voir en effet qu'il a noté la paralysie du pharynx seulement dans *quelques cas*; et comme il dit ailleurs formellement que le *premier signe* de paralysie s'est montré dans les membres, et que le pharynx et la langue n'ont été atteints que consécutivement, il est clair que cette remarque d'une apparition tardive des phénomènes paralytiques s'applique au voile du palais lui-même. Or, le résultat général de l'observation a été jusqu'ici, que ces phénomènes se montrent d'abord, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, au voile du palais. Quoi qu'il en soit de cette exception, il n'en est que plus certain que, chez la plupart des sujets, les fonctions du pharynx étaient peu gênées, et, quant à ceux qui avaient le pharynx et la langue plus ou moins paralysés, on a vu qu'ils pouvaient encore ingurgiter aisément des aliments solides. De plus, ils mangeaient bien et digéraient de même. Donc, l'inanition n'était pour rien dans cette exhumation générale des forces dont nous avons indiqué les traits principaux. On peut en dire autant de la respiration. Tout, au contraire, tend à faire penser que les malades ont succombé à une syncope, expression dernière de la faiblesse radicale qui avait amolli tout le système musculaire, affaibli et ralenti outre mesure les battements du cœur et le jeu de la respiration.

C'est là un genre de mort qu'on observe assez fréquemment dans les fièvres graves, notamment dans la fièvre typhoïde ; mais il n'est pas rare non plus dans la phthisie pulmonaire ; il appartient à toutes les maladies susceptibles d'user lentement et à fond les ressorts de l'organisme, et d'épuiser l'action nerveuse. A cet égard, il nous semble qu'en

---

une pompe aspirante ou comme une pompe refoulante. En adaptant un tube à la partie aspirante et en le faisant plonger dans le vase qui renferme le liquide à injecter, on peut à volonté introduire une quantité quelconque d'eau ou de teinture d'iode sans être obligé de retirer et de recharger l'instrument.

M. Charrière a fabriqué une seringue en ivoire, dans laquelle le piston creusé à son centre fait en même temps office de canule. Cette seringue, non susceptible d'être corrodée par l'iode, est d'un excellent usage dans l'opération de l'hydrocèle, dans la ponction suivie d'injection des abcès froids, kystes séreux de l'ovaire ou des autres organes.

— Les voyages en France de MM. Bozeman et Marion Sims ont ajouté des instruments nouveaux à ceux employés déjà pour la guérison de la fistule vésico-vaginale ; mais cette fois, l'addition de nouvelles richesses a eu pour résultat une véritable simplification ; car le nouveau procédé, d'une application très facile, a fait mettre de côté une foule de pinces, de bistouris, de porte-aiguilles désormais inutiles. Le spéculum de MM. Sims et Bozeman, leurs pinces, leur ajusteur de la suture, sont assez connus pour que nous ne décrivions pas ceux qui se trouvent à l'Exposition du palais de Kensington.

— Il est un certain nombre d'instruments que nous devons mentionner à part ; dans le nombre se trouvent les machines électriques appliquées à la thérapeutique. M. Coxeter a modifié la machine de Breton en y ajoutant un mécanisme qui permet à l'opérateur de conserver l'usage des deux mains. Une pédale, mue par le pied, sert à faire tourner l'électro-aimant ; mais nous doutons fort qu'on y ait souvent recours ; car faire aller la machine avec le pied, promener avec les deux mains sur le corps du malade les deux pôles de la pile, est un exercice qui doit demander un long apprentissage, et donner au médecin l'air de ces gens qui jouent à la fois de cinq ou six instruments différents.

Digitized by Google

arguant surtout des observations de MM. Pératé, Trousseau, Millard, on a établi un rapprochement trop étroit, sous le rapport des symptômes terminaux, entre la paralysie diphthéritique dite *grave* et les fièvres ataxo-adynamiques. M. Trousseau lui-même s'exprime ainsi : « Des troubles du côté de la respiration, *comme nous en observons dans les fièvres malignes*, des vomissements, du délire, des convulsions, des phénomènes ataxo-adynamiques, un épuisement général, tels sont les accidents au milieu desquels peuvent succomber les malades *dans la forme grave* de la paralysie diphthéritique, accidents qui témoignent de la malignité de la cause qui a frappé ces individus et qui a porté son action sur les forces radicales de l'organisme. » (*Clinique médicale*, t. I^{er}, p. 389.) Oui, nous le croyons aussi, la gravité des accidents et le genre de mort, dans cette terrible affection, accusent la *malignité* de la cause morbifique ; mais ces accidents peuvent avoir une expression très différente de celle des fièvres malignes ou ataxo-adynamiques; et le genre de mort peut être pareil à celui qui termine bien des affections exemptes de malignité. Les observations de M. Bissell témoignent de l'exactitude de cette double assertion.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

DES DÉSINFECTANTS ET DE LEUR APPLICATION EN THÉRAPEUTIQUE (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1861 — mention honorable) ; par le docteur BOINET.

(Suite et fin. — Voir les numéros 40 et 41.)

En 1850, un pharmacien de Bayonne, M. Lebœuf, avait signalé ce fait, que toutes les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool peuvent se diviser à l'infini lorsqu'on ajoute à leur solution alcoolique de la saponine, et former par son mélange avec l'eau une émulsion stable. Les différentes communications faites aux académies sur la désinfection des plaies par le goudron de houille firent penser à M. Lebœuf que le coaltar, facilement soluble dans l'alcool, pourrait bien, traité par la saponine, être un bon désinfectant. Le résultat a été satisfaisant au point de vue pharmaceutique, et M. le docteur Lemaire a institué des expériences cliniques, qui, d'après un travail qu'il a publié (*Du coaltar saponiné et de ses applications*, etc.), ne laisseraient rien à désirer. M. Velpeau, qui a essayé cette liqueur de coaltar émulsionné, soit en lotions, soit au moyen de compresses, soit en imbibant de la charpie, dit que la plupart des malades s'en sont plaints assez vivement ; que les plaies n'ont à peu près éprouvé rien de satisfaisant, et que, par son emploi, la désinfection est restée très imparfaite. En injections au fond d'oreilles malades et infectes, cette liqueur aurait rendu quelques services à M. Ménière, qui affirme aussi, de son côté, que cette préparation ne paraît pas avoir une influence bien déterminée sur la nature des plaies, sur la production des bourgeons charnus, en un mot qu'elle n'est pas un modificateur spécial des surfaces malades.

M. le docteur Darricau, chef du service de chirurgie de l'hôpital de Bayonne, a expérimenté en grand le coaltar saponiné. Employé au lavage des plaies, il aurait donné d'excellents et prompts résultats : constamment le lavage aurait enlevé instantanément l'odeur infecte des plaies, mais il leur substituait l'odeur du goudron. Lorsque la suppuration était très abondante, l'odeur reparaissait au bout de quelques heures ; alors, pour remédier à cet inconvénient, on renouvelait le lavage ou le pansement. Les avantages de cette liqueur sur la poudre si peu maniable de MM. Corne et Demeaux seraient de se prêter à tous les usages de la chirurgie ; malheureusement, si nous en croyons les témoignages de MM. Velpeau, Ménière et Darricau, qui ne seront suspects pour personne, cette préparation aurait besoin, comme la poudre Corne et Demeaux, d'être renouvelée souvent pour désinfecter complétement ; de plus, elle est douloureuse pour les malades, ne produit rien de satisfaisant sur les plaies, qu'elle ne modifie en aucune façon. Pour obtenir ce coaltar saponiné, M. Lebœuf mêle 1000 gr. de coaltar à 2400 de teinture alcoolique de saponine à 32, et obtient une émulsion fort active qui sert à faire l'émulsion saponinée. On met ensuite 100 grammes de cet alcoolat dans 400 grammes d'eau de fontaine, on mêle par agitation, et l'on a une émulsion facile à manier. Tout dernièrement, M. Demeaux a proposé de remplacer la saponine par le savon, mais jusqu'à présent, il n'a pas encore apporté de faits au point de vue clinique.

Pendant que M. Velpeau expérimentait à la Charité la poudre Corne et Demeaux, et étudiait les effets désinfectants de plusieurs autres préparations, de tous côtés on instituait des expériences avec d'autres produits désinfectants. A l'hôpital Saint-Lazare, M. Boys de Loury employait les diverses préparations carbonifères (sachets, papiers, charpie) de MM. Pichot et Malapert, et plusieurs autres chirurgiens des hôpitaux en faisaient autant ; mais les résultats obtenus n'ont pas été de nature à faire persévérer dans cette voie : ils ont démontré que ces nouvelles préparations agissaient à la manière des absorbants et qu'elles étaient même inférieures à la poudre au coaltar.

D'autres préparations aussi nombreuses que variées ont encore été proposées pour désinfecter les plaies ; mais la plupart

---

Parmi les piles électro-médicales, nous citerons surtout celle de MM. Legendre et Morin, trop connue pour que nous en donnions la description, et un charmant petit appareil, celui de M. Gaiffe. Du volume d'un mince volume in-8, il donne des courants du premier et du second ordre ; sa pile se charge avec quelques grammes de bisulfate de mercure, contenu dans un petit tube placé dans la boîte et un peu d'eau.

Le sphymographe ou hémographe de M. Marey a valu une médaille à son ingénieux inventeur.

— Au milieu d'un grand nombre d'appareils destinés à diminuer les inconvénients d'un long séjour au lit, nous avons surtout remarqué le *water-bed* que nous avions vu souvent employer dans les hôpitaux anglais : c'est un matelas rempli d'eau, composé d'une enveloppe de caoutchouc vulcanisé et par conséquent imperméable ; un tube communiquant avec l'intérieur du sac permet d'y injecter de l'eau, de telle sorte que le malade repose sur une sorte d'immense vessie qui se moule sur toutes les saillies du corps, répartit partout le point d'appui, et empêche la formation des eschares, si fréquentes lorsque des blessés, des opérés ou des paralytiques doivent conserver longtemps le décubitus dorsal. Il serait à désirer que leur usage devînt général en France, où ils seraient encore inconnus si M. Demarquay n'en avait, il y a quelque temps, importé l'emploi à la maison municipale de santé.

Au lieu de mettre l'eau dans le matelas, M. Hébra (de Vienne) met le matelas dans l'eau et y met aussi le malade. L'objet principal de son appareil est de garder jour et nuit dans un bain tiède, les personnes affectées de maladies de la peau ou de brûlures avec plaies. Il consiste en une cuve ayant à peu près la forme d'un lit, contenant un plan mobile au moyen de treuils placés au pied et à la tête de la caisse, et pouvant se relever à une extrémité en guise d'oreiller comme le pupitre de nos salles d'opérations. Ce plan mobile supporte un matelas de crin sur lequel repose le malade. L'eau est amenée incessamment par un tube qui aboutit à une chaudière ou bouilloire

de ces nouveaux désinfectants n'ont pas produit de meilleurs résultats que ceux que nous avons passés en revue précédemment.

Dans un cas de gangrène du pied répandant une odeur infecte, M. Billard (de Corbigny) employa un mélange composé d'une partie de chlorate de potasse sur neuf parties de terre argileuse blanche. Ce mélange fut appliqué à l'état pulvérulent sur la partie gangrenée, et la charpie employée pour le pansement fut roulée dans la même poudre ; mais au pansement suivant l'odeur se manifesta lorsqu'on enleva la charpie, ce qui prouve que ce mélange est un mauvais désinfectant. En substituant à l'argile d'autres poudres absorbantes, les effets furent les mêmes. Le chlorate a encore été recommandé contre la stomatite mercurielle, contre la gangrène de la bouche, contre les ulcérations phagédéniques et autres, contre la pourriture d'hôpital (Milon), contre le cancer (Weeden Cooke, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, années 1855, p. 432 ; 1856, p. 294, 568, 589, 592 et 617 ; 1858, p. 154 et 599). La craie et le blanc d'œuf conseillés par M. Moussu, le sucre mis en usage par M. Herpin (de Metz) n'ont pas mieux réussi. Ces substances forment, comme toutes les poudres absorbantes, des croûtes épaisses et imperméables audessous desquelles s'accumule la suppuration au détriment de la détersion et de la cicatrisation.

M. Autier (d'Amiens) a recommandé la glycérine comme un bon absorbant et un bon désinfectant si on y ajoute parties égales d'eau de laurier-cerise pour faire des injections et des lavages, et, au moyen d'une quantité suffisante de poudre ou de tourteau d'amandes, on en fait une pommade excellente pour toutes sortes de plaies. « Essayées à la Charité, dit M. le professeur Velpeau, la liqueur et la pommade de M. Autier, avec ou sans addition de kaolin, n'ont rien produit de plus que le cérat de saturne et différentes solutions antiputrides ou détersives déjà usitées. »

Un pharmacien de Nantes, M. Moride, a voulu remplacer le *charbon*, qui, comme on le sait, est un des meilleurs antiputrides connus, et le coaltar, par une poudre de coke de Boghead. Ce mélange, qui aurait bien réussi à l'hôpital de Nantes, n'a pas eu d'aussi bons résultats entre les mains de M. Velpeau, qui le trouve plus désagréable et moins efficace que le topique Demeaux. Le charbon plâtré, la poudre de coke de Boghead désinfectent mal, salissent beaucoup et irritent les plaies.

Il y a encore les eaux bitumineuses de Visos proposées par M. Manne, la vase des rivières par M. Desmartis, le nitrate et l'azotate de plomb, la créosote, la poudre de bismuth, etc. ; mais tous ces désinfectants n'ont pas répondu à l'attente de leurs inventeurs et sont loin d'avoir les propriétés antiseptiques et antiputrides de ceux qui nous restent à étudier. Le bismuth peut-être a-t-il quelques avantages que nous indiquerons sommairement : M. Velpeau, sur les indications de M. Fremy, membre de l'Institut, l'a appliqué sur plusieurs plaies, et il a reconnu que le bismuth absorbe et désinfecte mieux que le quinquina, le charbon et le chlorate de potasse, mais moins que la poudre de coaltar ; qu'il ne cause ni douleur ni irritation, qu'il ne salit ni la peau ni le linge, et que c'est à titre d'incarnatif, de siccatif plus encore que comme absorbant ou désinfectant qu'il peut être utile.

Dans une thèse présentée et soutenue par M. Bourot (juin 1858), qui a fait la campagne d'Orient, et dans un mémoire de M. le docteur Salleron, médecin principal de première classe, des observations nombreuses établissent les avantages du perchlorure de fer contre la pourriture d'hôpital et l'infection purulente. MM. Burin-Dubuisson et Barudel, médecin-major, avaient déjà fait les mêmes remarques. Sa forme liquide le rend applicable dans tous les cas : il a une action désinfectante sur les plaies fétides ; il décompose les gaz sulfureux et ammoniacaux ; il modifie la plaie en détruisant ou plutôt en rendant moins abondante la sécrétion pulpeuse qui la recouvre ; il ramène la vitalité dans les tissus en les excitant sans les enflammer. En ajoutant de l'acide citrique au perchlorure de fer, le docteur Rodet (de Lyon) a fait une solution pour panser les chancres simples et même indurés, et est arrivé à les modifier si avantageusement qu'il prétend détruire le virus syphilitique, de même que tous les poisons d'origine animale, les virus du vaccin, de la rage, de la morve, les morsures venimeuses, les piqûres anatomiques. Les inconvénients dont on accuse le perchlorure de fer, et ils sont de mince importance, comparés à ses avantages, seraient de causer beaucoup de douleurs, d'agir violemment sur les tissus malades et de perdre le linge. Le sulfate de fer a à peu près les mêmes avantages.

Un désinfectant qui a eu une grande vogue, surtout après les travaux de Labarraque, c'est le chlore ; mais ses applications, soit qu'on emploie les solutions de chlore, de chlorure de soude ou de chlorure de chaux, dégagent des odeurs désagréables qui fatiguent la poitrine, irritent les voies respiratoires, et les plaies ne s'en accommodent guère mieux que l'odorat dès que la dose du médicament a besoin d'être un peu forte. C'est surtout à la salubrité publique plutôt qu'à la médecine que la solution de chlore connue sous le nom de liqueur de Labarraque a rendu de grands services. Dans un mémoire très intéressant que vient de publier un médecin des hôpitaux, M. Hervieux, il a cherché, imitant en cela les anciens, qui pansaient les vieux ulcères avec des morceaux d'éponges dans le but d'absorber le pus, de panser les plaies fétides et de mauvaise nature avec des éponges imbibées d'une solution chlorurée. En effet, ce procédé est d'une simplicité remarquable : tenue à nu sur les plaies ou dans les plaies, dans les cavernes, soit purulentes, soit gangréneuses, l'éponge,

---

placée à la tête du lit sur un plan plus élevé. M. Hébra qui est professeur de dermatologie à l'université de Vienne, rapporte plusieurs cas dans lesquels il a employé ce système de bain continué parfois à outrance. Ainsi, un malade atteint de pemphigus fut mis une première fois dans l'eau pendant cent jours ; la maladie ayant récidivé, il y fut replacé *sur son désir* pendant quatre-vingt-neuf jours, total cent quatre-vingt-neuf jours. Un bain de 4536 heures peut s'appeler un bain prolongé. Le moyen est extraordinaire ; puisse-t-il procurer des guérisons qui le soient autant ! Il serait du reste imprudent de juger à priori. M. Langenbeck (de Berlin) avait déjà appliqué le bain local prolongé à la guérison des amputations et s'en était bien trouvé ; nous en avons retiré de tristes effets en France, mais il est juste de dire qu'on avait cru à propos de modifier fort malheureusement le mode d'application des appareils, de telle façon que l'expérience peut être considérée comme non avenue.

— Le berceau de M. Salter, Salter's Swing, exposé par plusieurs fabricants anglais, est destiné à supporter les membres fracturés ou reséqués. C'est un cerceau analogue à ceux dont nous nous servons pour supporter le poids des couvertures ; mais dans l'intérieur se trouve suspendu une espèce de hamac, formé de deux attelles longitudinales, réunies par des bandes de toile et de caoutchouc indépendantes les unes des autres. Le long de la tige longitudinale qui forme la partie supérieure du cerceau, glisse au moyen de deux roulettes un petit charriot duquel pendent les chaînes qui supportent le hamac. De sorte que le malade peut mouvoir sa jambe fracturée dans tous les sens ; le hamac la suit partout sans qu'on ait à craindre de voir les fragments s'abandonner. C'est un appareil hyponarthésique perfectionné, que nous recommandons vivement à l'attention des chirurgiens après en avoir constaté les nombreux avantages.

Nous avons vu aussi des appareils à fracture pour lesquels la tôle d'acier a été très ingénieusement mise en œuvre. Pour

réimbibée plusieurs fois par jour, absorbe le pus à mesure qu'il est sécrété et désinfecte très bien. Malheureusement, le chlore n'en conserve pas moins ses propriétés irritantes: son odeur désagréable, aigrelette, âcre, est très désagréable à respirer.

Le désinfectant qui nous reste à étudier a depuis longtemps conquis sa place dans la classe des antiseptiques et des antiputrides : c'est de l'iode que nous voulons parler. Dès 1839, en faisant des injections iodées dans des abcès caverneux renfermant du pus de mauvaise nature, nous avons reconnu, il y a longtemps déjà, que l'iode avait la puissance d'enlever instantanément la mauvaise odeur du pus, de rendre louable et de bonne nature celui qui était sanieux et fétide, de favoriser la cicatrisation des plaies, des ulcères; qu'il était antivirulent, et pouvait modifier les sécrétions contagieuses et les annihiler. Depuis nos publications, l'observation que nous avions faite a été confirmée par tous ceux qui ont eu l'occasion d'employer la teinture d'iode dans les plaies de mauvaise nature. Outre les observations que nous avons publiées dans les annales de la science depuis 1840, on trouve dans notre Traité d'iodothérapie, à la page 608, un chapitre sur l'application locale de l'iode dans les plaies, les ulcères, les inflammations virulentes, comme moyen antiseptique ou désinfectant. Appliquée sur les muqueuses et la peau enflammée, la teinture d'iode modifie, change la nature de l'inflammation, et par conséquent les sécrétions; la matière séreuse, muqueuse ou purulente sécrétée, se coagule, se dessèche, etc.; en activant les propriétés vitales des parties touchées, elle donne à toutes ces parties un autre mode de vitalité qui les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain. Les mauvaises qualités du pus ou des sécrétions sont modifiées, changées; les vaisseaux sont dégorgés, et en peu de temps les sécrétions purulentes ou non deviennent louables. La teinture d'iode a été appliquée avec succès dans les inflammations de toute nature, dans les plaies et les ulcérations, sur celles de la bouche, de la gorge, du col de la matrice, dans les vaginites aiguës ou chroniques, spécifiques ou non, sur les chancres, contre l'érysipèle et l'éruption variolique pour faire avorter les pustules, dans la pourriture d'hôpital, dans les foyers purulents, fétides, etc.

M. le professeur Velpeau, dans son rapport à l'Académie des sciences (6 février 1860), dit que la teinture d'iode est plutôt un modificateur de la surface des plaies, des foyers purulents, qu'un absorbant et un désinfectant; mais ce reproche que lui adresse M. Velpeau est précisément ce qui fait son plus grand mérite, car c'est parce qu'elle est un modificateur puissant et prompt des plaies de mauvaise nature qu'elle est un désinfectant. En effet, que doit être un désinfectant, sinon un agent qui, employé comme topique sur une plaie infecte, pendant quelque temps, doit en détruire la mauvaise odeur, agir sur les surfaces sécrétantes, les modifier et en favoriser la cicatrisation? L'iode produit-il tous ces effets? Telle est la question à laquelle a répondu la pratique de tous les jours. N'est-il pas évident, et ne l'avons-nous pas suffisamment démontré au commencement de ce travail, qu'un désinfectant ou tout agent considéré comme tel ne peut être bon qu'autant qu'il disposera les chairs à la cicatrisation, car autrement à quoi servirait de désinfecter le pus à mesure qu'il se forme si le fond de la plaie conservait toujours de mauvaises dispositions? Dans son troisième livre de la Méthode, Galien a dit avec beaucoup de raison : « Il est impossible que, dans les ulcères, il se fasse d'incarnation, de consolidation ou de cicatrice sans que les chairs ulcérées reprennent leur état naturel. » Or donc, tout désinfectant qui ne sera qu'un absorbant, sans être un modificateur des surfaces suppurantes et des sécrétions, sera un mauvais désinfectant. D'ailleurs, si les faits cliniques n'étaient pas suffisants pour bien établir la propriété antiseptique et antiputride de l'iode, autrement dit la propriété désinfectante, les expériences suivantes que nous allons relater nous viendraient en aide.

Magendie, étudiant les effets du contact de l'iode sur le sang, les autres liqueurs animales et diverses substances végétales, constata (*Union médicale*, 1852, p. 163 et 175) qu'une solution iodée avait la propriété de conserver les matières animales. Ayant mis de la fibrine dans une solution concentrée d'iode, cette solution, qui était d'un rouge opaque, était décolorée au bout de très peu de jours et n'avait plus l'odeur de l'iode; mais aucune odeur de putréfaction ne s'y faisait sentir, tandis que la quantité de fibrine conservée pendant le même temps dans l'eau ou dans une solution peu concentrée d'iode offrait manifestement les signes d'une putréfaction avancée. On a conservé dans l'eau iodée un morceau de rate, ce qui montre que cette préparation pourrait être employée à préserver les pièces anatomiques. Dans une autre circonstance, Magendie avait voulu conserver les artères de bœufs égorgés pour étudier les caillots du sang; pour cela, *il avait versé sur* ces pièces une grande quantité de solution concentrée d'iode; la putréfaction n'a commencé à se produire que lorsque l'iode a disparu.

M. Duroy, pharmacien distingué de Paris, a fait de son côté des expériences qui sont venues confirmer nos observations et celles de Magendie sur les propriétés antiseptiques de l'iode, et a publié en septembre 1854, dans l'Union médicale, des faits très importants. Ce savant chimiste a étudié chimiquement, et en dehors des foyers purulents, les effets de l'iode sur le pus; les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait identiques avec ceux que l'observation clinique nous l'avait appris et que nous l'avons signalé le premier il y a plus de vingt ans, à savoir que l'iode est un antiputride qui empêche la fermentation putride, change en pus de bonne nature le pus de mau-

---

le membre inférieur, par exemple, l'appareil se compose de deux demi-gouttières répondant, l'une à la cuisse, l'autre à la jambe. Articulées au niveau du genou, on peut au moyen d'une vis appliquée en arrière leur donner un degré de flexion variable. La pièce jambière peut s'allonger et se raccourcir, de sorte que ce plan incliné analogue à ceux dont se sert M. Malgaigne, a l'avantage d'offrir un point de sustentation très solide et de pouvoir servir pour des malades de toutes les tailles.

— Nous voudrions pouvoir parler des instruments si nombreux destinés à la pratique des accouchements. Compas d'épaisseur, perce-membranes et leviers, forceps et leniceps, perce-crâne et céphalotribes, mériteraient plus qu'une simple mention. Mais il nous faudrait un volume si nous voulions dire aussi quelques mots des appareils orthopédiques, des compresseurs pour anévrysmes, des bandages herniaires et des bas lacés, des genouillères et des irrigateurs, des nez artificiels et des boîtes de secours. Nous devrons cependant faire une exception pour le pessaire de M. Grandcollot si ingénieux et si vivement attaqué. Il a valu justement à son auteur une première médaille.

Si l'indulgence des lecteurs nous accorde encore un peu d'attention, nous parcourrons rapidement ensemble, avant de les quitter définitivement, les vitrines de l'exposition française, où se trouvent exposées les préparations microscopiques, les pièces d'anatomie en cire ou en carton, les mâchoires et les dents artificielles, les photographies médicales et les plaques métalliques qui guérissent tout, même le choléra; puis nous terminerons par un coup d'œil sur l'ensemble des expositions étrangères, dans lesquelles nous n'avons pris jusqu'ici que des termes de comparaison avec l'exposition française.

Dirigeons-nous donc vers la partie du palais consacrée à la France, et montons au premier étage où se trouve la partie scientifico-industrielle de notre exhibition. Nous apercevons tout d'abord un Laocoon se tordant ainsi que ses fils sous l'étreinte, non d'un serpent, mais des chaînes et des plaques

Digitized by Google

vaise nature, qu'il soit sanieux, fétide, virulent, etc.

Ayant mis de la teinture d'iode dans du pus, M. Duroy a constaté que le pus, quoique exposé à l'air et à une température de plus de 20 à 25 degrés, n'avait contracté aucune odeur; qu'il était sensiblement alcalin et qu'il ne renfermait aucune trace d'ammoniaque. Au bout de huit jours, une légère odeur qui commençait à s'y manifester disparut aussitôt par l'addition de deux gouttes de teinture d'iode, puis, pendant plus d'un mois, ce mélange est resté dans une stabilité absolue, et aucun signe de fermentation n'a eu lieu.

Du même pus, placé comparativement dans les mêmes conditions et sans y ajouter d'iode, avait, au bout de vingt-quatre heures, une odeur fétide, une alcalinité prononcée, et laissait dégager de l'ammoniaque au contact de la potasse.

M. Duroy a encore fait d'autres expériences sur le lait, le sang, l'albumine, le gluten, et il a toujours constaté la propriété antiputride de l'iode.

A ces expériences nous en joindrons d'autres qui sont encore inédites, mais qui ne sont pas moins probantes que nos observations et celle de MM. Magendie et Duroy, pour prouver que l'iode et le brome sont d'excellents moyens pour conserver les pièces anatomiques et empêcher la putréfaction.

On doit à M. Selmi l'observation relative à la propriété que possède la solution aqueuse d'émétique (tartrate antimonié de potasse) de dissoudre une quantité notable d'iode. D'après ce chimiste, 6 parties d'émétique et 176 parties d'eau dissolvent 2gr.75 d'iode. En augmentant la proportion d'eau et la portant à 378 grammes, on peut dissoudre 4gr,12 d'iode; dans ce dernier terme, l'oxyde d'antimoine serait converti en acide antimonique, et la liqueur renfermerait de l'acide iodhydrique.

Ces liqueurs peuvent se préparer à froid, mais la dissolution de l'iode se fait alors lentement et exige au moins quarante-huit heures. En opérant à chaud, la dissolution est plus rapide; mais il faut éviter la température de l'ébullition, afin de prévenir une déperdition d'acide iodhydrique et la formation d'une quantité appréciable d'oxy-iodure d'antimoine, qui se précipite après refroidissement sous forme de paillettes jaunes à aspect d'or massif. Il est avantageux de ne pas dépasser la température de 60 degrés centigrades.

En substituant le brome à l'iode, on obtient des résultats analogues à ceux que Selmi a obtenus. En effet, la solution aqueuse d'émétique dissout une quantité de brome presque proportionnelle à celle de l'émétique employé.

Témoin de ces expériences commencées dans une autre direction, M. le docteur Worms conçut l'idée de recueillir quelques observations pratiques de nature à déterminer si ces dissolutions d'émétique, que nous désignerons dès à présent sous le nom de solutions d'émétique iodées ou bromées, pourraient être utilisées pour la conservation des pièces anatomiques, sans préjuger toutefois des changements moléculaires qui se produisent au sein des liqueurs.

On a déjà dans ces derniers temps indiqué la dissolution alcoolique d'iode pour conserver les pièces anatomiques; mais l'alcool qui, dans ce cas, intervient présente, comme on le sait, l'inconvénient trop réel de changer l'aspect des tissus en les contractant et modifiant leurs rapports. On pourrait, à la rigueur, éviter cet inconvénient en employant la dissolution d'iode dans l'iodure de potassium, mais alors il se manifeste un peu de coloration. En tout cas, après plusieurs essais comparatifs, nous avons évité la préparation des solutions d'émétique bromées ou iodées par l'addition des solutions alcooliques d'iode ou de brome dans la solution aqueuse d'émétique, non-seulement parce que l'alcool modifie les qualités spéciales de ces liqueurs par suite de l'inconvénient signalé, mais aussi parce qu'il précipite graduellement une certaine quantité d'émétique qui se dépose sur les tissus et leur donne un aspect particulier.

Chaque agent conservateur des tissus animaux offre, comme l'a fait remarquer M. Lecanu, une particularité vicieuse à côté de ses qualités spéciales, et il est toujours difficile d'obtenir une conservation intégrale de la pièce macérée : de là la nécessité de recourir pour chaque cas à un liquide approprié. Aussi nous n'avons pas la prétention, en présentant le résultat de ces observations, d'indiquer un moyen conservateur possédant une prééminence absolue sur tous les autres : notre but est de constater seulement qu'après comparaison nous sommes amené à proposer l'emploi des solutions d'émétique iodées et bromées pour la conservation de pièces anatomiques, parce que ces liqueurs n'altèrent ni ne modifient la structure des tissus, que leurs rapports restent intacts, le volume normal, et que, dans tous les cas, la conservation est parfaite, soit pendant l'immersion, soit après dessiccation de la pièce suffisamment macérée.

Pour la préparation de la solution d'émétique iodée, nous avons conservé les indications de Selmi : iode, 4gr,12; émétique, 6 grammes; eau distillée, 378 grammes.

On fait dissoudre l'iode et l'émétique dans l'eau distillée en maintenant la température à 60 degrés; quand la liqueur est refroidie, on filtre et conserve pour l'usage.

La solution d'émétique bromée se compose de : brome pur, 5 grammes; émétique, 6 grammes; eau, 500 grammes. Sa préparation exige quelques précautions, à cause de la tension élastique du brome, qui peut gêner l'opérateur et produire des pertes; pour éviter cet inconvénient, on prépare d'abord la solution d'émétique dans un vase bouché à l'émeri, et on y introduit une petite ampoule de verre effilée renfermant le brome; on brise l'effilure, et l'on agite doucement le vase après l'avoir fermé : la dissolution du brome se fait, sa liqueur

---

métalliques dont l'a chargé le docteur B... (traitement spécial des paralysies et maladies nerveuses). Un avis nous apprend que le « docteur B... *will be shortly in London, to treat the above complaints by his system.* » Nous ne souhaitons pas aux paralytiques anglais de se tordre sous l'influence de la métallothérapie, aussi désagréablement que le malheureux Troyen, lequel paraît fort peu à son aise.

A côté des contorsions sculptées viennent, sous le n° 1739, les grimaces photographiées qui n'auraient pu prendre place, et pour cause, dans la galerie des *beaux-arts*. Les quarante-deux images expriment les sensations les plus désagréables. Les passants s'apitoient sur le sort des malheureux dont on semble vouloir percer la figure avec des tiges de fer, et ils accusent de cruauté le tourmenteur dont la figure souriante paraît de temps en temps sur le coin du tableau. Heureusement nous reconnaissons M. Duchenne (de Boulogne), et nous nous empressons de rassurer au moins quelques bons et innocents visiteurs; mais ils recommencent leurs doléances en voyant au-dessous la vitrine de M. Preterre. Celle-ci ne renferme que des mâchoires, mais quelles mâchoires! à l'une il manque toutes les dents, à l'autre la voûte palatine tout entière. Cette fois c'est le laconisme des étiquettes qui cause les équivoques :

M. LARREY

blessé à Magenta,

et le bon public plaint M. Larrey de la terrible blessure qu'il n'a heureusement reçue ni à Magenta, ni à Solferino où son cheval tout seul fut, comme l'on sait, frappé d'un biscaïen. Rassuré également sur l'état du palais de M. Ricord, nous pouvons admirer comme ils le méritent les ingénieux appareils prothétiques qu'expose M. Preterre.

A côté, sous les nos 1741 et 1743, deux vitrines plus petites renferment les dentiers exposés par MM. Gion et P. Simon.

Tournons maintenant à gauche, et en coudoyant un peu la foule qui stationne un peu émue, nous pourrions dire un peu

Digitized by Google

est légèrement ambrée, puis elle se décolore : il est inutile de la filtrer.

Nous avons remarqué que la solution d'émétique bromée possède une action conservatrice plus énergique que la dissolution d'émétique iodée.

Les liqueurs sont acides, c'est un désavantage pour les tissus osseux ; néanmoins on peut les employer en les affaiblissant. Les tissus qui ne sont pas gorgés de liquides peuvent être immergés immédiatement dans les solutions d'émétique iodées ou bromées ; mais les viscères, tels que le poumon, la rate, le foie, et qui renferment une quantité considérable de sang, devront être préalablement baignés dans l'eau distillée tiède et débarrassés du liquide sanguin qu'ils renferment, car les vaisseaux se vident, et la quantité d'humeur qui se combine avec l'iode ou le brome tenu en dissolution affaiblit d'autant la propriété conservatrice des solutions salines, et comme finalement le but qu'on se propose est de maintenir inaltérés les tissus, il sera toujours avantageux de purger la pièce anatomique, autant qu'on le pourra, des liquides inutiles et souvent nuisibles. Si cependant il y avait, dès le début de l'opération, quelque inconvénient, on pourrait, après quelques jours de macération, filtrer la liqueur, la rehausser par une quantité égale d'une solution saline et immerger de nouveau la pièce anatomique.

Nous avons cherché à déterminer si l'émétique participait à la conservation des matières animales et si les tissus retenaient une forte proportion de ce sel antimonial ; nos expériences nous autorisent à admettre que l'agent principal est l'iode ou le brome, mais sous quelle forme? Est-ce à l'état d'acide iodhydrique ou bromhydrique? est-ce spécialement à l'état métalloïdique, en déshydrogénant la matière animale? Ce sont là des faits qui restent à élucider, et nous nous proposons de continuer nos expériences, notamment en faisant macérer des matières animales dans des solutions d'acide iodhydrique et d'acide bromhydrique.

Nous pouvons dès aujourd'hui présenter les conclusions suivantes :

1° Le brome peut, comme l'iode, se dissoudre dans la solution aqueuse d'émétique ;

2° Les solutions d'émétique bromées et iodées possèdent des propriétés antiseptiques et peuvent être appliquées à la conservation des pièces anatomiques ; leur emploi peut aussi, dans un grand nombre de cas, présenter des avantages sur les autres liquides, en ce sens qu'elles n'altèrent point le volume, ni la forme, ni la structure, ni les rapports des tissus ;

3° La solution d'émétique bromée, quoique plus faible sous le rapport des principes qu'elle renferme, possède néanmoins une action conservatrice plus énergique que la solution d'émétique iodée ;

4° L'agent principal de conservation est l'iode ou le brome ; l'émétique, d'après la réaction chimique, étant transformé en acide antimonique, ne pourrait pas participer à la qualité antiseptique ;

5° Dans tous les cas, il ne faut pas employer les solutions alcooliques d'iode et de brome à la préparation des liqueurs conservatrices, mais le brome et l'iode à l'état pur.

Il résulte donc de toutes ces expériences et de faits cliniques devenus très communs que l'iode, soit en solution aqueuse ou alcoolique, soit dissous dans l'eau émétisée, est un antiputride, un désinfectant par excellence qui modifie les surfaces suppurantes, donne au pus de meilleures qualités et préserve de l'infection putride, etc. Les reproches que lui adresse M. Velpeau dans son rapport de causer de vives douleurs sur les plaies, d'être un moyen onéreux, d'avoir une odeur qui n'est pas très supportable, sont de peu de valeur en comparaison des services qu'il rend tous les jours dans la pratique commune. D'ailleurs, il est facile d'éviter la douleur en faisant usage de la teinture aqueuse d'iode ou bien en ne se servant pas de teinture trop concentrée. Quant à l'odeur de l'iode, nous ne voyons pas qu'elle soit si désagréable ; les solutions iodées ont assurément moins d'odeur que toutes les préparations au coaltar, que le chlore, etc. Elles ont l'immense avantage de pouvoir être employées en lavages, en injections, sur des compresses, de la charpie, et de pouvoir être introduites dans toutes les cavités où siége une suppuration de mauvaise nature. Elles peuvent remplir toutes les vues qu'on peut avoir lorsqu'on se détermine à employer un désinfectant dans le but de hâter la guérison d'une plaie infecte. Il est évident que la première vue doit être d'enlever l'odeur du pus qui se trouve dans la plaie, dans les sinuosités ou interstices des tissus, puisque cette humeur fait seule ou presque seule le vice local. Mais à quoi servirait cette désinfection si elle ne pouvait être suivie de la régénération ou de la réunion des chairs? La désinfection ferait seulement disparaître un vice local pour en laisser substituer un autre dont les suites ne seraient ni moins incommodes ni moins dangereuses. La réunion et la régénération des chairs ont donc essentiellement un autre *but, ou pour* mieux dire le dernier but qu'on doit se proposer : d'où suivent ces conséquences, que le désinfectant qui se bornerait à la seule désinfection du pus sans modifier les surfaces suppurantes et les rendre aptes à la cicatrisation serait un désinfectant incomplet. Les désinfectants, en même temps qu'ils enlèvent au pus sa mauvaise odeur, doivent donc hâter la régénération des bonnes chairs, non que cette vertu réside en eux-mêmes, mais parce qu'ils disposent les vaisseaux à les fournir. Or, non-seulement ces médicaments cessent d'être nécessaires dès que le fond des plaies est en bon état, mais ils deviendraient même nuisibles et préjudiciables si l'on persistait à les employer. Or, l'iode étant un puissant modificateur du pus et des parties qui le sécrètent, doit être rangé parmi les meilleurs désinfectants, si ce n'est le meilleur, en thérapeutique.

---

effrayée mais attentive, nous nous trouvons en face d'un écorché dont le ventre ouvert étale ses intestins de carton, mais de carton si bien peint que l'illusion est permise. Nous sommes devant l'exposition de M. Auzoux, l'ingénieux et persévérant anatomiste, qui a su réaliser ce problème : faire un homme ; non pas seulement le faire, mais le faire fabriquer par des ouvriers, instruits par lui et devenus meilleurs anatomistes que bien des gens qui devraient l'être et qui a su mettre entre les mains de tous un cadavre que les élèves des lycées, que des femmes même, peuvent voir et toucher sans dégoût. Grâce à M. Auzoux, Thomas Diafoirus pourrait aujourd'hui, sans être trop ridicule, proposer à sa belle le spectacle d'une dissection. Cheval plus compliqué que celui de Troyes, mais infiniment plus maniable, hyménoptères et coléoptères gigantesques, fleurs entr'ouvrant leur calice pour en laisser voir les mystères, œil cyclopéen, oreille de dimension antédiluvienne, nous rencontrons dans cette admirable exposition les moyens de faire comprendre à tous, les parties les plus difficiles de l'anatomie humaine et vétérinaire, de la botanique et de l'histoire naturelle.

A côté nous trouvons les magnifiques préparations microscopiques de M. Bourgogne père et celles de ses fils, ses élèves et aujourd'hui ses émules. Dans la première vitrine, nous remarquons des villosités intestinales très finement injectées, de belles préparations du placenta, des coupes d'os et de dents ; dans la seconde, outre des injections également très bien réussies, des coupes microscopiques du rocher d'une finesse et d'une délicatesse au-dessus de l'éloge, des sections transversales d'une dent de narval transparentes à force de minceur.

M. Talrich expose quelques belles préparations en cire : la principale représente un homme adulte, sur le côté droit duquel ont été préparés tous les muscles antérieurs et latéraux de la couche moyenne, et du côté gauche, tous les muscles de la couche profonde.

M. Guérin présente des pièces d'ostéologie comparée, des préparations d'histoire naturelle ; M. Vasseur, des os et des

Digitized by Google

En présentant ce travail à l'Académie, il eût été convenable sans doute d'entrer dans tous les détails relatifs aux mauvaises suppurations, mais les bornes de ce mémoire déjà trop long nous en empêchent; nous ne le terminerons pas cependant sans dire que, tout en cherchant par des moyens locaux à modifier, à améliorer, à changer les sécrétions purulentes, le chirurgien prendra en grande considération l'état de salubrité des salles, leur encombrement, etc.; il doit tenir grand compte de la constitution générale de ses malades et des causes où les plaies prennent leur source et leurs complications. Un principe de dissolution quelconque, dépendant de l'état particulier des solides, porte souvent dans les fluides un mouvement de décomposition qui détruit leur texture et se traduit par la composition particulière du pus. L'économie entière s'en épuise, la fièvre hectique et le marasme en sont le terme, le pus résorbé en est la cause. Le régime est souvent la pierre de touche du traitement des plaies et surtout des plaies de mauvaise nature; aucun praticien n'ignore qu'on peut estimer à l'abondance du pus, à sa couleur, à sa consistance, la quantité et la nature d'aliments dont un malade a fait usage. On sait donc combien il est important de surveiller l'alimentation; elle doit être basée sur le tempérament et les habitudes du malade, car les abus des aliments seraient aussi funestes que leur privation. *Fames æqui vitanda ac nimia impletio*, a dit van Swieten.

L'état des voies digestives influe aussi souvent sur le pus et les parties qui le sécrètent; les cautères et les vésicatoires de précaution en fournissent une preuve journalière. Un pus séreux, verdâtre et fétide; un tissu pâle, blafard et sordide, indiquent souvent le mauvais état des voies digestives.

Les émotions morales profondes, le chagrin, l'ennui, le découragement, la misère, etc., ont souvent une influence marquée sur l'état particulier des plaies et de leur sécrétion. Il est donc du devoir du chirurgien, tout en soignant localement les plaies, de ne pas perdre de vue toutes ces circonstances que je n'ai touchées qu'en passant, parce qu'elles ne sont point de mon sujet, mais que j'ai cru devoir rappeler, parce que, lorsqu'elles existent, le meilleur désinfectant possible peut devenir inutile, impuissant et même nuisible.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

CHIRURGIE. — *Nouvelles recherches sur la luxation de la mâchoire*, par M. le docteur *Maisonneuve*. — L'auteur rend compte des expériences qu'il a pratiquées sur le cadavre dans le but d'étudier le mécanisme et l'anatomie pathologique de la luxation du maxillaire inférieur; il a opéré la luxation sur plus de trente sujets, et cela en copiant tout simplement le mécanisme de la luxation spontanée, c'est-à-dire : 1° en abaissant fortement le menton; 2° en poussant les condyles en avant par le simple effort des doigts placés derrière ces éminences; 3° enfin en relevant brusquement la mâchoire au moyen des doigts index et médium de chaque main placés derrière et sous l'angle maxillaire, pour simuler l'action des muscles massétere.

Après avoir ainsi produit la luxation, M. Maisonneuve a procédé à une dissection attentive, et il a constaté : 1° en ce qui concerne les parties osseuses, que les condyles de la mâchoire sont portés au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, sur la face antérieure de laquelle ils appuient; que les apophyses coronoïdes, complétement enveloppées par le tendon du muscle crotaphite, sont abaissées au-dessous des arcades zygomatiques qu'elles ne touchent presque jamais, et qu'elles n'opposent aucun obstacle au rapprochement des mâchoires; 2° en ce qui concerne les parties ligamenteuses, que la capsule articulaire était fortement tendue, sans toutefois être déchirée; que le ligament externe, dont la direction normale est oblique d'avant en arrière, devenait oblique d'arrière en avant, et participait à la tension de la capsule; que les ligaments sphéno et stylo-maxillaires étaient aussi fortement tendus; 3° en ce qui concerne les parties musculaires, nous avons vu que le muscle crotaphite était allongé, mais que son tendon n'offrait aucune déchirure; que les muscles ptérygoïdien externe et masséters étaient aussi dans un état de tension prononcé, mais que la direction générale de leurs fibres donnait toujours une résultante qui passait au-devant des condyles luxés, et non pas en arrière, comme le pensait J.-L. Petit.

De ces faits, M. Maisonneuve croit pouvoir conclure : 1° que la luxation de la mâchoire inférieure résulte du glissement anormal des condyles de cétos au-devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique; 2° que la fixité de cette luxation ne dépend ni de l'accrochement des apophyses coronoïdes, comme l'admettaient Fabrice d'Aquapendente, Mouro, Hoswip, et plus récemment MM. Nélaton, Denonvilliers et Gosselin, ni du transport de la résultante des forces élévatrices derrière les condyles luxés, ainsi que le pensait J.-L. Petit, mais qu'elle résulte uniquement de l'engrènement des condyles au-devant des racines transverses, et que cet engrènement est lui-même maintenu par la combinaison de la résistance passive des ligaments et de la contraction énergique des muscles élévateurs; 3° que le procédé le plus efficace pour la réduction consiste à abaisser doucement le menton pour relâcher les ligaments et à pousser fortement les condyles en arrière en appuyant sur les apophyses coronoïdes au moyen des pouces introduits dans la bouche. (*Comm.*: MM. J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

---

articulations, et douze *volumes* reliés en rouge, ou peut-être douze *boîtes* intitulées : MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur Prost.

Les yeux artificiels ne manquent pas; nous en trouvons dans les vitrines de MM. Boissonneau père, Coulomb, Boissonneau fils, Desjardins, presque tous si bien imités qu'ils sont plus beaux que nature. MM. Garriel et Galante ont exposé leurs ingénieux appareils de caoutchouc vulcanisé; MM. Grancollot, Leplanquais, Wickham, Loriol, Lebelleguic et Béchard, des bandages, des bas lacés, des ceintures, etc.

M. Nachet montre ses magnifiques instruments d'optique, des microscopes et les ophthalmoscopes de MM. Giraud-Teulon, Follin, l'ophthalmo-laryngoscope de M. Cusco. Nous avons remarqué surtout un petit microscope de poche gros comme une tabatière.

M. Lakerbauer a exposé quelques-uns de ses beaux dessins, parmi lesquels on distingue des planches du bel ouvrage de M. Vernois, sur la main industrielle et artistique.

Revenons maintenant rapidement aux vitrines des fabricants étrangers, après avoir dit toutefois, pour n'oublier personne de nos compatriotes, que M. Vitry, coutelier, a exposé quelques rares instruments de chirurgie, parmi lesquels on remarque surtout, comme dans la vitrine de M. Méricant, d'énormes instruments destinés à la médecine vétérinaire.

Descendons dans le transept, remontons encore au premier étage et nous nous trouvons au milieu de l'exposition anglaise.

MM. Coxeter, Durock, Matthews, Millikin et Weiss nous montrent des collections d'instruments qui cèdent peu comme fini, sinon comme délicatesse de forme, aux expositions si remarquables de nos fabricants français.

La vitrine de M. Coxeter renferme de nombreux instruments lithotriteurs, une nouvelle sonde à double courant, l'uréthrotome cathéter de M. Thompson, le stéthomètre de M. Griffiths, le spiromètre dont nous avons parlé, une seringue pour injections utérines, etc.

Celle de M. Matthews : des instruments de lithotomie, d'ova-

Digitized by Google

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes* (deuxième mémoire), par M. *Morel-Lavallée*. — L'auteur signale spécialement certaines particularités de la lésion à l'état récent : d'abord, des fibrilles nacrées qui s'entrecroisent dans le foyer, et surtout des décollements sans trace d'épanchement. Enfin, ce qui est plus important encore, des décollements comprenant toute la paroi d'un membre et ne contenant que quelques gouttes de sérosité. Toutes les couches peuvent être décollées de la peau jusqu'aux os.

M. Morel-Lavallée a découvert deux nouveaux signes : 1° la tension subite, le choc que produit sur la circonférence du foyer le liquide brusquement refoulé du centre par une large pression ; 2° les cercles concentriques que la percussion fait naître sur cette poche, à demi, je me trompe, au vingtième remplie, comme la chute d'un grain de sable dans un bassin.

En exposant le pronostic, il montre que cette lésion si simple peut tuer par son étendue même ; la mort arrive par la stupeur même, dans les grands traumatismes.

Quant au traitement, voici celui que l'auteur préconise : 1° ponction évacuatrice avec un trocart explorateur ; 2° vésicatoire volant appliqué immédiatement ; 3° enfin une compression élastique exercée par-dessus le vésicatoire. Le vésicatoire aidé de la compression élastique peut même se passer de l'ouverture de l'abcès. (*Comm.:* MM. J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

— M. *Boudin* adresse la communication suivante :

Je crois avoir démontré, par des faits aussi nombreux que péremptoires, que les mariages entre consanguins favorisent manifestement le développement de la surdi-mutité chez les enfants, et que la tendance au développement de cette infirmité *croît avec le degré de la consanguinité*. Il résulte, en effet, de mes recherches que, si l'on représente par 1 le danger de procréer un enfant sourd-muet dans un mariage non consanguin, ce danger s'élève à 16 pour les mariages entre cousins germains, à 37 pour les mariages entre oncles et nièces, à 70 pour les mariages entre neveux et tantes. Rien ne semble, à priori, faire prévoir une différence entre les deux derniers genres de mariages ; cependant il est digne de remarque que le *Lévitique*, qui interdit les mariages entre neveux et tantes, tolère néanmoins les mariages entre oncles et nièces. La loi canonique seule interdit les mariages jusqu'au *quatrième degré inclusivement*, c'est-à-dire jusqu'aux *enfants des cousins issus de germains*. Toutefois, il paraît bien avéré maintenant que le danger est déjà moindre pour les cousins *issus de germains* et, à plus forte raison, pour leurs enfants que pour les cousins germains.

Bien que le développement de la surdi-mutité et de diverses autres infirmités sous l'influence des mariages consanguins soit désormais irrévocablement acquis *comme fait* à la science, on me paraît faire fausse route dans l'interprétation *de la cause*, en attribuant le fait dont il s'agit à une prétendue *hérédité morbide*, hérédité contre laquelle protestent à la fois et la santé parfaite des parents examinés des sourds-muets et la difficulté reconnue à faire produire à des parents sourds-muets *non consanguins* des enfants atteints de la même infirmité.

L'observation suivante, qui m'est communiquée par le docteur Perron (de Besançon), constitue un nouvel argument contre la prétendue hérédité morbide dont il s'agit. Les deux frères Valet sont originaires de la haute montagne ; *ils sont grands, magnifiquement constitués, et ayant joui l'un et l'autre d'une santé jusqu'ici parfaite*. Ils ont épousé les deux sœurs, *leurs cousines germaines*. L'aîné habite encore la montagne ; il a eu plusieurs enfants, dont l'aîné seul, âgé présentement de vingt ans, est *sourd-muet*. Le cadet est employé du chemin de fer depuis six ans ; il charge le coke sur les tenders au dépôt de Besançon. Il a eu jusqu'ici six enfants : le premier, fille de douze ans, délicate, petite, timide à l'excès, entend bien ; le deuxième, fille de dix ans, vigoureuse, élancée, est *sourde-muette ;* on vient d'obtenir son admission à l'établissement des sourdes-muettes de Besançon ; le troisième, mort jeune, entendait bien ; le quatrième, garçon de sept ans, robuste, grand et fort, est *sourd-muet ;* le cinquième, petite fille de quatre ans et demi, est fort petite ; elle parle mal, mais elle entend bien ; le sixième, âgé de trois mois seulement, paraît peu sensible au bruit qu'on fait autour de son berceau. Je ne saurais dire cependant s'il échappera à cette loi d'alternance que semblent établir d'autres faits analogues à ceux-ci.

Cette observation prouve de nouveau que la surdi-mutité se produit dans les mariages consanguins, malgré la plus parfaite constitution des parents, et combien est insoutenable la théorie étiologique qui tend à attribuer l'infirmité des enfants à une prétendue hérédité morbide. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard, Bienaymé.)

— M. *Billod* adresse de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, près d'Angers, un résumé de ses *Recherches sur quelques points de l'histoire de la pellagre en Lombardie, en Vénétie, dans les Landes et dans les asiles d'aliénés*. (Nous publierons ce travail, accompagné de plusieurs observations, dans notre prochain numéro.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un premier cahier d'observations médicales présenté par M. le docteur *Finaz*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), pour l'année 1862. — *b*. Un rapport de

riotomie, des appareils à fracture ; celle de M. Millikin, l'écraseur de M. Charrière, une pince à artères à mors fenestrés, la pince à extension pour luxations du pouce, imitations plus ou moins fidèles des instruments français. Si M. Weiss a emprunté également la serretelle de M. Luer, ses instruments pour les opérations d'oculistique et de chirurgie générale méritent une mention particulière. N'oublions pas non plus les respirateurs, petites plaques de toile métallique qu'on se place devant la bouche, en remplissant avec moins d'élégance encore l'usage du cache-nez.

La métallothérapie y compte parmi ses fidèles le docteur Caplin, lequel expose un bain électro-chimique, destiné à guérir les maladies chroniques de toute espèce et à retirer du corps les métaux et toutes les autres substances étrangères à l'organisation. Cependant il est dépassé par MM. Welton et Monckton, qui exposent, pendu par la tête, un homme de fer passé au laminoir, et à côté de lui un personnage tout aussi métallique et tout aussi aplati, assis gravement dans un fauteuil. Il paraît que pour se guérir il suffit de s'appliquer l'un sur le dos ou de s'asseoir sur l'autre. Nous connaissons le bain de M. Caplin, ou plutôt de l'industriel qui a mis notre confrère à la tête de sa maison. Cet industriel assure que la cataracte *tremble* (à la lettre) quand le malade est dans le bain, et que c'est le signe de sa prochaine disparition.

Les bandages herniaires, orthopédiques et autres, les dents artificielles et les irrigateurs ne sont pas moins nombreux en Angleterre qu'en France ; mais continuons notre rapide promenade.

La Hollande compte quatre exposants, mais deux seulement, MM. Linden (de Rotterdam) et Schmeink (de Arnheim), méritent une courte mention : leurs instruments ne sont que des imitations des nôtres ; nous leur donnerions pourtant volontiers un prix d'encouragement pour les engager à persévérer dans leurs efforts. Nous pourrions dire la même chose pour M. Polycarpo (de Lisbonne), le seul exposant portugais. En Russie il n'y a qu'un seul exposant, l'empereur, qui a envoyé les

Digitized by Google

M. le docteur *Pérrer* sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier) pendant l'année 1862. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Laurès* sur l'hôpital thermal des eaux minérales de Néris (Allier). (*Commission des eaux minérales*.) — *d*. Deux rapports de M. le docteur *Lacaze*, médecin des épidémies à Montauban. (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Houssard* (d'Avranches), qui sollicite le titre de membre associé. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Billod* (de Sainte-Gemmes) en réponse à la dernière note de M. *Landouzy* sur la pellagre. (*Comm.* : MM. Jolly et Baillarger.) — *c*. Une dernière communication de M. le docteur *A. Legrand* sur le traitement médical du cancer du sein.

M. *Michel Lévy* dépose sur le bureau une note complémentaire de la relation du deuxième cas d'ovariotomie pratiquée avec succès, le 2 juin dernier, par M. *Kœberlé*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Cette note est accompagnée de planches destinées à reproduire les différents temps et manœuvres de l'opération.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale une lettre de M. le docteur *Gallard*, qui déclare avoir employé sans succès le lait à hautes doses dans le traitement de l'empoisonnement par la strychnine. (*Comm.* : MM. Wurtz, Reynal et Devergie.)

M. *Tardieu* offre en hommage : 1° au nom de M. le docteur *Émile Chauffard*, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, un ouvrage intitulé : Principes de pathologie générale, et insiste sur les qualités éminentes de ce livre, tant sous le rapport des doctrines médicales que sous le rapport du style ; 2° au nom de M. le docteur *Jeannel* (de Bordeaux), un ouvrage ayant pour titre : Mémoire sur la prostitution publique dans les temps anciens et modernes. M. Tardieu signale plus particulièrement dans ce travail un excellent chapitre consacré à la prophylaxie de la syphilis.

M. *Larrey* déclare avoir constaté dans les hôpitaux militaires de Bordeaux l'heureuse influence des tentatives faites par M. le docteur Jeannel dans le but de s'opposer à la propagation et au développement de la syphilis.

M. *le Président* annonce la mort de M. le docteur *Duplan*, membre correspondant à Tarbes, et du chirurgien *Brodie*, membre associé à Londres.

Lectures.

Hygiène sanitaire. — M. *Barth*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Louis* et *Regnault*, lit, en réponse à une demande de M. le ministre d'État, *un avis motivé de l'Académie sur un rapport de M. de Pietra-Santa relatif à une mission scientifique ayant pour objet d'étudier, au point de vue de l'influence du climat sur les affections chroniques de la poitrine, les séjours du midi de la France.*

« Il résulte, dit M. Barth, du rapport de M. de Pietra-Santa que l'auteur, parti de Paris le 1er février 1862, a, dans l'espace de quelques mois, visité non-seulement les stations d'Hyères, Cannes, Nice et Menton, mais encore une suite d'autres localités du littoral de la Méditerranée jusqu'à Livourne et Pise ; dans ce court espace de temps il n'a pu recueillir de documents nouveaux ou plus précis que ceux qui sont enseignés dans la science ; il se borne à signaler, comme tous ses devanciers, les avantages incontestés du séjour des phthisiques dans les pays méridionaux pendant l'hiver ; à proclamer, comme tout le monde, l'utilité de faire cette émigration le plus tôt possible, dès la première apparition du mal ; à subdiviser ces stations en celles du littoral même et celles des collines, les premières plus favorables aux cas de phthisie avec prédominance lymphatique, les secondes plus appropriées aux tubercules avec éréthisme ; à rappeler l'importance, universellement admise et prescrite, de limiter la journée du malade à cette période comprise entre dix heures du matin et quatre heures du soir ; à émettre le vœu qu'il soit fourni de nouvelles instructions formulées par l'Institut ou par l'observatoire de Paris sur les meilleures conditions dans lesquelles doivent être faites les observations météorologiques ; à demander des instruments précis, contrôlés et comparés avec ceux de l'observatoire ; et à proposer la création de médecins inspecteurs des stations du midi de la France, médecins fonctionnaires qui seraient spécialement investis de la mission de faire les relevés concernant les diverses conditions météorologiques, de solliciter des municipalités les statistiques mortuaires, et de correspondre avec l'Académie et le comité consultatif d'hygiène. »

La commission propose de répondre à M. le ministre d'État : « que le rapport de M. de Pietra-Santa contient des appréciations pratiques d'une utilité incontestée ; qu'il signale des améliorations locales matérielles dont la réalisation ne peut avoir, pour les malades et pour les localités elles-mêmes, que des résultats avantageux ; qu'il émet des vœux sur lesquels l'Académie n'a point à se prononcer, et qu'il ne fournit aucuns résultats statistiques nouveaux capables de faire mieux apprécier les avantages comparatifs des stations d'Hyères, de Cannes, de Nice et de Menton, quant à leur influence sur les affections chroniques de la poitrine. »

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Chimie appliquée. — M. *Chatin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Guibourt, lit un rapport sur un travail de M. *Guitteau*, préparateur à la Faculté des sciences de Poitiers, ayant pour titre : Analyse de l'artichaut ; analogie frappante entre l'extrait de feuilles d'artichaut et l'aloès du commerce.

L'extrait hydroalcoolique de feuilles d'artichaut obtenu par M. Guitteau est une masse brune, molle, durcissant au contact de l'air, et possédant alors l'aspect, le goût et la cassure vitreuse de l'aloès, dont il possède aussi la plupart des propriétés. La majeure partie de cet extrait est constituée par une

---

produits de la manufacture impériale, assez bons du reste, mais ne présentant rien de particulier.

En Prusse nous pouvons citer trois exposants. M. Lutter montre un céphalotribe composé des cuillers ordinaires, mais dans l'intérieur desquelles se meut une sorte de ciseaux qui vont sectionner la tête, qu'écrasent ensuite les longues branches de l'instrument ; un forceps dont les branches munies d'un dynamomètre, permettent d'apprécier la force déployée en tirant sur la tête ; un porte-ligature particulier pour la staphylorrhaphie, une rugine pour détacher le périoste avec la muqueuse palatine dans la même opération, un tire-balle, etc. M. Windler (de Berlin) expose un céphalotribe muni d'une scie à chaîne, une imitation du rachitome à double lame de M. Charrière. La vitrine de son compatriote, M. Goldsmith, renferme également une bonne collection d'instruments de chirurgie.

L'Autriche compte parmi ses exposants M. Hébra (de Vienne), dont nous avons cité le lit baignoire. M. Leiter montre un uréthrotoscope construit pour M. Haken (de Riga) ; mais nous sommes dans l'ignorance la plus complète sur son efficacité, car on ne peut qu'à l'usage en connaître la valeur. Ce que l'exposition de M. Leiter a de plus remarquable, c'est l'application du caoutchouc durci à la fabrication des manches d'instruments, tels que : couteaux, scies, trocarts, bistouris, etc. Le docteur Teichmann (de Cracovie) et le professeur Hyrtl (de Vienne) ont envoyé à Londres de magnifiques préparations microscopiques ; MM. Turck (de Vienne) et Czermak (de Prague) leurs laryngoscopes ; nous ne saurions les féliciter d'avoir ainsi pris part à une exposition avant tout industrielle.

L'Italie ne pouvait rester en arrière ; MM. Lollini (de Bologne) ont construit un forceps brise-pierre imaginé par le professeur Fabri, analogue mais inférieur à celui de M. Nélaton, un spéculum quadrivalve démontant, un forceps du docteur Pugliolí, destiné à faciliter l'accouchement dans la présentation des pieds. C'est une espèce de pince articulée dont chaque branche se termine par un demi-anneau qui, par leur rapprochement,

Digitized by Google

matière analogue à l'*aloétine*, que M. Guitteau nomme la *cynarine*.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. Guitteau, et de l'engager à poursuivre et à compléter ses recherches tant au point de vue chimique qu'à celui des essais cliniques. (*Adopté*.)

OBSTÉTRIQUE. — M. *Tarnier*, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, commence la lecture d'un mémoire sur l'accouchement provoqué artificiel, et sur un nouvel instrument destiné à la pratique de cette opération.

Présentation.

M. le docteur *Dusseris* présente à l'Académie deux enfants auxquels il a pratiqué avec succès la résection du genou pour des tumeurs blanches de l'articulation fémoro-tibiale.

M. Dusseris dépose en même temps sur le bureau la relation de ces deux opérations, qui est renvoyée à une commission composée de MM. *Larrey* et *Malgaigne*.

A quatre heures l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre trois rapports de commissions pour les prix.

Société de chirurgie.

ANÉVRYSME DE LA FÉMORALE GUÉRIE PAR LA COMPRESSION DIGITALE. — OPÉRATION DU PHIMOSIS.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

M. *Chassaignac* a présenté à la Société le malade dont il avait parlé dans une précédente séance, et qu'il a guéri d'un anévrysme faux consécutif de la fémorale au moyen de la compression digitale dans l'espace de sept heures. A ce qui a été dit déjà de ce malade, il faut ajouter cette particularité, que les battements de la pédieuse étaient seulement affaiblis et non interrompus au moment où existait l'anévrysme ; que ces battements ont été suspendus pendant deux jours après la compression, et qu'ils sont redevenus perceptibles. Enfin, quatre jours après la compression, est apparue, au niveau de la cicatrice, une saillie fluctuante sans battements ni souffle. Cette collection liquide est restée stationnaire pendant deux jours, puis a diminué insensiblement et décroît tous les jours.

M. *Broca* fait observer que des collections semblables s'observent souvent quand la coagulation a été trop prompte, et qu'il s'est formé des caillots passifs, qui par leur mollesse donnent à la périphérie de la poche la sensation de fluctuation. C'est dans ces cas qu'il faut craindre de voir s'établir la suppuration. On pourrait s'étonner que la fluctuation fût si superficielle, les caillots passifs se formant plutôt au centre qu'à la périphérie. Cela tient à ce que la mince couche formée par les caillots actifs, fibrineux, à la face interne du sac, peut se fendiller, se décoller : le sang s'interposant alors entre cette membrane fibrineuse décollée et la paroi anévrysmale forme une cavité superficielle qui se traduit au doigt par la fluctuation. Il y a des cas, a ajouté M. Broca, dans lesquels la membrane fibrineuse se décolle dans toute son étendue, devient libre et flottante dans le sac, se rétracte et forme une sorte de grelot.

— M. *Borelli* a présenté un instrument de son invention pour l'opération du phimosis. C'est une petite canule d'un calibre de 5 à 6 millimètres, percée près de son extrémité de trois trous, par lesquels, à l'aide d'un mécanisme spécial, on fait saillir trois tiges d'acier terminées par un crochet aigu. Ces crochets s'écartent plus ou moins de l'axe de la canule, saisissent la muqueuse préputiale et permettent de la ramener en avant, de telle façon qu'on peut l'exciser en emportant aussi peu de peau qu'on le désire.

Cet instrument, ainsi que l'a fait remarquer M. Giraldès, n'est point applicable aux cas nombreux de phimosis congénitaux dans lesquels la muqueuse est étroite, atrophiée et comme contracturée. Cette étroitesse de la muqueuse est parfois telle que M. Marjolin n'a pu introduire un stylet très fin dans l'ouverture préputiale. Un pareil resserrement de la muqueuse peut constituer une difficulté grave pour la miction, et devient l'origine des calculs préputiaux.

M. *Verneuil* a constaté souvent aussi cette étroitesse excessive. Dans ces cas, il faisait uriner l'enfant, la poche préputiale se dilatait ainsi que son orifice, et il se servait de cette ouverture pour se guider dans son incision.

M. *Borelli* a signalé lui-même un autre obstacle à l'application de son instrument. Cet obstacle tient à des adhérences existant entre le gland et le prépuce.

M. *Chassaignac* a fait observer, à propos de cette opération, qu'elle laisse souvent à sa suite une convalescence très longue, une suppuration interminable.

M. *Marjolin* a vu, comme M. Chassaignac, que la plaie résultant de l'incision circulaire est souvent très lente *à se cicatriser*. Cette lenteur est due peut-être, a dit M. Giraldès, à ce que la plaie obtenue par l'incision circulaire est plus large que dans un autre procédé ; mais il faut surtout l'attribuer à ce que les enfants touchent continuellement l'organe opéré. Il faut aussi, suivant M. Borelli, songer que la plaie est en contact perpétuel avec l'urine.

M. *Verneuil* attribue en partie la durée très longue de la cicatrisation à ce qu'on coupe le filet : c'est surtout dans ce point que la cicatrisation est lente. Aussi est-il toujours sobre d'incisions sur cette partie. La durée de la cicatrisation ne paraît pas tenir à la perfection plus ou moins grande avec laquelle on fait la circoncision. M. Blot a vu circoncire une quinzaine de petits juifs qui ont tous guéri sans accident au bout de huit à dix jours. Pourtant l'opération juive n'est pas des plus régu-

---

saisissent fortement le pied au niveau des malléoles. Les ciseaux perce-crâne du professeur Rizzoli, après qu'ils ont pénétré dans la boîte crânienne se courbent à angle droit et peuvent servir de crochets. La prochaine exposition nous présentera sans doute de grands progrès réalisés sur les fabricants italiens.

M. Stille (de Stockholm) a exposé une caisse à amputations, des instruments pour la micrographie, un céphalotribe particulier, un porte-ligature pour l'extirpation des polypes utérins, un appareil pour fixer la tête du cadavre pendant qu'on fait la section du crâne, instrument qui deviendra inutile en Suède comme en Angleterre, quand on se servira du meilleur de tous, du plus facile et du plus expéditif : le marteau.

Le Japon lui-même se fait représenter à Londres par un grand nombre de cautères actuels, par le bistouri royal pour la fistule à l'anus, et par quelques instruments dont nous ignorons complétement l'usage.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'exposition de 1862, au point de vue seulement de notre sujet spécial, nous la trouverons très différente de celle de 1855. Cette différence est peu marquée pour la France ; elle l'est surtout pour les pays étrangers. En 1851, M. Charrière était à peu près seul à Londres le représentant sérieux de la coutellerie chirurgicale ; en 1855, il avait pour compétiteurs, peu disposés à lui laisser sans lutte le premier rang : MM. Luer et Mathieu. Aujourd'hui la médaille de première classe est donnée à tous les trois. En 1855, la fabrication française était sans rivale ; les Anglais seuls luttaient avec peine ; presque toutes les autres nations s'étaient abstenues. En 1862, nous avons été vivement frappé des progrès remarquables faits en quelques années par les couteliers anglais; ils ont adopté nos modèles, ils les ont quelquefois copiés ; mais l'imitation approche souvent de la perfection de l'instrument original.

Cependant il faut le reconnaître, à la gloire de nos fabricants, ce sont MM. Charrière, Mathieu et Luer qui impriment

lières. On incise seulement la peau du prépuce avec l'instrument tranchant ; quant à la muqueuse, on la déchire avec l'ongle. L'hémorrhagie, on l'arrête par la succion, du vin se trouvant dans la bouche et servant à arroser le gland.

M. *Trélat* et M. *Guersant* insistent sur la nécessité de faire chez les chrétiens la réunion la plus exacte possible, afin d'éviter les longueurs de la suppuration. Les serres-fines rendront pour ces réunions de grands services. Peut-être aussi la suture métallique trouverait-elle dans ces cas une heureuse application.

Dr P. Chatillon.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Des climats sous le rapport hygiénique et médical ; guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques ; par le docteur Gigot-Suard. J.-B. Baillière et fils, 1862.

S'il est difficile de constituer un climat par la seule description de ses éléments, de même qu'on n'acquiert pas la notion du fonctionnement d'un organisme vivant par la seule anatomie de ses organes, il l'est plus encore de caractériser son influence physiologique ou pathologique par le mode d'action isolé de chacun des éléments dont il se compose. Salutaire dans une saison, il devient nuisible dans une autre, même quand il s'agit d'un même état physiologique, d'un même état morbide, ce qui fait que la statistique mortuaire ou pathologique d'une localité ne prouve souvent rien contre l'emploi méthodique de ses propriétés curatives dans certaines maladies. Connait-on toujours, d'ailleurs, les effets des modifications qui peuvent survenir dans la constitution chimique de l'air? Est-on même mieux fixé sur ses propriétés physiques, plus faciles pourtant à percevoir? Par exemple, avec la plupart des observateurs, M. Gigot-Suard regarde comme pernicieux dans les affections du poumon et du cœur, dans la phthisie en particulier, le séjour sur les lieux élevés. Il y a peu de phthisiques, pourtant, sur les montagnes ; et plusieurs observateurs modernes partent de ce fait pour conseiller, au contraire, dans cette catégorie de maladie, l'habitation des hauteurs et même l'usage de l'air artificiellement raréfié. Il faut toutefois connaître en principe l'action de l'air froid ou chaud, saturée ou non d'humidité ; savoir que l'air froid et humide est toujours contraire à la santé comme à la maladie ; que les vents exercent la plus grande influence sur les effets de la température et de l'humidité, et qu'ils doivent être pris en grande considération par l'hygiéniste. L'électricité exerce bien aussi une action, mais laquelle? Celle de l'ozone est encore moins connue. L'éclat et la transparence de l'air, sa pureté ou son mélange, la durée proportionnelle des jours et des nuits, tout cela n'est pas non plus sans influence sur la santé ou la maladie. Mais que devient cette influence isolée des éléments dans l'action complexe de cette synthèse qu'on appelle un climat? Les faits seuls peuvent répondre à cette question, et les faits doivent s'observer par localité et par saison. Aussi l'auteur, après avoir exposé les principes généraux qui doivent servir à la constitution des climats, et conduire à la connaissance de leur influence, entreprend-il l'examen particulier des localités signalées comme station d'hiver dans les maladies chroniques.

Il commence par le midi de la France, stations maritimes, stations continentales. Le fléau du climat provençal, c'est le mistral, dont l'influence sur la température se fait sentir partout, mais pourtant à des degrés inégaux qui servent de guides dans le choix des stations hygiéniques. Les points du littoral correspondant à la vallée de la Durance, y compris même Marseille et Toulon, en sont exclus pour cette raison ; c'est de Hyères à Villefranche qu'elles sont toutes situées. Nice est la plus fréquentée de ces stations ; mais les bienfaits du climat y sont-ils à la hauteur des charmes de la villégiature? Il y a pour et contre cette question des autorités imposantes et nombreuses, et peut-être exagération des deux côtés. Ses caractères climatologiques sont loin d'être parfaits ; sa disposition hypsométrique, qui a tant de charmes pour les touristes, est précisément la cause de ses défectuosités par son influence sur la force des vents et sur les variations brusques de la température. Aussi son séjour est-il plus favorable aux caractères torpides et mous des maladies qu'à leurs formes sèches et éréthiques, qu'il s'agisse des affections de poitrine ou des chloroses, des maladies utérines, des paralysies, des rhumatismes, des névralgies. Hyères, qui ne confine pas tout à fait à la mer, a été vantée peut-être aussi avec exagération, mais possède des qualités sérieuses. Les vents du nord y sont moins fréquents qu'à Nice et les vents maritimes plus dominants ; la température y est plus douce, quoique sujette aussi à des variations, et l'humidité y est moins marquée ; les pluies ne règnent qu'en octobre et en novembre. Sans l'influence du mistral, Hyères serait le ciel privilégié entre tous. Son climat est moins excitant que celui de Nice et convient mieux que lui aux formes nerveuses et sus-inflammatoires des mêmes maladies. Quant à Cannes, dont lord Brougham, on le sait, a fait la réputation, rien de plus ravissant que l'aspect de la baie où est situé ce petit port de mer et des campagnes qui l'entourent. Les vents du nord s'y font à peine sentir ; la moyenne de la température d'hiver y est de 10 degrés, quoique les variations, suivant l'exposition, y soient prononcées ; l'humidité y est presque nulle, l'électricité abondante, et la résultante de tous ces caractères du climat est une action tonique et excitante. Aussi ne convient-il qu'aux états morbides entachés d'anémie et de

---

à la coutellerie chirurgicale étrangère sa véritable impulsion, et la plupart de ses instruments ne sont que des modifications de ceux qu'ils ont ingénieusement inventés.

S'ils ont perdu le monopole, ils ont conservé et de beaucoup le premier rang ; nous en sommes heureux au point de vue français, mais nous nous félicitons plus encore de voir l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, chercher à rivaliser avec eux ; car le progrès est au prix de cette lutte pacifique, essentiellement intelligente et profitable à tous.

Léon Le Fort.

— Par arrêté du 31 octobre, MM. les agrégés en activité, Kirschleger, 1re section ; Strohl, 2e section ; Wieger, 3e section ; Bach, 4e section ; Held, 4e section, sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg jusqu'au 1er novembre 1863.

MM. les agrégés stagiaires, Schützenberger, 1re section ; Engel, 2e section ; Spielmann, 3e section ; Aubenas, 4e section, sont appelés à entrer en exercice à partir du 1er novembre 1862 jusqu'au 1er novembre 1871.

— Ont été nommés présidents de la société de secours mutuels d'Ille-et-Vilaine, M. le docteur Pinault ; de la société de Maine-et-Loire, M. Daviers ; de la société de la Haute-Marne, M. Thiberge.

— Un concours pour deux emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira le 5 janvier prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Un de ces emplois se rapporte à l'enseignement de la chirurgie, et l'autre à l'enseignement de la physique et de la chimie médicale.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier aura lieu le 15 novembre. M. Courty, chargé du discours d'usage, prononcera l'*Eloge du professeur Lallemand*.

— M. le docteur Duplan (de Tarbes) vient de mourir.

Digitized by Google

lymphatisme, et aggrave-t-il ceux où domine l'éréthisme nerveux ou inflammatoire. Menton, située, comme Cannes, au fond d'un golfe et abritée aussi des vents du nord, présente une température douce, égale, et un air saturé d'humidité, ce qui lui donne des propriétés plutôt sédatives que toniques, moins excitantes encore que celles de Hyères. Son climat convient, par conséquent, aux formes plus actives, nerveuses ou inflammatoires, des maladies chroniques. Le climat de Villefranche a les plus grands rapports avec celui de Menton.

Dans la bande continentale du midi de la France se trouve encore Pau, qui doit sa réputation surtout aux étrangers et aux descriptions attrayantes qu'ils ont faites de son climat. Elle est élevée de 205 mètres au-dessus de la mer et éloignée de 32 kilomètres des Pyrénées, qui exercent une influence sur son hiver, plus froid et plus exposé aux variations que celui des stations du littoral; mais elle est abritée des vents, et les eaux pluviales n'y séjournent pas, ce qui fait que son climat possède des propriétés calmantes et sédatives analogues à celles de Menton, plus ou moins différentes de celles de Nice, de Cannes, de Hyères. Les formes actives de la phthisie, de la goutte, du rhumatisme, s'en trouvent bien. Dans la même zone, on a encore proposé Vernet et Amélie-les-Bains comme stations d'hiver. Leur plus grand avantage est le traitement minéral qu'on peut y faire.

Nous ne comprenons pas bien ce que viennent faire incidemment la Suisse et ses montagnes parmi les stations d'hiver dont nous nous occupons, de même que nous avons été surpris de lire plus haut un chapitre sur l'influence des voyages sur mer. C'est là de l'hygiène d'été qui n'a rien à faire dans ce livre et qui ne peut qu'embrouiller le sujet.

Bien avant la France, l'Italie jouissait d'une pompeuse renommée comme climat d'hiver dans les maladies chroniques; mais elle a bien perdu de son prestige depuis que son climat a été soumis à une analyse sévère et à une appréciation impartiale. Venise et Pise sont à peu près les seules stations dont les vertus réunissent aujourd'hui l'assentiment unanime. Gênes, par sa topographie, est exposée aux grandes variations de la température et à la violence des vents; l'humidité y est très prononcée et les pluies y sont très abondantes. Milan, ouverte à tous les courants de l'atmosphère, présente tous les inconvénients des climats continentaux. Les lacs Majeur et de Côme ne sont guère fréquentés que l'été par les Italiens. Il faut arriver au climat maritime de Venise, avec son atmosphère calme et humide, sa température douce et égale, son air pur et son ciel limpide, pour trouver des propriétés spéciales et bien constatées, particulièrement dans la phthisie commençante, éréthique, accompagnée de toux sèche et de tendance à l'hémoptysie, et aussi dans les autres maladies de poitrine et dans les maladies nerveuses présentant les mêmes caractères. Il faut ajouter à son action les charmes de son séjour. Dans l'Italie centrale, Rome ne possède pas les avantages qu'on lui a longtemps attribués : c'est un climat inégal, à extrêmes météorologiques prononcés; l'air y est saturé d'humidité et souvent de miasmes; son action est dépressive; l'hiver et l'été y sont également nuisibles aux phthisiques. Mais Pise, par sa topographie et sa météorologie, répond à toutes les espérances qu'on a de tout temps fondées sur elle. Entourée d'un cercle de montagnes qui la préservent des vents du nord, son air est tiède et humide; aussi son climat d'hiver a-t-il une action sédative remarquable sur les malades irritables et sur les formes éréthiques et hémorrhagiques de la phthisie, en particulier. Les climats de Florence et de Sienne ne sont qu'excitants. Au sud enfin, quand on fait un examen sérieux des climats locaux dont Gaëte, Naples, Salerne, sont les centres, on s'étonne de l'enthousiasme des poëtes anciens, qui ont consacré leur merveilleux langage à en célébrer les vertus, et l'on est obligé de reconnaître que l'hygiène de l'esprit a beaucoup plus à gagner que l'hygiène de la santé des voyages dans l'Italie méridionale.

Sur l'Algérie, M. Gigot-Suard écrit une vingtaine de pages où sont condensés les caractères du climat et où sont citées les opinions de la plupart des auteurs modernes qui ont écrit sur ses propriétés favorables dans l'affection tuberculeuse. Avec M. de Piétra Santa, il considère le climat d'Alger comme indiqué dans les formes molles ou torpides de la maladie, et comme contre-indiqué dans la forme éréthique.

Il consacre deux fois plus d'espace à l'Égypte, climat tant vanté des anciens, et sur les propriétés duquel les documents nombreux auxquels ont donné lieu nos expéditions militaires et scientifiques, et d'autres plus modernes encore, ne sont pas toujours d'accord. Des deux saisons, l'une tempérée, l'autre chaude, on pourrait dire brûlante, de ce climat, la première seule convient aux malades. Des trois divisions territoriales dont il se compose, le Delta, où se trouve Alexandrie, est interdit comme station hygiénique; la moyenne Égypte, où est situé le Caire, est comparée à Cannes pour la salubrité et les indications thérapeutiques, ce que ne font guère comprendre sa description et sa statistique médicale; la haute Égypte ou Saïd convient encore mieux que le Caire aux mêmes maladies, comme hygiène d'hiver, surtout si le voyage se fait sur une cange bien équipée.

Le Portugal mérite tous les éloges que lui prodigue M. Gigot-Suard, surtout quand il s'agit de Madère, la première des stations médicales connues. Ce climat est-il excitant ou sédatif? Réponse : Il remonte les fonctions plastiques en même temps qu'il calme l'irritabilité nerveuse. Ses appréciations sur le climat du sud de l'Espagne et sur les diverses stations hygiéniques que les malades peuvent y rencontrer sont également exactes et méritées; nous pouvons le dire, pour connaître par nous-même tout le littoral de la péninsule ibérienne.

Cette enquête sur les climats d'hiver, dont nous faisons connaître seulement les résultats, faite avec toute l'attention et l'impartialité désirable, est établie sur des données positives et très clairement exposées de topographie et de météorologie. Les détails de description sont assez sobres pour n'être pas fastidieux, assez complets aussi pour faire comprendre et approuver les conclusions auxquelles arrive l'auteur, et les conseils qu'il croit pouvoir formuler. Un tel travail, s'il ne peut être le fruit d'une expérience personnelle, n'en a pas moins son utilité, et exige, pour être exécuté, une patience, une rectitude de jugement et un esprit de synthèse qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder; il a besoin aussi, pour être accepté, de toute la sincérité et de l'absence de préoccupation intéressée qu'on se plaît à reconnaître à celui-ci. C'est un livre bien écrit, qui se lit avec fruit et intérêt, et qui nous paraît mériter toute l'attention que nous lui avons donnée.

Dr Dutroulau.

V

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Voici le discours prononcé par M. Rayer à la séance annuelle :

Messieurs et chers collègues,

Le tableau des progrès et du fonctionnement de l'Association va vous être présenté par M. le secrétaire général, dont le zèle infatigable et le dévouement de tous les instants ont, comme par le passé, répondu à tous les besoins, et dont les services s'agrandissent avec la tâche. Moi, je ne me charge ici que de nous féliciter en commun, et de nous réjouir des succès obtenus par le concours et les efforts de tous.

La quatrième année de notre Association a pleinement continué la troisième et satisfait nos espérances. Ces espérances, ne nous en cachons pas, ne vont à rien moins qu'à réunir la France médicale en un faisceau de fraternité, de secours matériels, d'appui moral et de soin de notre considération. D'année en année, nous faisons un pas vers le but; rien ne se détache; tout s'accroît, et notre quatrième anniversaire nous apporte son contingent de nouvelles Sociétés locales adoptant les statuts de l'Association.

Digitized by Google

Pendant que l'Association prospère, en s'accroissant, elle ne prospère pas moins dans ce que j'appellerai ses rapports extérieurs. Elle conquiert la confiance de l'administration par les services qu'elle rend à la société. Toutes sortes de témoignages lui sont venus des autorités départementales, des autorités judiciaires, de membres distingués du barreau, de pieux et éminents prélats, qui se sont empressés d'accorder leur concours pour prévenir ou arrêter les abus de l'exercice illégal de la médecine, lors même que ces abus semblaient justifiés par des considérations de charité chrétienne. Nous devons être heureux et reconnaissants de tout ce que nous accorde la haute administration; car c'est elle qui, ayant la gestion des affaires les plus graves de la société, est le plus en état d'apprécier, dans toutes ses conditions, l'œuvre si importante qui est remise entre vos mains.

L'exposé des travaux du conseil général, qui va vous être présenté par M. le secrétaire général, vous montrera que le conseil, par ses actes, par ses démarches dans l'intérêt de notre profession auprès de l'autorité supérieure, a dignement rempli la mission dont vous l'aviez chargé.

Les travaux de la Société centrale ont pris, cette année, une nouvelle importance; son illustre vice-président, M. Michel Lévy, et la commission administrative tout entière, ont donné à l'œuvre une vive impulsion. La Société centrale a secouru de nobles infortunes; et, dans le choix de ses membres, elle a porté cette honorable sévérité, sans laquelle la fraternité serait un abus ou un vain mot.

Le succès croissant de l'Association, et les bienfaits, chaque jour plus nombreux et plus frappants, de cette généreuse institution, ont écarté les difficultés du début, et dissipé les premières préventions. On ne craint plus qu'une solidarité trop grande entre tous n'ôte quelque chose de l'indépendance de chacun; loin de là, l'indépendance de chacun se sent plus à l'aise sous la solidarité de tous, cette solidarité qui mène directement à une expression plus haute de la dignité professionnelle. Je ne me trompe pas, et il en est bien ainsi: la dignité professionnelle est étroitement liée avec l'intérêt public; elle se rehausse d'autant plus, qu'elle aperçoit mieux et sent davantage cette liaison. Elle n'a pas d'autre mesure; elle n'a pas d'autre récompense; elle n'a pas d'autre puissance. Tout ce que nous donnons en savoir et en services, on nous le paye en considération; tout ce qu'on nous paye en considération réclame de nous plus de services, de savoir et de sacrifices.

J'ai lu, avec bonheur, les *Comptes rendus des Sociétés locales*. Rien, mieux que ces rapports, ne témoigne comment une institution, née à propos et à point, devient rapidement capable d'agrandir le cercle des idées et des sentiments. N'est-il pas beau de voir, sur tous les points de l'Empire, les hommes les plus considérables de notre profession, faire, dans leur vie si occupée, une part à ce nouveau besoin de s'unir, afin de se secourir, et prendre l'Association pour leur inspiratrice, et l'intérêt public pour leur but? Ces comptes rendus nous apportent de bonnes paroles des Sociétés locales. En ce jour, leurs présidents nous donnent leur excellent et nécessaire concours. Le conseil général se réjouit de les retrouver ici, presque tous présents. Que ceux qui siégent parmi nous, pour la première fois, reçoivent par ma bouche les félicitations de l'Association; c'est en son nom que je salue leur bienvenue. Servir l'Association exige temps et dévouement; mais, en retour, elle paye ses serviteurs par la reconnaissance et par l'honneur.

Les relations du conseil général avec les Sociétés locales se sont resserrées, cette année, comme les années précédentes, dans les assemblées annuelles de ces Sociétés, dans ces fêtes de famille, où les liens d'une heureuse confraternité ont pour expression et pour emblème un *toast* au président de l'Association générale. C'est un témoignage honorable et cher; j'en suis vivement touché comme confrère; mais combien ne le suis-je pas davantage comme représentant de l'Association! Qui, en effet, ne ressentirait une joie profonde à entendre son nom mêlé aux prospérités d'une généreuse institution!

La bienveillance avec laquelle les Sociétés locales ont accueilli mon élévation au décanat, dans la Faculté de médecine de Paris, m'a rendu heureux et fier. En m'honorant de leurs encouragements et de leur appui, elles ont cru, sans doute, que ces fonctions éminentes exerceraient quelque influence sur l'Association et sur l'accomplissement des devoirs que j'ai contractés envers elle. Je n'écarte pas de mon esprit ces espérances: l'Association le sait, je ne puis lui donner plus de dévouement, mais je m'estimerais heureux si je pouvais lui donner encore plus d'autorité.

Telle est la condition des choses humaines, que, chaque année, nous amenant un surcroît de succès et de satisfaction, nous amène aussi de tristes nouvelles et des pertes douloureuses. Tout à l'heure, un tribut d'hommages sera payé à la mémoire de ceux de nos confrères que la mort nous a enlevés; mais je ne puis me défendre d'anticiper ici, et de plaindre la fin prématurée de Ludger Lallemand, noble cœur, avide de périls et de services à rendre, comme de travail et de savoir; et celle de Cazeaux, confrère dévoué, habile professeur, savant praticien. L'un, mis à la tête du service médical de l'expédition du Mexique, y a trouvé la mort glorieuse du médecin militaire qui succombe sur le champ d'honneur d'une dangereuse épidémie; l'autre s'est éteint lentement, sous une maladie qui ne pardonne pas, et a laissé ailleurs qu'ici des regrets dignement exprimés par M. Michel Lévy et par M. Danyau.

Je dois signaler aussi à vos regrets et à votre gratitude Legouas, médecin savant et modeste, qui n'appartenait pas à notre Association, mais qui a voulu lui appartenir par un bienfait. Dans son testament, qui vient de m'être transmis par son ami, notre honorable collègue M. de Kergaradec, testament qui date de 1859, Legouas s'exprime ainsi: « J'ai dû » à mes études médicales, et à la médecine en général, des encourage- » ments et quelques succès, scolaires ou autres, qui m'ont soutenu dans » les temps d'adversité que j'ai traversés. En souvenir de ces bienfaits, » je donne et lègue à la grande Association médicale, centrale, formée à » Paris, la somme de 3000 francs, une fois donnée, en y joignant mes » plus sincères félicitations pour les hommes illustres, fondateurs de cette » œuvre de philanthropie confraternelle qui importe tant à la dignité et » à l'honneur du corps médical. »

Le souvenir des morts s'enchaîne facilement avec la reconnaissance due aux vivants; et je termine en remplissant un devoir bien doux, celui de vous signaler les dons faits par plusieurs de nos confrères de l'Association, pendant le cours de cette année: que MM. Jobert (de Lamballe), Roger, Blatin, Tripier (de la Creuse) reçoivent nos remerciments. Vous vous associerez encore, à la profonde gratitude du président du conseil général, en apprenant que M. et M^{me} Andral m'ont fait remettre une somme de 2000 francs comme un gage de leur sympathie pour notre œuvre. Un acte si généreux, auquel notre Association, ou plutôt le corps médical en entier, applaudira, vient d'une famille haut placée dans l'estime et la vénération de tous. Le chef a agrandi la science par ses travaux et honoré la profession par son exemple; sa compagne, fille du grand Royer-Collard, n'est pas moins distinguée par la noblesse des sentiments que par la naissance; et son fils a montré, parmi nous, un dévouement sans bornes à la profession où le nom qu'il porte s'est illustré.

Il ressort du rapport de l'honorable M. Legouest: 1° que la *Société centrale* comptait, au 26 octobre dernier, 661 membres, dont 479 médecins de Paris, 178 médecins militaires et 4 étrangers; 2° que les recettes (y compris le solde restant en caisse le 1^{er} janvier 1862, soit 1464 fr. 29 c.) ont été cette année de 11 181 fr. 29 c., sur lesquels 1690 fr. ont été employés en secours, 2100 fr. versés dans la caisse de l'Association générale, 6000 fr. à la caisse des dépôts et consignations, 1050 fr. 70 c. absorbés par les dépenses administratives, et 548 fr. 59 c. restés en caisse au 28 octobre; 3° que l'avoir total de la Société, au 22 octobre 1862, s'élevait à 19 230 fr. 59 c.

M. le secrétaire général a établi: 1° que le nombre des sociétés locales, dont 12 ont été fondées dans le dernier exercice, est de 79, réparties entre 65 départements; 2° que le nombre total des sociétaires agrégés à l'Association générale est approximativement de 4316; 3° que, dans l'avoir actuel de l'Association, qui est de 211 258 fr. 20 c., la caisse générale figure pour 68 587 fr. 43 c., la Société centrale pour 19 230 fr. 39 c., et les sociétés locales pour 123 440 fr. 38 c.; 4° que le total général des dons et legs faits à l'Association s'élève à 11 765 fr.; 5° que, dans le dernier exercice, 6232 fr. 75 c. ont été consacrés à secourir des infortunes; 6° que l'assistance morale de l'Association s'est fait heureusement sentir dans un grand nombre de circonstances relatives à la responsabilité médicale, à l'exercice illégal, à la moralisation de la profession, etc.

A. D.

— Le ministre de l'instruction publique et des cultes ayant résolu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de clinique d'accouchements (cours annuel) vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 9 novembre, à midi:

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énonciation de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

Digitized by Google

RELATION CHIRURGICALE DE LA VISITE DE M. LE PROFESSEUR NÉLATON AU GÉNÉRAL GARIBALDI.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

L'intérêt bien naturel qu'a excité dans le public l'état du général Garibaldi me porte à croire que vous voudrez bien accueillir dans votre estimable journal quelques détails propres à préciser exactement l'état de l'illustre blessé, et à dissiper des doutes que des versions contradictoires ont accrédités depuis plusieurs jours. Je présume d'ailleurs que le public médical, auquel vous vous adressez spécialement, trouvera dans cette relation purement chirurgicale quelques faits dont la connaissance n'est pas sans importance pour la pratique.

Arrivé à la Spezzia avec MM. les docteurs Vio et Maestri, je vis tout de suite le général, le mardi 28, par conséquent cinquante-neuf jours après la blessure. Il était entouré de ses médecins ordinaires, MM. Ripari, Albanèse, Prandina, Bazile, qui procédèrent en ma présence au pansement du matin.

Je dois dire d'abord que dès que le membre fut découvert, je fus très satisfait de sa bonne installation. Il était soutenu dans un de ces appareils à suspension diversement modifiés et améliorés depuis quelques années, qui conviennent parfaitement pour les fractures compliquées de la jambe.

Les diverses pièces de pansement étant enlevées, je procédai à l'examen détaillé du membre. L'aspect général en est satisfaisant, la position est bonne, le pied est à angle droit sur la jambe, et déjà assez fixe pour que le blessé puisse soulever le membre sans éprouver la moindre douleur. La peau a sa coloration normale, excepté dans le voisinage de la blessure, où elle présente une légère teinte rosée. La tuméfaction, qui s'était élevée jusqu'au genou, est maintenant bornée au voisinage de la blessure; elle s'élève à peine à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et descend dans la même étendue au-dessous de cette articulation.

Du reste, cette tuméfaction ainsi limitée n'est pas très considérable; elle ne masque ni les saillies malléolaires ni le relief du tendon d'Achille. L'exploration la plus attentive de tout le pourtour de l'articulation du pied ne fait reconnaître qu'une tension œdémateuse; dans aucun point on ne trouve la fluctuation caractéristique de la présence d'une collection de liquide. La pression ne développe aucune douleur, si ce n'est dans le voisinage de la plaie; encore cette douleur est-elle modérée.

Quant à la plaie, elle est située au niveau du bord antérieur de la malléole interne. Elle est de forme ronde; elle a 3 centimètres de diamètre. Sa surface est recouverte par une couche de bourgeons charnus de bon aspect, et laisse apercevoir à son centre une petite dépression, par laquelle s'écoule un pus de bonne nature et en très petite quantité. En effet, quinze heures s'étaient passées depuis le précédent pansement, et la quantité de ce liquide déposé à la surface des compresses et de la charpie ne dépassait certainement pas une cuillerée à café.

Pour compléter cet examen local, je dus explorer la plaie par l'introduction d'un stylet. Celui-ci pénétra très facilement sans provoquer la moindre douleur. Le dirigeant transversalement, à 2 centimètres et demi, je fus arrêté par un corps dur, résistant, rendant à la percussion un bruit sourd, bien différent de ce bruit sec qui résulte du contact avec le tissu compacte nécrosé, et ne donnant pas non plus l'idée d'un frottement sur la surface rugueuse du tissu spongieux.

En inclinant légèrement la sonde, elle passa au-dessus du premier obstacle, pénétra à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et fut arrêtée dans ce point par une résistance osseuse à peu de distance de la malléole externe. Je répète que cette exploration a été très facilement supportée, et que pendant toute sa durée le général nous donnait les indications qu'il supposait pouvoir nous guider.

Pour terminer ce qui concerne l'exposé des symptômes locaux, il faut encore mentionner une tuméfaction, à peine appréciable, du genou droit et du poignet gauche, dernières traces d'une fluxion rhumatismale, dont le malade a depuis bien des années éprouvé souvent les atteintes.

L'état général est aussi favorable que possible, après les accidents sérieux observés au début de la blessure, après de vives douleurs, et surtout après une longue privation de sommeil (près de trente jours). Il n'y a plus de fièvre (75 pulsations); la peau est fraîche; l'appétit est bien développé. Le sommeil est suffisant et réparateur; la physionomie est calme, digne, sans aucune expression de souffrance.

Tel était, mon cher confrère, l'état du général Garibaldi le 28 octobre, lors de ma visite à la Spezzia.

Vous penserez sans doute, comme moi, que le général n'est pas actuellement en danger; qu'il a traversé la période grave des accidents aigus, et par conséquent les phases les plus périlleuses des blessures par armes à feu. Cependant il existe encore certaines complications locales dont il est urgent de tenir compte.

Et d'abord il est évident que l'articulation a été ouverte, qu'elle s'est enflammée, et que la balle est non pas dans l'articulation, mais dans son voisinage; que le corps rencontré par le stylet à 2 centimètres et demi de l'ouverture d'entrée n'est autre que le projectile logé dans la dépression placée au-devant de la poulie de l'astragale, sur le col de cet os. On trouve presque la démonstration de ce fait dans les circonstances de la blessure: direction du coup de feu; forme de la balle, cylindro-conique; perforation de la botte et du bas, dans lesquels la balle n'a pas été retrouvée; issue de fragments de cuir extraits à diverses reprises de la profondeur de la plaie; tuméfaction observée immédiatement après la blessure dans un point presque diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée, etc. Enfin je rappellerai cette sensation particulière, ce bruit sourd développé au contact du stylet, sensations qui peuvent bien laisser quelques doutes dans l'esprit, mais qui, étant rapprochées des autres éléments du diagnostic, me paraissent fournir plus que des probabilités.

Quelle est la conduite à tenir en présence des lésions que je viens de mentionner? Certes la science possède des exemples de guérison de plaies d'armes à feu des jointures, sans extraction du projectile et avec séjour persistant de la balle dans l'articulation; mais les faits de ce genre sont de rares exceptions: aussi ne faut-il se résigner et renoncer à l'extraction du projectile que quand cette manœuvre doit présenter des difficultés sérieuses et des dangers évidents. Or, dans le cas actuel, nous ne rencontrons pas de semblables contre-indications. Je pense donc qu'il faut extraire la balle. Cette extraction devait-elle être faite immédiatement? Cela était possible sans doute, et cette opération, assez simple d'ailleurs, aurait eu l'avantage de calmer bien des impatiences, de donner satisfaction à bien des aspirations plus généreuses que réfléchies. Un dénoûment longtemps attendu, et obtenu en quelques instants, avait bien quelque chose d'attrayant. Cependant je crus devoir procéder autrement. En effet, l'extraction immédiate aurait nécessité des incisions, elle eût été très douloureuse, aurait excité un mouvement fébrile, et, d'ailleurs, rien ne pressait, pour ainsi dire, car depuis quelques semaines l'état du membre et de l'articulation en particulier s'améliorait chaque jour.

Le procédé qui me paraît le plus simple et en même temps le plus exempt de danger, consisterait à dilater graduellement le canal de la plaie jusqu'au point où je suppose qu'est placé le corps étranger, c'est-à-dire 2 centimètres et demi; cette dilatation serait obtenue par l'introduction de petits cylindres de racine de gentiane, de volume croissant, auxquels on substituera, dans quelques jours, un fragment d'éponge préparée.

Il est infiniment probable qu'à la faveur de cette dilatation on pourra voir et toucher du doigt le projectile; que l'on pourra alors le saisir avec une simple pince à anneaux, et l'amener au dehors à travers un canal assez large pour prévenir le froissement des parties molles.

Admettons, contre toute probabilité, qu'après cette dilatation préalable on reconnaisse que ce corps qui obstrue le canal de la plaie n'est pas le projectile, mais bien un fragment osseux détaché soit du tibia, soit de l'astragale, en un mot, une véritable esquille nécrosée, l'extraction en serait aussi formellement indiquée que celle d'une balle, et pourra se pourrait se faire immédiatement.

Allons plus loin. Admettons, pour passer en revue toutes les suppositions les moins favorables, que cette esquille continue à vivre, et qu'elle soit déjà soudée aux os voisins, il n'est plus dès lors nécessaire de l'extraire. La dilatation préparatoire aura été, dans ce cas, sans utilité, mais aussi sans danger.

Je ne vois donc aucune objection sérieuse à faire à l'extraction, après dilatation préalable du canal de la plaie.

Telle est la pratique que j'ai conseillée dans la consultation que j'ai rédigée immédiatement. J'ai dû la laisser aux médecins traitants, ne pouvant prolonger mon séjour à la Spezzia jusqu'à la date fixée pour une consultation où devaient se réunir dix-sept médecins, parmi lesquels on comptait les noms les plus justement célèbres chez nos confrères d'Italie.

Je termine cette *note à consulter* en combattant l'idée d'une recherche de la balle qui serait faite sans aucun indice du lieu précis occupé par le projectile. Je dis que ce serait alors le cas de temporiser, d'attendre soit la formation d'un abcès qui viendrait déceler la présence de la balle dans un point du pourtour de la jointure, ou une migration lente qui rendrait accessible ce corps étranger.

Enfin, pour ce qui concerne la proposition d'une amputation, je n'admets cette extrême ressource que pour le cas où, contre toute espèce de probabilité, il surviendrait quelque complication grave, telle qu'abcès profonds, suppuration abondante et intarissable, détérioration évidente de la constitution, en un mot un danger de mort.

Un dernier mot.

Dans ma pensée, le général guérira, mais sa guérison se fera attendre quelques mois encore, et laissera une rigidité de l'articulation du pied, suite inévitable d'une lésion qui a intéressé les surfaces osseuses articulaires, mais cette demi-ankylose ne gênera que faiblement la fonction de ce membre.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 14 NOVEMBRE 1862. — N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine et Société de chirurgie. : De la résection du genou. — Résultats de la trachéotomie chez l'enfant. — Société obstétricale d'Édimbourg : Kyste ovarique ouvert dans le vagin. — De la responsabilité des médecins aliénistes. — II. **Travaux originaux**. Pathologie interne : Sclérose du cervelet. — Pathologie mentale : Note sur la pellagre et le typhus pellagreux. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux**. Hydrophobie spontanée. — V. **Bibliographie**. Traité de l'érysipèle. — VI. **Variétés**. Cours de la Faculté de médecine. — Revue rétrospective. — Exercice de la médecine. — Concours pour onze places d'élèves internes.

I

Paris, 13 novembre 1862.

Académie de médecine et Société de chirurgie : DE LA RÉSECTION DU GENOU. — RÉSULTATS DE LA TRACHÉOTOMIE CHEZ L'ENFANT. — *Société obstétricale d'Édimbourg* : KYSTE OVARIQUE OUVERT DANS LE VAGIN. — DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Parmi les questions chirurgicales à l'ordre du jour, énumérées dans notre précédente revue, se trouvaient naturellement les résections du membre inférieur. Nous savions que, grâce aux efforts persévérants et aux beaux travaux de notre ami le docteur Le Fort, la résection du genou commençait à conquérir chez nous ses lettres de naturalisation, et que plusieurs opérés bénéficiaient déjà de ses avantages. Cependant nous voulions attendre encore pour en entretenir nos lecteurs, mais une présentation faite ces jours derniers par M. Dusséris à l'Académie et à la Société de chirurgie, nous force la main et nous engage à faire connaitre dès à présent les renseignements qui nous sont parvenus de diverses sources, sur les essais récemment tentés en France.

M. Dusséris a montré deux jeunes enfants opérés avec succès, et qui marchent déjà d'une manière satisfaisante. L'Académie et la Société de chirurgie ont chacune nommé une commission; MM. Malgaigne d'une part, Giraldès de l'autre sont rapporteurs; s'ils remplissent leur tâche, nous aurons, à n'en pas douter, d'excellentes bases pour une discussion approfondie; mais comme la promptitude n'est pas dans les usages académiques, nous croyons bon de donner sur-le-champ une analyse des observations de M. Dusséris, et d'y joindre quelques notes sur des faits analogues qui nous sont connus, ce qui ne nous empêchera pas de revenir sur le sujet en temps opportun.

OBS. I. — Garçon de neuf ans, assez chétif, antécédents scrofuleux, de son côté et chez les parents. Tumeur blanche dont le début remonte à l'âge de cinq ans, et qui depuis longtemps avait rendu la marche impossible. A l'époque de l'opération, avril 1862, tuméfaction énorme de la jointure; trajets fistuleux; suppuration articulaire, carie osseuse, flexion permanente de la jambe, état général très mauvais; cependant poumons sains.

Opération simple; ablation de la presque totalité des condyles fémoraux, d'une portion notable de l'extrémité supérieure du tibia, et enfin du quart de l'épaisseur de sa rotule. Excision des fongosités et de la plus grande partie de la synoviale épaissie. Une seule ligature fut nécessaire; réunion à l'aide de trois points de suture métallique; deux latéraux, un inférieur comprenant les deux bouts du tendon rotulien divisé. Tout va pour le mieux pendant treize jours, c'est-à-dire qu'il y a appétit, fièvre nulle, cessation des sueurs et de la diarrhée, etc. Alors survient un érysipèle ambulant avec prodromes graves et symptômes très alarmants pendant vingt-cinq jours. La suppuration du genou fut longue et abondante; le rétablissement s'effectua néanmoins.

L'appareil n'est supprimé que le cent dixième jour; on permet quelques essais de marche avec un bandage roulé; au bout de quatre mois et demi, on laisse l'enfant se mouvoir à volonté. L'état général s'est rétabli de jour en jour; il est aujourd'hui aussi bon que possible. La jambe et la cuisse forment actuellement un léger angle obtus saillant en avant; il n'y a point ankylose osseuse, car on peut constater, entre les deux segments du membre, une légère mobilité qui ne parait pas, du reste, nuire à la solidité, et qu'avec l'auteur nous croyons sans importance pour l'avenir. D'ailleurs, la cicatrisation est complète, la région opérée tout à fait indolente; il existe un raccourcissement considérable dû à la grande perte de substance osseuse, et peut-être aussi, suivant la remarque de M. Giraldès, à une sorte de glissement ou de subluxation du tibia en arrière du fémur.

L'enfant marche sur la pointe du pied, comme s'il était affecté de pied équin; mais il se meut avec agilité, en s'aidant seulement d'une faible badine, qui ne peut lui fournir un support réel.

OBS. II. — Garçon de sept ans. Tumeur blanche du genou, datant de plusieurs années; articulation fortement tuméfiée; fongosités volumineuses; collection purulente à la partie interne; érosion assez limitée des surfaces articulaires; flexion permanente de la jambe. Marche impossible; état général

médiocre. Opération le 25 juillet, très simple, aucune ligature n'est nécessaire : ablation de la moitié inférieure des condyles fémoraux et d'une couche mince du tibia. La rotule n'est point intéressée. Réunion avec cinq points de suture métallique. Suites très bénignes ; aucun accident notable ; fièvre nulle ; appétit bien conservé ; suppuration peu abondante. L'appareil est enlevé le soixante-quatrième jour. L'enfant commence à marcher le soixante-douzième jour. L'état de la santé générale est très satisfaisant.

Aujourd'hui, il ne reste que deux petites plaies très superficielles, qui ne tarderont pas à se fermer. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, attitude qui a été cherchée à dessein. Il existe encore un peu de mobilité entre les deux segments du membre, mais on obtiendra sans doute dans la suite une ankylose complète. Mobilité à peine appréciable de la rotule. Le raccourcissement est minime, aussi la claudication est légère, et le pied repose sur toute sa face inférieure. La marche s'améliore de jour en jour ; elle s'effectue avec l'aide d'une petite canne.

Le procédé employé a été le même dans les deux cas ; l'anesthésie obtenue, une incision unique, curviligne, semi-elliptique, à convexité inférieure, a été pratiquée à la partie antérieure du genou ; ses deux extrémités partaient de la partie supérieure et latérale des condyles en avant des insertions supérieures des ligaments latéraux ; le sommet de l'ellipse passait au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ; dissection de la peau, section du ligament rotulien, tout près de son insertion inférieure, ouverture de l'article, division des ligaments latéraux et croisés, luxation du tibia en avant, résection des extrémités osseuses, excision des fongosités, réduction des os, etc.

On se servit pour appareil du berceau de Spring, sorte d'appareil hyponarthécique, très usité en Angleterre, et auquel M. Dusséris reproche une mobilité trop grande qu'il dut corriger dans sa seconde opération (c'est une sorte de hamac suspendu par une chaîne qui glisse à l'aide de poulies sur une tringle horizontale ; le pied est maintenu par des coussins et un étrier) ; pour tout pansement, compresses imbibées d'eau froide ; pour régime, alimentation tonique et substantielle.

Nous ne saurions trop féliciter M. Dusséris d'être entré résolûment dans cette voie, et d'avoir eu la hardiesse de tenter deux fois une des plus sérieuses opérations de la chirurgie. Les deux succès qu'il a obtenus sont de nature à entraîner les convictions et à dissiper des préventions qui ne font pas défaut dans les sphères élevées de la chirurgie parisienne ; il n'est pas inutile de noter que ces brillants résultats ont été obtenus sur des sujets placés dans des conditions peu favorables. Les deux enfants appartiennent à la classe pauvre, et ce n'est qu'à force de patience, de temps de sacrifices même que notre modeste et habile confrère a pu mener à bien ses louables entreprises.

Voici maintenant quelques renseignements sur les faits analogues.

III. C'est à M. Follin que revient l'honneur d'avoir, dans ces dernières années, pris sur lui, le premier, d'imiter l'exemple des chirurgiens étrangers. En 1859, à l'hôpital Necker, il reséqua en notre présence l'articulation du genou, pour une tumeur blanche caractérisée surtout par l'altération profonde de la synoviale ; le sujet avait vingt-cinq ans environ ; les suites furent d'abord favorables, mais une suppuration très abondante épuisa le malade et l'enleva au bout de deux mois. L'état local, cependant, donnait des espérances, et à l'autopsie M. Follin s'en est montré satisfait.

IV. L'année dernière, M. Delore, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a fait également la résection pour une affection organique chez un adulte ; après diverses péripéties le malade a succombé. M. Delore a publié avec détails la relation de ce fait intéressant, et malgré ce revers il continue à se montrer partisan de l'opération dont il s'est efforcé de tracer les indications.

Dans le cours de cette année même, diverses tentatives ont été faites et avec des succès divers.

V. En juillet 1862, M. Adolphe Richard opéra à Sèvres un enfant âgé de douze ans environ ; il s'agissait d'une tumeur blanche suppurée, compliquée de nécrose étendue du tibia ; les limites de l'altération osseuse ne purent être franchies par l'opération, aussi l'amputation de la cuisse dut-elle être pratiquée peu de jours après ; elle fut suivie d'une mort rapide. M. Richard m'a dit que ce cas se prêtait mal peut-être à la résection, et il regrette de n'avoir pas eu recours d'emblée à l'amputation.

VI. Un autre essai fut plus heureux : un enfant âgé de huit à dix ans fut opéré à Chaville pour une arthropathie osseuse ; il n'y eut point d'accidents sérieux et la guérison s'effectua sans difficulté ; aujourd'hui le jeune sujet marche très convenablement, tout fait présager que le membre remplira très bien ses fonctions.

VII. Au commencement de 1862, M. Gosselin opéra une femme adulte à l'hôpital de la Pitié ; le cas était très mauvais, la malade tout à fait épuisée, c'était une vraie tentative *in extremis* qui promettait peu de chose. Mort quelques jours après.

VIII. M. Le Fort a fait avec succès la résection du genou à un enfant âgé de neuf ans, atteint d'une carie étendue sur le fémur et superficielle au contraire sur le tibia ; la maladie datait de quatre ans ; la jambe, très amaigrie, était rétractée sur la cuisse. Opéré le 2 juin, l'enfant se promenait au bois de Boulogne il y a trois semaines. Il restait encore deux petites fistules, mais la douleur était nulle et le membre solide ; on mesure au niveau du talon 3 centimètres de raccourcissement ; par précaution le petit malade se sert encore d'une béquille, mais il se tient debout sans soutien et le membre supporte sans difficulté le poids du corps.

IX et X. M. Giraldès a fait deux opérations de ce genre cette année même à l'hôpital des Enfants. Je n'ai pas de détails circonstanciés à fournir, cependant mon savant collègue m'a annoncé que le premier opéré avait succombé au bout d'un mois environ, et que le second, d'abord en bonne voie, était maintenant en proie à une tuberculisation pulmonaire qui l'enlèvera sans doute dans un avenir plus ou moins prochain.

XI. Dans les dix cas précédents, il s'agissait de lésions organiques plus ou moins anciennes, généralement graves. Dans un seul fait, qui m'est propre, l'opération a été pratiquée pour lésion traumatique : un jeune homme, âgé de dix-huit ans, reçut presque à bout portant une balle de pistolet qui pénétra dans l'articulation du genou ; le projectile avait amené de tels désordres qu'il fallait nécessairement intervenir d'une manière énergique, soit en amputant la cuisse, soit en reséquant les extrémités articulaires ; je fus assez heureux pour pouvoir prendre ce dernier parti. Mon éminent collègue et ami, M. le docteur Legouest, un peu plus tard M. Le Fort, voulurent bien m'assister, *manu consilioque ;* 6 centimètres de l'articulation furent retranchés.

L'opération fut pratiquée cinq jours après l'accident, en pleine fièvre traumatique ; il y a de cela sept semaines. Les suites furent d'une simplicité remarquable, et aucun accident

n'a jusqu'à présent fait craindre pour la vie. La cicatrisation est à peu de chose près complète, la région tout à fait indolente, l'état général aussi bon que possible. La consolidation marche, et tout fait espérer qu'elle sera très complète dans un délai prochain. J'augure également bien des fonctions futures du membre. Quelle que soit, du reste, l'issue de ce cas, je prends l'engagement d'en fournir une relation complète.

Si la guérison se confirme, ce sera la seconde fois seulement, si je ne me trompe, que la résection du genou aura réussi pour lésion traumatique.

Les cas que nous venons de citer sont trop peu nombreux pour modifier sensiblement l'opinion que peuvent se faire sur la valeur de la résection du genou ceux qui sont au courant de la question; toutefois, les résultats sont loin d'être décourageants : sur 11 malades, nous comptons actuellement 4 guérisons confirmées, puis 5 morts, enfin 2 cas dont l'issue probable donnera sans doute un succès complet et un revers. En raisonnant sur cette base, on trouverait que la résection a sauvé 5 malades sur 11. Il est utile de faire observer que tous les cas étaient très graves et que l'impuissance des moyens simples était avérée. On ne pourra donc pas reprocher à nos confrères d'avoir décidé précipitamment une aussi grave mutilation; il n'y avait certainement pas d'autre alternative que de reséquer le genou ou d'amputer la cuisse, et il est permis de croire que l'amputation n'aurait pas donné de plus nombreux succès. A mortalité égale même, il n'est pas besoin de dire que la résection mérite la préférence. Je suis d'autant plus fondé à mettre en relief cette proposition que j'ai partagé pour ma part les doutes de certains chirurgiens français sur la valeur pratique et définitive de l'opération en question. A la vérité, je n'avais jamais vu de cas qui, à mon avis, légitimassent nettement la résection articulaire. C'est dernièrement que, pour la première fois, j'ai trouvé une occasion propice, et je n'ai eu qu'à m'applaudir de ma décision.

Tous les succès, jusqu'à ce jour, ont été obtenus sur de jeunes sujets OPÉRÉS EN VILLE. Le plus âgé des malades (le mien) a dix-huit ans.

Sur les cinq morts, quatre ont été reséqués à l'hôpital; le cinquième (premier opéré de M. Richard) a succombé à la campagne; mais peut être devrait-on en toute justice ne pas en accuser la résection, qui, au dire même du chirurgien, n'aurait pas dû être pratiquée.

La malade de M. Gosselin était dans l'état le plus déplorable quand elle a subi la résection. Sa mort très probable et très prévue surcharge donc la colonne des insuccès. Il est vraisemblable que l'amputation aurait échoué de la même façon.

Sur les cinq morts, trois étaient adultes. Parmi les onze opérés, seuls ils avaient dépassé les limites de l'adolescence.

Ces insuccès frappants de l'opération dans la pratique nosocomiale, et à partir d'un certain âge, doivent éveiller l'attention. Si l'expérience ultérieure démontrait que les grandes résections doivent, à la manière de l'ovariotomie, de l'opération césarienne, etc., n'être pratiquées qu'en dehors des grandes agglomérations de malades ou bien n'offrent de chances sérieuses qu'avant ou pendant la puberté, il faudrait bien en prendre son parti et se courber devant ces exigences. Je donne, bien entendu, ces remarques pour ce qu'elles valent et n'ai nullement la prétention de poser des règles absolues.

La résection de l'articulation de la hanche, admise en principe depuis la dernière discussion académique, est beaucoup moins avancée pratiquement que celle du genou. Peut-être cela est-il dû au traitement plus perfectionné de la coxalgie, ou à sa bénignité plus grande, ou à la timidité des chirurgiens, ou à toute autre cause inconnue. Toujours est-il que, dans ces derniers temps, elle n'a été pratiquée que deux fois en France, autant que je sache.

M. Dolbeau a opéré, *in extremis*, un adulte qui a succombé, et nous ignorons le résultat d'un essai du même genre fait en province par un chirurgien connu de M. Follin. Nous n'avons donc rien à en dire.

Nous ne voulons pas terminer cette note sans rappeler que, dans l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, un de nos correspondants les plus distingués, M. Vanzetti (de Padoue), nous a communiqué avec le grand talent qui le caractérise un cas remarquable d'extirpation du calcanéum suivie du plus brillant succès. Voici encore une de ces opérations que la théorie et la logique seraient peu disposées à admettre, mais que l'expérience a prouvé utile dans certains cas spéciaux.

A bientôt la suite de cette revue des actualités.

A. VERNEUIL.

Dans notre avant-dernier numéro (p. 702), nous avons reproduit sans commentaires la relation d'un cas de trachéotomie chez un enfant de sept mois, et cette remarque du journal auquel l'article était emprunté (*Edinb. Med. Journal*) : « M. Bell (d'Édimbourg) guérit un enfant de sept mois; *nous ne connaissons pas d'autre exemple de succès à cet âge.* »

Nous croyons devoir rappeler l'opération si dramatique pratiquée le 25 janvier 1830, par M. Scoutetten, sur sa propre fille, âgée seulement de *six semaines*, et pratiquée avec un plein succès. Il est vrai que l'existence du vrai croup, dans ce cas, a été contestée. Il n'est jamais sorti de pseudo-membranes, ni par la sonde introduite à plusieurs reprises dans le larynx avant la trachéotomie, ni par la sonde placée dans la trachée ouverte, ni par la canule qui remplaça la sonde. Seulement, l'haleine était devenue fétide dès le 23, et, dans les deux premiers jours qui suivirent l'opération, on fut obligé de porter dans la bouche et le pharynx un pinceau trempé dans un collutoire hydrochlorique, « afin de détacher les *fausses membranes* qui s'y étaient formées ». Ces fausses membranes, dont le siége suffit à rendre compte de la fétidité de l'haleine, étaient-elles réellement couenneuses, ou produites par l'exsudation molle, caséiforme, de l'angine pultacée, ou encore constituées par des plaques de muguet? Leur extension à la bouche permet l'une ou l'autre de ces deux dernières suppositions, la seconde surtout; et, en tous cas, on ne peut affirmer que les concrétions soient descendues jusque dans le larynx, comme il le faudrait pour rapporter au croup un ensemble de symptômes qui pourrait s'expliquer par l'existence d'une laryngite striduleuse.

Quoi qu'il en soit, et nos remarques ne tendent à exprimer qu'un simple doute, ce fait est, croyons-nous, unique dans la science. Il n'a pas été publié de cas de guérison après la trachéotomie pratiquée à un âge si tendre, n'importe pour quel genre de maladie; et, en ce qui concerne le croup, il est douteux que l'opération ait jamais été suivie de succès au-dessous de l'âge d'un an. Si nous sommes bien informé, elle

Digitized by Google

a réussi sur un enfant âgé de *treize mois* seulement, entre les mains de notre honoré confrère M. Barthez.

— A la *Société obstétricale d'Édimbourg*, une note sur un cas de kyste ovarique ouvert dans le vagin, et donnant lieu chaque semaine à un écoulement aqueux par cette voie, a été adressée par un médecin de Pitlocry, dont le nom a été rendu illisible par un défaut dans le tirage de la feuille que nous avons sous les yeux (Izyne?). A cette occasion, quelques paroles ont été échangées entre MM. Moir et A. Simpson sur la question de savoir si un kyste de l'ovaire pouvait se vider par la trompe de Fallope et passer de là dans l'utérus et le vagin, sans perforation de l'un ou l'autre de ces organes. Le doute n'est plus permis, ce nous semble, et nous partageons l'avis de M. Moir. Sur 70 cas de rupture de kyste réunis par M. Chéreau, il y en a 3 dans lesquels le liquide a passé dans la trompe de Fallope (*Union médicale*, 1847); et le fait, d'ailleurs, n'a rien de surprenant, si l'on se rappelle, d'une part, que le kyste peut s'aboucher directement avec la trompe pour ne former qu'une cavité, et, d'autre part, que la trompe subit dans ces cas un dilatation considérable, ainsi que l'a surtout montré M. Ad. Richard.

— Dans les articles consacrés par le Journal de médecine mentale à la question de la *responsabilité des médecins aliénistes*, articles que nous avons reproduits en partie, il a été fait allusion à un procès actuellement intenté à un des praticiens les plus distingués de Valence (Espagne). Le Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse (numéro d'octobre), vient de réunir, d'après les feuilles espagnoles, les éléments de cette cause, dont le jugement sera impatiemment attendu par le corps médical, quand il saura que le confrère incriminé, M. Navarra, est en état de détention depuis deux ans. Une dame Sagréra, « très connue par ses excentricités dans la haute société de Valence, » fut enfermée dans l'asile de San Baudilio de Llobrégat, sur un certificat du docteur Navarra, constatant qu'elle était atteinte de monomanie avec tendance au suicide. Sur les réclamations de cette dame, deux médecins furent délégués pour examiner son état mental, et déclarèrent, treize jours après le certificat de M. Navarra : l'un, qu'elle était « atteinte d'une exaltation des facultés intellectuelles, avec dépression des facultés affectives ; que son tempérament était excessivement nerveux et son idiosyncrasie utérine ; » l'autre, qu'elle « présentait certains défauts dans ses idées, sans que pour cela on pût la considérer comme aliénée. »

L'autorité, embarrassée, a pris le parti de consulter l'Académie de Valence, et c'est à la décision de ce corps savant qu'est suspendu le sort de notre confrère. Or, nous sommes entièrement de l'avis des écrivains du journal de Toulouse, MM. Jules Delaye et J. Guitard : les réponses de l'Académie aux huit questions qui lui ont été posées ne sont ni assez précises, ni suffisamment conformes à l'observation journalière des hommes compétents. Nous nous bornerons à rappeler que, au dire de MM. les académiciens de Valence, « il faut avoir une bonne oreille » pour être apte à reconnaître l'état d'une personne soupçonnée de démence (M. Navarra a l'ouïe un peu dure); et qu'un monomaniaque ne peut « assez dissimuler son état pour que les personnes qui l'entourent, celles qui le fréquentent continuellement, n'aient pu s'en apercevoir. » De telles hérésies recommanderaient peu la psychiâtrie de l'Espagne si elles n'émanaient d'un corps où les aliénistes sont nécessairement en grande minorité. Aussi est-il juste d'en faire retomber la responsabilité tout d'abord sur l'autorité du lieu, qui a eu la malencontreuse pensée de porter des questions de cette nature devant une réunion aussi bigarrée que l'est d'ordinaire une académie, au lieu de les soumettre au jugement d'une commission spéciale notoirement compétente.

Un rapport verbal de M. Ricord sur un mémoire de M. Cazenave (de Bordeaux), relatif au traitement de l'ozène par la cautérisation des fosses nasales; une lecture sur la kératopsie, par M. le docteur Abbate, qui remplace (chez les chiens, jusqu'à présent) la cornée naturelle par une lentille de verre ; la continuation de la lecture de M. Tarnier sur une nouvelle méthode d'accouchement prématuré ; un rapport de M. Vernois, contenant une statistique mortuaire de la ville de Bordeaux, par le docteur Marmisse ; enfin, une communication très intéressante de M. Trousseau sur un nouveau moyen de provoquer l'adhérence des parois abdominales avec les tumeurs du ventre ; tel est le bilan assez riche de la dernière séance de l'Académie. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Sclérose du cervelet. — Endocardite valvulaire. — Observation présentée à la Société anatomique (mai 1862), par M. Duguet.

Obs. — La nommée Miliard, âgée de soixante-douze ans, entre le 8 mai dernier dans le service de M. Moreau (de Tours), comme épileptique. Les renseignements qu'on a sur elle, et que je dois à l'obligeance de M. Gingeot, ne remontent pas au delà de trois mois, *époque de son entrée* chez M. Huguier, pour une carie de la première phalange du gros orteil au pied droit.

Atteinte autrefois de rhumatisme, elle était prise à Beaujon, tous les jours, vers le soir, d'un accès épileptiforme consistant dans un cri initial subit, accompagné de perte de connaissance, chute et convulsions, avec écume quelquefois sanguinolente à la bouche. Au bout de quelques secondes seulement, elle reprenait connaissance et se relevait sans passer par la période soporeuse des accès francs. Notons toutefois que, durant ce séjour de trois mois, elle eut un intervalle de trois semaines sans tomber.

Passée à la Salpêtrière, elle dit qu'elle est sujette aux étourdissements. Tous les sens paraissent intacts ; la sensibilité est conservée, ainsi que les facultés intellectuelles, mais la force musculaire est bien faible ; ses lèvres et sa langue tremblent lorsqu'elle est pour parler, à peu près comme chez les paralytiques généraux. Les bras ont des mouvements mal coordonnés ; elle fléchit en marchant, et ses jambes s'embarrassent l'une dans l'autre.

Rien aux poumons d'appréciable.

Bruit de souffle rude aux deux temps du cœur ; pas d'œdème.

Appétit très modéré, diarrhée depuis quelques jours. On la met aux bancs des épileptiques gâteuses.

Cinq jours se passent sans accès quand, vers sept heures du soir, quelques instants après s'être couchée, elle tourne la tête, les yeux sont convulsés en haut ; elle agite bras et jambes, comme dans un accès ordinaire ; mais alors elle pâlit beaucoup ; la période de ronflement n'arrive pas, et elle meurt en moins de dix minutes, avec relâchement des sphincters.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — Après l'examen de tous les organes, on ne trouve d'altérations saisissables que dans deux organes : le cervelet et le cœur.

Le cervelet, comparé à un cervelet normal, est remarquable à plus d'un titre. — Son volume paraît diminué de près de moitié ; son poids est de 95 grammes, celui de tout l'encéphale étant de 12,50, et celui d'un cervelet pris au hasard de 175 grammes. — Les lames de la face supérieure et celles de la face inférieure, sauf au niveau des vermis et du sillon circonférentiel, ont une couleur d'un blanc jaunâtre, voisine de celle du bulbe et de la protubérance ; elles sont petites et serrées, ont une consistance ligneuse, tandis que les autres ont une couleur, des dimensions et une consistance à peu près normales.

Rien d'apparent dans le reste du système nerveux : cerveau, protubérance, bulbe et moelle épinière.

A. *Mesures prises à la face supérieure.*

	CERVELET SAIN.	CERVELET MALADE.
	millim.	millim.
a. Diamètre transverse...........	120	90
b. Diamètre antéro-postérieur pris sur la ligne médiane....	45	35
c. Diamètre antéro-postérieur pris sur la partie moyenne de chaque lobe....	65	50

B. *Coupe antero-postérieure de chaque lobe.*

		CERVELET SAIN.	CERVELET MALADE.
a. Substance blanche....		la même dans les 2 cas.	
b. Substance grise.	Épaisseur en arrière.	25	16
	Épaisseur en haut..	15	10
	Épaisseur en bas...	11	5

A la coupe, on constate une légère diminution de volume du corps rhomboïdal, la conservation des dimensions de la couche médullaire, une diminution considérable de la couche corticale, facile à évaluer en chiffres, coïncidant avec une cohésion beaucoup plus grande que d'ordinaire, qui oppose une certaine résistance à la traction.

L'altération paraît symétrique dans les deux lobes.

D'après une note de M. Vulpian, l'examen histologique a donné les résultats suivants : « La substance blanche, très dense, ne contient plus qu'un très petit nombre de tubes nerveux; elle est constituée, en très grande partie, par un tissu filamenteux à fibrilles très fines. Ces fibrilles font saillie sous forme de touffes sur les bords de la préparation, et l'on a sous les yeux un aspect analogue à celui de l'épithélium de la langue, couvert de filaments du cryptogame désigné par M. Ch. Robin sous le nom de *Leptothrix buccalis.* »

Outre ces filaments, on trouve une assez faible quantité de matière finement granuleuse, et quelques noyaux allongés, paraissant appartenir à des éléments de tissu conjonctif en voie de développement.

Les vaisseaux traversant cette substance blanche altérée sont, ainsi que les rares tubes nerveux qu'on y rencontre, à l'état normal.

Enfin on reconnaît, disséminés au milieu du tissu filamenteux, d'assez nombreux corpuscules amyloïdes; ils sont toutefois beaucoup moins nombreux que dans le premier cas observé par M. Duguet. (*Soc. anat.,* janvier 1862)

Quant à la substance grise, qui revêt la substance blanche, elle paraît n'être plus formée que par la couche interne, et encore cette couche a-t-elle une épaisseur moindre que dans l'état normal On y trouve les noyaux libres qui font partie de la structure normale; ils sont très nombreux et non altérés. Il y a aussi des noyaux allongés, mais bien moins nombreux que les précédents.

On ne distingue pas un seul tube nerveux dans la plupart des préparations, pas une seule cellule nerveuse nettement reconnaissable.

Il y a dans chaque préparation une assez grande quantité de tissu fibrillaire semblable à celui de la substance blanche, moins abondant toutefois, et des corpuscules amyloïdes à peu près en même nombre.

En résumé, cette altération a pour caractère essentiel :

1° Disparition presque complète des éléments nerveux normaux, tubes et cellules;

2° Présence d'un tissu filamenteux fibrillaire qui n'existe pas dans l'état normal, et, en outre, comme éléments accessoires, du tissu conjonctif en voie de développement et des corpuscules amyloïdes.

Quant à la signification qu'il faut donner au tissu fibrillaire si abondant que l'on a trouvé dans les parties indurées, deux interprétations surtout s'offrent à l'esprit :

Dans l'une, qui paraît la plus naturelle, on peut considérer ce tissu comme du tissu conjonctif filamenteux résultant d'une hypergénèse du tissu conjonctif normal;

Dans l'autre, qui est peut-être la seule exacte, ce tissu serait constitué par les restes des tubes nerveux normaux dont la substance médullaire aurait disparu, et qui seraient réduits à leurs filaments axiles nus ou enveloppés de leurs gaines. L'aspect individuel des fibrilles, la disposition des touffes qu'elles forment sur le bord des préparations donnent au moins une certaine vraisemblance à cette hypothèse, d'après laquelle il ne s'agirait pas, dans ce cas, d'une *sclérose vraie* (hypertrophie du tissu conjonctif avec disparition d'éléments nerveux étouffés), mais d'une atrophie simple accompagnée d'ailleurs d'une légère augmentation du tissu conjonctif.

Le cœur, plus volumineux que d'ordinaire, baignait dans quelques cuillerées d'un liquide transparent de couleur citrine.

Il présente à la face antérieure, comme à la face postérieure, plusieurs plaques laiteuses.

Le cœur droit, très petit, paraît sain, de même que l'artère pulmonaire. Le cœur gauche, très volumineux, à parois épaisses, est visiblement hypertrophié. L'eau versée dans l'aorte passe dans le cœur, et indique l'insuffisance. Le doigt placé dans le ventricule ne peut pénétrer dans l'aorte, arrêté qu'il est par les valvules ossifiées et presque immobiles. On trouve en effet, en regardant par l'aorte, qu'il n'existe plus qu'une fente un peu irrégulière, entr'ouverte, limitée de chaque côté par deux valves, dont l'une, un peu plus large, résulte manifestement de la fusion de deux valvules sigmoïdes. Toutes deux, formant par leur ensemble une sorte de bec de carpe, sont chargées de productions végétantes presque toutes ossifiées et rangées en festons à une certaine distance du bord libre, comme l'a déjà fait remarquer M. Charcot, et c'est à peine si, en introduisant une lame pour les séparer, on parvient à les écarter quelque peu.

L'orifice auriculo-ventriculaire est beaucoup moins altéré.

En résumé, altération valvulaire liée probablement d'une façon très étroite à l'affection rhumatismale, ayant produit un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique, et consécutivement une hypertrophie assez considérable du cœur gauche.

On rencontre d'ailleurs plus loin, dans l'aorte, d'autres lésions athéromateuses.

Rapprochons maintenant ce fait des accidents épileptiformes de la malade, et l'on pourra peut-être se rendre compte de la mort.

Il n'est point fréquent de voir les épileptiques mourir dans un accès, quelque violent qu'il soit. Ils meurent ou étouffés dans leurs matelas pendant la période comateuse, ou tués dans leurs chutes, ou enfin en état de mal, c'est-à-dire à la suite d'une série d'accès coup sur coup. Or ici, rien de tout cela. D'un autre côté, on connaît un certain nombre de morts subites rapportées à une insuffisance aortique; dès lors, n'est-il pas probable que l'accès aura agi ici comme cause occasionnelle, suffisante pour amener, grâce aux profondes altérations valvulaires, une syncope mortelle ?

Enfin, cette réunion de deux altérations cérébelleuses presque en tous points identiques (je fais allusion au cas présenté en janvier 1862 à l'honorable Société), ne permet-elle point de penser à une forme particulière d'épilepsie dite symptomatique, ou plutôt, comme le croit d'ailleurs M. Moreau, à une affection épileptiforme, dont la convulsion ne serait qu'une manifestation, qu'un des symptômes, l'affection offrant d'ailleurs en dehors des accès d'autres phénomènes morbides parfaitement saisissables?

Pathologie mentale.

NOTE SUR LA PELLAGRE ET LE TYPHUS PELLAGREUX, lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 octobre 1862, par le docteur E. BILLOD, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes.

En attendant le travail d'ensemble que j'aurai l'honneur de soumettre ultérieurement au jugement de l'Académie, j'ai résumé dans les propositions suivantes mes recherches sur quelques points de l'histoire de la pellagre en Lombardie, en Vénétie, en Toscane, dans les Landes et dans les asiles d'aliénés :

1° La forme mélancolique prédomine sur la forme maniaque dans la folie pellagreuse; mais il n'y a dans le délire propre à ces deux formes rien de spécial, comme on l'a cru longtemps. La mélancolie pellagreuse, par exemple, ne s'accompagne pas plus souvent que la mélancolie ordinaire du penchant au suicide, et ce penchant, lorsqu'il existe, n'est pas plus par submersion que par strangulation ou par tout autre moyen.

Toutes les formes de l'aliénation mentale se rencontrent

Digitized by Google

dans la folie pellagreuse, si ce n'est qu'il y a, comme nous l'avons dit, prédominance de la forme mélancolique. C'est ainsi que, parmi les pellagreux du grand hôpital de Milan, j'ai observé des maniaques avec délire général, agitation et fureur; des lypémaniaques à délire religieux ou de persécution avec ou sans penchant au suicide, des hallucinés d'un ou de plusieurs sens. J'ai même signalé dans le service de M. le docteur Verri un cas remarquable de catalepsie avec extase et somnambulisme chez un jeune garçon nommé Corbetta (Jacob), âgé de quinze ans.

On a remarqué que la forme mélancolique de l'aliénation mentale se montrait de préférence chez les pellagreux provenant de localités humides, et que la forme maniaque s'observait surtout chez ceux qui venaient de pays secs et salubres.

2° La terminaison ordinaire de la folie pellagreuse est la démence le plus ordinairement avec dépression. Au moment de ma visite, 112 aliénés pellagreux du grand hôpital de Milan, dans la période chronique de leur aliénation mentale, étaient désignés pour l'asile de la Senavra. Le plus grand nombre de ces aliénés étaient des déments plus ou moins déprimés et ne présentaient plus de tous les symptômes de la pellagre que l'aliénation mentale. La démence chez eux était consécutive à toutes les formes connues de la folie, sauf toujours la prédominance de la forme mélancolique.

Sur 580 aliénés qui composaient la population de la Senavra lorsque je visitai cet établissement, un tiers à peu près avait été pellagreux et n'avait conservé de la pellagre que la folie; 3 ou 4 à peine avaient présenté depuis et de loin en loin quelques vertiges, et chez aucun d'eux l'érythème n'avait reparu. Du reste, rien ne distinguait, sous le rapport de leur état mental, ces mêmes aliénés d'origine pellagreuse de tous les autres aliénés dans la même période de l'affection.

3° Par suite du nombre considérable de fous pellagreux à la Senavra, la confusion est à peu près inévitable entre ceux dont la folie est postérieure à la pellagre et ceux chez lesquels elle est antérieure. Lorsqu'un cas de pellagre survient chez un des aliénés de cet établissement, on conçoit, en effet, que le médecin soit naturellement porté à le rattacher à une pellagre antérieure, à raison de l'endémie régnante. La même observation s'applique à tous les asiles d'aliénés de l'Italie recevant un certain nombre d'aliénés d'origine pellagreuse.

4° Ce que l'on appelle la manie pellagreuse n'est que l'expression de la forme maniaque de la folie pellagreuse; mais elle ne constitue pas plus que la forme mélancolique une forme aiguë de la pellagre. Elle se manifeste bien dans quelques cas au début de la pellagre, mais c'est par une exception qui lui est commune avec la mélancolie. C'est donc par erreur qu'un observateur l'a présentée dans ces derniers temps comme constituant avec le typhus pellagreux une des formes de la pellagre aiguë; elle serait tout au plus, dans certains cas, une forme aiguë d'un des symptômes.

5° Chez la plupart des pellagreux, l'invasion de la pellagre est précédée d'un état de mélancolie sans délire qui doit prédisposer à cette affection au même titre qu'y prédispose dans les asiles d'aliénés la mélancolie avec délire.

6° Recherchant si, de même qu'il existe une folie et une paralysie pellagreuses, il y a une épilepsie consécutive à la pellagre, j'ai questionné sur ce point les médecins du grand hôpital de Milan. N'ayant pu être fixé à cet égard d'une manière positive, j'ai fait, de concert avec M. le docteur Verri, un relevé des cas de pellagre avec et sans épilepsie, qui se trouvaient dans ses salles au moment de ma visite. Il est résulté de ce relevé que le nombre des pellagreux étant de 94 et celui des épileptiques étant de 28, celui des malades qui étaient en même temps affectés de pellagre et d'épilepsie était de 9; mais il nous a été impossible d'établir dans ces 9 cas si l'épilepsie était ou n'était pas antérieure à la pellagre. En tout état de cause, le fait m'a paru offrir un certain intérêt; car, dans l'hypothèse de l'antériorité de l'épilepsie, il semblerait en résulter que cette affection prédispose à la pellagre, de même que l'aliénation mentale; et, dans l'hypothèse contraire, il en ressortirait cet autre fait que l'épilepsie, de même que la folie et la paralysie, peut constituer une des complications de la pellagre. Sur ces 9 épileptiques pellagreux, un était en même temps maniaque et furieux, et un autre était en démence.

7° La paralysie pellagreuse m'a paru être le plus ordinairement localisée dans les extrémités inférieures et constituer une exagération de cet état de faiblesse qui paraît être un des caractères essentiels de la pellagre, et que les Italiens désignent par le mot de *debolezza*. Cette même paralysie pellagreuse s'accompagne, dans quelques cas, d'un sentiment de traction en arrière et, dans quelques autres, d'un défaut de coordination dans les mouvements, qui tend à l'assimiler à l'ataxie locomotrice de M. Duchenne (de Boulogne). Ce caractère m'a paru frappant dans deux cas observés par moi au grand hôpital de Milan et l'autre à l'asile de Sainte-Gemmes (1).

8° Mon attention s'étant portée sur quelques cas désignés par les médecins italiens sous le nom de *typhus pellagreux*, je me suis convaincu, par une étude attentive des symptômes et de l'anatomie pathologique, que cet état ne constituait pas une des formes spéciales, mais bien une complication; en d'autres termes qu'il n'y avait dans l'espèce qu'une fièvre typhoïde entée sur une pellagre. Les trois observations ci-jointes, dont deux ont été recueillies au grand hôpital de Milan et une à l'asile de Sainte-Gemmes, et qu'il serait facile, je crois, de multiplier, ne laissent aucun doute à cet égard.

9° L'endémie pellagreuse de l'asile de Sainte-Gemmes a de nouveau manifesté sa présence en 1862 par 15 cas, divisés en 4 anciens et 11 nouveaux.

Ce nombre est de beaucoup inférieur à celui de 1861, qui avait été de 46, divisés en 25 anciens et 21 nouveaux, et accuse une amélioration notable.

Les 11 cas nouveaux de cette année portent à 114 le nombre des cas observés dans cet établissement depuis neuf ans sur 1979 aliénés.

Le nombre des cas signalés dans 22 autres asiles *jusqu'à ces* derniers temps, pour 15 000 aliénés, s'élève à 125, non compris un certain nombre d'observations qui viennent de m'être adressées et que je n'ai pas encore eu le temps d'examiner. Total général pour 23 asiles, y compris celui de Sainte-Gemmes, 239, soit un cas de pellagre sur 63 aliénés.

10° La compilation la plus minutieuse de tous les cas de pellagre sporadique observés jusqu'à ce jour en France et épars dans la science, en y comprenant les cas présentés par M. Landouzy dans sa clinique, ne m'a pas permis d'en relever plus de 60. Portant ce nombre à 80 pour faire la part des observations qui auraient pu m'échapper, il en résulte une moyenne de 1 cas de pellagre sporadique sur 25 000 individus prédisposés par leur hygiène pour 1 cas de *pellagre des aliénés* sur 63 individus.

11° Il résulte de la comparaison faite entre les divers asiles, sous le rapport de la pellagre des aliénés, que quelques-uns de ces établissements jouissent d'une immunité à peu près complète; que, dans d'autres, cette affection reste à l'état de véritable endémie, mais que, dans le plus grand nombre, on a occasion d'en observer quelques exemples.

L'antériorité de la folie sur la pellagre dans tous les cas signalés, et l'absence complète de pellagre dans les pays qui environnent les asiles où l'on en observe le plus, ne permettent plus de méconnaître le rôle que joue l'aliénation mentale dans la production de cette maladie; toutefois, elle n'agit que comme cause prédisposante, et il faut admettre, pour le développement de la pellagre, l'action de causes déterminantes dont l'absence ou le degré de fréquence dans les divers asiles explique les différences que l'on y observe sous le rapport de cette affection.

12° L'opinion la plus accréditée aujourd'hui rattache la

(1) J'ai vu au grand hôpital de Milan, parmi les pellagreux, un paralysé général avec embarras manifeste de la parole, mais sans délire ambitieux ou mélancolique.

Digitized by Google

pellagre des aliénés à un état de cachexie spéciale et propre à ces malades, et dont elle ne constituerait qu'une des formes.

13° Des observations récentes tendent à prouver que l'herpès circiné, le psoriasis, semblent se lier, dans certains cas, à la même cachexie.

Je fais suivre cette note de trois observations de *typhus pellagreux*.

Obs. I. — (*Grand hôpital de Milan* (*salle Saint-Antoine, n° 38*). *Médecin en premier*, M. Gamberini; *médecin assistant*, M. Nolli.) — Prada (Séraphine), paysanne, âgée de cinquante-trois ans, née et domiciliée à Birago, entrée le 26 mai 1861. Misérable; alimentation par le maïs. Son mari est mort pellagreux, et ses cinq filles sont atteintes de l'affection. Antécédents de pellagre chez la malade elle-même.

Au moment de l'entrée, érythème et délire mélancolique, avec dépression et refus d'aliments. Apyrexie.

Lors de ma visite, délire général continu avec agitation; fièvre; langue sèche, rouge, fuligineuse; constipation alternant, me dit-on, avec de la diarrhée; prostration; décubitus dorsal; faciès typhoïque; soubresauts dans les tendons; borborygmes dans les fosses iliaques; pétéchies; pouls petit, fréquent, irrégulier, à 130. Traces d'érythème spécial en voie de résolution sur la face dorsale des mains.

Obs. II. — (*Grand hôpital de Milan* (*salle Sainte-Maure, n° 52*), *Médecin en premier*, M. Verri; *médecin assistant*, M. Romolo Griffini.) — Volonté (Joseph), paysan, âgé de quarante-trois ans, domicilié à Rovellarea, entré le 19 mai 1861. Fils de mère devenue folle par pellagre, misérable au plus haut degré; alimentation à peu près exclusive par le maïs. Traité trois années successives pour délire pellagreux, mais *non maniaque*; voracité habituelle, et, par suite, accidents gastro-entériques et diarrhée persistante.

Symptômes au moment de ma visite, le 5 juin 1861. — Décubitus dorsal; yeux excavés; faciès hippocratique; délire continu; carphologie; soubresauts dans les tendons; lèvres et langue fuligineuses; gencives fongueuses; diarrhée; borborygmes dans les fosses iliaques; pouls petit, filiforme, irrégulier à 120; peau froide; taches pétéchiales sur le ventre; eschares au sacrum; plus de traces d'érythème; n'en a pas présenté cette année; peau sèche, parcheminée.

Obs. III. — (*Asile de Sainte-Gemmes, printemps de 1862.*) — Durand (Victor), teinturier (n'exerçait plus depuis plus de six mois), âgé de trente-trois ans, né et domicilié à Chaudron (Maine-et-Loire), entré le 4 juillet 1862.

Aucun antécédent héréditaire de folie ou d'affection nerveuse; excès alcooliques: d'après les informations les plus précises, *aucune apparence antérieure d'érythème*.

État mental au moment de l'entrée. — Excitation maniaque avec hallucinations et illusion de la vue; santé physique en apparence passable. Huit jours après l'admission, l'agitation cesse complétement, et fait place à une légère dépression mélancolique, et presque aussitôt (le 15 juillet) on voit apparaître sur la face dorsale des mains les premières traces d'un érythème pellagreux, qui ne tarde pas à se caractériser au point de constituer un des types les plus parfaits que j'aie observés, tant à Sainte-Gemmes que dans les Landes et en Lombardie.. Insolation. Le malade est pris en même temps de diarrhée; il accuse une faiblesse extrême dans les jambes (*debolezza* des Italiens), et on voit la nutrition s'altérer sensiblement. Apyrexie complète jusqu'au 14 août.

Nous constatons alors un état fébrile des plus marqués; pouls fréquent, irrégulier à 125; décubitus dorsal; la prostration est profonde; la langue et les lèvres sont fuligineuses; les gencives entourées d'un liséré nacré; l'expression typhoïque; le délire continu; la carphologie; les soubresauts dans les tendons; le gargouillement dans les fosses iliaques; les taches lenticulaires rosées sur le ventre; la diarrhée et un peu de bronchite complètent l'appareil symptomatique du typhus pellagreux ou de la fièvre typhoïde la mieux caractérisée.

Ces symptômes vont en s'aggravant, et l'affection se termine par la mort le 21 août.

L'érythème était en voie de résolution lors de l'apparition des premiers symptômes de la fièvre typhoïde.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Aspect extérieur. — Membres grêles; tronc émacié et infiltré; quelques traces d'érythème existent encore sur la face dorsale des mains.

Crâne. — Os normaux; épanchement considérable intra-arachnoïdien; il existe entre l'arachnoïde et la pie-mère une couche gélatiniforme qui s'étend sur toute la surface convexe du cerveau; ces deux membranes sont épaissies, sans adhérence avec la couche corticale; la substance cérébrale ainsi que la substance cérébelleuse ne présentent rien à noter, si ce n'est un léger piqueté.

Les *ventricules* sont distendus par de la sérosité.

Moelle. — Mêmes remarques à faire pour les méninges rachidiennes que pour les méninges cérébrales; cependant la couche gélatiniforme est bien moins apparente.

La substance de la moelle a partout sa consistance normale, et les racines rachidiennes ne présentent rien à noter.

Thorax. — La cavité des plèvres contient en quantité un liquide séreux et troublé; nous y remarquons aussi quelques pseudo-membranes qui paraissent être de formation récente.

Les poumons sont sains; faibles traces de bronchite; le cœur est flasque, exsangue; ses parois amincies. Rien à noter du côté des valvules.

Abdomen. — Les intestins sont fortement distendus par des gaz; dans les environs de la valvule iléo-cæcale, nous remarquons quelques points durs et inégaux; après l'incision, nous constatons que ces duretés, ces inégalités sont dues à l'existence de *nombreuses plaques gaufrées*; elles sont surtout remarquables dans les derniers 50 centimètres de l'intestin grêle; les follicules intestinaux présentent un commencement d'*hypertrophie;* nulle part nous ne constatons d'ulcérations; les ganglions mésentériques sont engorgés, d'une couleur ardoisée; quelques-uns atteignent le volume d'une noix.

La rate pèse environ 400 grammes; son tissu est couleur lie de vin; il est très friable.

Les reins sont hypertrophiés; le rein droit pèse 170 grammes; il est congestionné dans toutes ses parties.

Le foie est décoloré; son tissu jaunâtre et résistant crie sous le scalpel; la bile a l'aspect d'une sérosité citrine.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

— M. *Despretz* présente, au nom de M. *Remak*, professeur de médecine à l'Université de Berlin, la note suivante concernant une *pile galvanique portative* dont il fait usage : « Pour faciliter les applications médicales du courant galvanique constant que j'ai introduit dans la pratique depuis 1856, j'ai imaginé une pile de Daniell portative composée de petites *assiettes* de zinc et de cuivre de 3 à 4 pouces de diamètre *superposées* les unes aux autres et séparées par des assiettes d'argile et par deux couches de laine mouillées d'acide sulfurique étendu du côté du zinc et d'une solution de sulfate de cuivre du côté du cuivre, comme on le voit dans le dessin que j'ai l'honneur d'ajouter. On pourra aussi bien arranger, d'après cette méthode, une pile de Bunsen et de Grove, et utiliser ces *piles d'assiettes portatives* pour différentes circonstances. »

Cette note, conformément au désir exprimé par l'auteur dans sa lettre à M. Despretz, sera réservée pour la commission chargée de décerner le prix concernant l'application de l'électricité à la thérapeutique, prix qui ne sera donné, d'ailleurs, qu'en 1865.

— M. *Flourens* met sous les yeux de l'Académie plusieurs séries de dessins adressés par M. *Fock* (d'Utrecht), et se rattachant à ses précédentes communications sur les *proportions du corps humain*, proportions qui, selon lui, doivent être fixées, non d'après des moyennes provenant de mesures d'un nombre plus ou moins grand d'individus pris au hasard, mais d'après l'observation des types dont la beauté est universellement reconnue.

Dans le présent envoi, en même temps qu'il donne pour des déterminations dont il s'était déjà occupé des éléments nouveaux, il aborde certaines questions qu'il n'avait fait encore qu'effleurer. Ainsi il s'attache particulièrement à la tête osseuse (crâne et face), et, prenant pour type la belle tête grecque, il s'attache à faire voir que l'appareil masticateur y est disposé de telle sorte qu'on ne pourrait le modifier sans le rendre un peu moins propre à l'accomplissement de la fonction : les muscles prennent leur attache juste aux points qui

doivent rendre leur action plus efficace. les dents sont implantées dans la direction de la mâchoire, elles sont rapprochées de l'articulation, de manière que leur action trouve le moins de résistance possible. On peut suivre les dégradations successives de cette partie dans une série d'images photographiques, qui, commençant par celle d'une divinité produit de l'art grec, présente ensuite des têtes de la race blanche, de la jaune, de la noire.

Ces pièces seront soumises à la commission nommée pour les précédentes communications de M. Fock, commission qui se compose de MM. Serres, Flourens et de Quatrefages en remplacement de feu M. Magendie.

— M. *Bugnard*, principal du collége de Saint-Flour (Cantal), transmet une observation qu'il a eu occasion de faire sur lui-même concernant l'action heureuse du lait froid pris en boisson durant un accès de colique néphrétique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État adresse une demande d'instructions pour une mission médicale confiée à M. le docteur *Dumont*, et ayant pour objet d'étudier la fièvre jaune au Mexique. (*Comm.*: MM. Louis, Mélier et Trousseau.)

2° L'Académie reçoit un pli cacheté de M. *Paul Blondeau*, pharmacien à Paris. (*Accepté.*)

3° M. *Gavarret* présente, de la part de M. *Luër*, un appareil pulvérisateur qui offre les avantages suivants : 1° le liquide à pulvériser est tout à fait à l'abri du contact de l'air; 2° la poussière est animée d'une grande force de projection ; 3° l'appareil consomme peu de liquide : avec 30 grammes de liquide, l'appareil marche six minutes, soit une demi-heure avec 250 grammes ; 4° il coûte moins cher que les autres.

Dans cet appareil, le liquide, aspiré dans un corps de seringue au moyen du piston, qui est mû par une vis, est ensuite refoulé par le roulement de la vis en sens inverse. La pulvérisation se fait par la convergence des molécules liquides au contact de l'air sortant par un orifice capillaire.

— M. *Trousseau* dépose sur le bureau un travail manuscrit intitulé : APHORISMES SUR LA NATURE MÉDICATRICE ; par M. le docteur *Olaf Bang* (de Copenhague).

— M. *Larrey* présente une observation de M. le docteur *Desgranges* (de Lyon), intitulée : KYSTE MULTILOCULAIRE DROIT DE L'OVAIRE, D'UNE CAPACITÉ DE DIX LITRES ENVIRON ; UNE DES POCHES PLEINE DE PUS ; OVARIOTOMIE ; SUITES SIMPLES ; GUÉRISON RADICALE. (*Renvoyé à la commission de l'ovariotomie.*)

— M. le docteur *Halléguen* communique la relation d'un cas d'invagination intestinale, guéri depuis dix ans, avec expulsion de 75 centimètres d'intestin grêle.

— M. *Ricord* fait un rapport verbal sur une communication de M. le docteur *Cazenave* (de Bordeaux), ayant pour titre : NOUVELLES OBSERVATIONS DE CORYZA CHRONIQUE ET DE PUNAISIE NON VÉNÉRIENNE.

Lectures.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Tarnier* achève la lecture de son travail intitulé : DESCRIPTION D'UN NOUVEAU MOYEN DE PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

« 1° Les difficultés et les insuccès qui accompagnent l'application de l'éponge préparée et les dangers graves causés par les douches utérines, justifient la recherche d'un nouveau procédé pour l'accouchement prématuré artificiel.

2° Le *dilatateur intra-utérin* que je propose peut être utilisé dans ce but ; il se compose d'une sonde, dont l'extrémité coiffée d'un tube de caoutchouc, peut se dilater en boule quand on y pousse une injection ; un robinet empêche le reflux du liquide.

3° Cet instrument est porté dans la cavité même de l'utérus ; et quand il y a été gonflé, il se trouve retenu par l'orifice interne et reste en place sans aucun bandage contentif.

4° Son application est facile et ne cause aucune douleur ; elle se fait sans amener la rupture des membranes et paraît exempte de tout danger.

5° Ce procédé diffère des moyens précédemment employés en ce qu'il permet d'introduire dans l'utérus un corps solide volumineux qui, par son séjour, y fait naître bientôt des contractions énergiques et tous les phénomènes du travail.

6° Les observations recueillies jusqu'à présent (au nombre de dix), semblent démontrer qu'avec ce dilatateur on provoque l'accouchement prématuré plus facilement qu'avec tout autre procédé. »

OPHTHALMOLOGIE. — M. le docteur *Abbate* (d'Alexandrie) lit un travail intitulé : DE LA NÉOKÉRATOPSIE OU DE LA VISION PAR UNE CORNÉE ARTIFICIELLE.

Ce travail renferme le compte rendu d'expériences faites sur des lapins et d'opérations pratiquées sur l'homme, dans le but de remplacer la cornée transparente, dans les cas de lésions incurables, par une membrane en gutta-percha suffisamment mince pour permettre le passage des rayons lumineux. La membrane artificielle, après l'ablation de la cornée malade, est collée sur la surface cornéo-scléroticale à l'aide d'une faible proportion de caséine. L'exsudat plastique des bords avivés de la cornée, en se combinant avec la caséine, détermine une adhésion parfaitement solide et sans aucune opacité ni difformité consécutive.

M. Abbate donne aussi la description d'un nouvel instrument de son invention, destiné à pratiquer l'ablation de la cornée malade, et qu'il désigne sous le nom de *kératotome cycloïde*.

Le mémoire de M. Abbate et son nouvel instrument sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. *Larrey*, *Denonvilliers et Malgaigne*.

STATISTIQUE MÉDICALE. — M. *Vernois* lit un rapport officiel sur un volume intitulé : ESSAI ANALYTIQUE DE STATISTIQUE MORTUAIRE POUR LA VILLE DE BORDEAUX, et sur un travail manuscrit ayant pour titre : MORTALITÉ PAR AFFECTION DIPHTHÉRITIQUE DANS LA MÊME VILLE, par M. le docteur Marmisse.

« Une foule de questions d'hygiène, aujourd'hui et dans l'avenir, dit M. le rapporteur, ne puiseront leurs éléments d'étude et de progrès que dans des tables bien faites et bien raisonnées de statistique.

» M. le docteur Marmisse est entré dans cette voie avec courage et succès. Il explique les causes naturelles, accidentelles et morbides des décès par les influences qui les régissent (âge, sexe, misère, aisance, mois, saison, profession, etc.). Les travaux de Despine (de Genève), les rapports de MM. Guérard et Tardieu, et les travaux si nombreux de M. Trebuchet, ont servi de guide et de modèle à M. Marmisse.

» La notice manuscrite sur la mortalité par affection diphthéritique (angine et croup) dans la ville de Bordeaux, pendant les années 1858, 1859, 1860 et 1861, n'est, pour ainsi dire, qu'un chapitre plus détaillé de la statistique mortuaire. Ce travail repose sur 509 décès imputés à ces affections et formant la proportion de 3 à 4 pour 100 dans la mortalité générale. »

En somme, dit M. Vernois, les travaux que M. le docteur Marmisse a soumis au jugement de l'Académie portent le cachet d'un esprit sérieux et intelligent. L'objet dont ils s'occupent est, pour ainsi dire, à l'ordre du jour, et ils méritent d'être encouragés. J'ai donc l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le ministre du commerce que les mémoires de M. le docteur Marmisse ont été examinés avec l'intérêt dont ils sont dignes, et que l'Académie en a ordonné le dépôt dans ses archives, et décidé qu'une lettre de remercîments serait adressée à l'auteur. (*Adopté.*)

Digitized by Google

Présentation.

M. *Trousseau* rappelle d'abord les différents procédés opératoires destinés à pénétrer dans une tumeur abdominale, soit du foie, soit de l'ovaire, afin d'obtenir l'évacuation du liquide qu'elle renferme, sans déterminer d'épanchement dans la cavité du péritoine : tels sont les procédés de Récamier, de Bégin et de M. Jobert (de Lamballe). M. Trousseau rappelle encore qu'il a imaginé lui-même un procédé consistant dans l'application d'une acupuncture préalable à l'ouverture de la tumeur. Pour cela, il enfonce à travers les parois du ventre et de la tumeur un certain nombre d'épingles fines en fer, à 1 centimètre de distance l'une de l'autre. Les têtes de ces épingles sont entourées d'une boulette de cire, afin de préserver la peau de l'usure et de l'ulcération, et prévenir consécutivement la pénétration des épingles dans la cavité abdominale. Ces épingles ne tardent pas à s'oxyder et à déterminer autour d'elles une inflammation sans danger, et toujours suffisante pour produire une adhérence complète entre la paroi du kyste et la paroi abdominale. Cette adhérence est très ferme, très solide, et permet, comme les procédés de Récamier, de Bégin et de M. Jobert, et avec moins de douleur, d'ouvrir la tumeur sans craindre que son contenu ne s'épanche dans le péritoine.

M. Trousseau, pour démontrer l'efficacité de ce procédé opératoire, met sous les yeux de l'Académie une pièce anatomique provenant d'une femme morte dernièrement dans son service, et à laquelle il avait pratiqué l'acupuncture préalable, pour une tumeur de l'ovaire, qui fut ponctionnée plus tard.

A quatre heures et demie l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

RHINONÉCROSIE. — CONSTITUTION MÉDICALE D'OCTOBRE. — MORT SUBITE A LA SUITE D'HYDROTHORAX LATENT.

M. *Henri Roger* lit une lettre du docteur Pfeiffer relative aux faits de rhinonécrosie. Ce médecin a eu l'occasion de revoir un des malades mentionnés par M. Roger dans une de ses communications précédentes (voy. *Union medicale*, 10 mars 1860). Ce jeune homme, aujourd'hui bien portant, a conservé la perforation de la cloison, pour laquelle il a porté quelque temps un obturateur; mais l'ouverture s'est rétrécie considérablement, le nez n'a subi aucune déformation, et la voix est redevenue normale. Le docteur Pfeiffer cite à ce sujet une autre observation du professeur Gietl (de Munich) (voy. sa *Clinique*, publiée par le docteur Hanz; Munich, 1860), où la nécrose de la cloison du nez fut reconnue au cent troisième jour d'une fièvre typhoïde adynamique. On avait remarqué vers le milieu de la maladie une tendance continuelle du patient à introduire ses doigts dans ses narines. Cet accident, ainsi que les phénomènes de gonflement de la muqueuse, d'œdème, les dépôts diphthéritiques et les ulcérations gangréneuses qui se produisent dans le pharynx et le larynx, auraient, selon le professeur Gietl, leur point de départ dans la présence de mucosités en voie de putréfaction, que les malades n'ont plus la force de rejeter, et qui exercent sur les muqueuses, déjà prédisposées, une action irritante et caustique. Des phénomènes analogues s'observent dans les narines, dans la bouche, dans les organes génitaux de la femme, et enfin dans les plis de la peau chez les sujets gras, là où l'on est plus à même de suivre de près l'enchaînement des actes morbides. Le traitement prophylactique de ces accidents consiste à enlever les mucosités avec un plumasseau de charpie ou une éponge fixée à une baleine; l'instrument, trempé dans l'eau glacée, était introduit très profondément dans le pharynx avec l'aide d'un abaisse-langue, et retourné de tous côtés, puis retiré et lavé à grande eau. On répétait cette manœuvre trois ou quatre fois de suite; les efforts de toux et d'expuition qu'elle déterminait chez le malade aidaient puissamment à l'expulsion du mucus. Celui-ci présentait ordinairement une forte odeur putride, et le microscope y montre des masses nombreuses de mycèles. Les observations du docteur Pfeiffer confirment de tous points celles du professeur Gietl.

— M. *Lailler* fait à la Société son rapport habituel sur la constitution médicale du mois précédent. Les documents recueillis par la commission ont été peu nombreux, et se résument en quelques mots : la constitution médicale d'octobre a été à peu près la même que celle de septembre. On a vu surtout des fièvres typhoïdes dont l'issue a été favorable (M. Laboulbène à l'Hôtel-Dieu, MM. Gubler et Moutard-Martin à Beaujon, M. Boucher à Saint-Antoine). On a mentionné aussi un assez grand nombre de rhumatismes, de pneumonies et de pleurésies. Les tuberculeux sont nombreux partout, et quelques services en sont littéralement encombrés (plus d'un quart des lits du service de M. Boucher). Les renseignements manquent sur les hôpitaux d'enfants. Cette absence de documents tient, en réalité, dit en terminant M. Lailler, à l'absence de maladies prédominantes, et même au petit nombre de malades actuellement traités dans les hôpitaux.

M. *Roger* dit que c'est, en effet, ce qui se produit à l'hôpital des Enfants; il y a peu de malades et pas de maladies spéciales.

M. *Barthez* signale la même stagnation à l'hôpital Sainte-Eugénie; la moitié des lits sont vides, le reste ne contient que des chroniques, sauf quelques fièvres typhoïdes. Dans ces derniers temps, il a vu toutefois survenir des croups et des angines couenneuses de mauvaise nature.

M. *Blache* a eu dans son service plus de malades que ses collègues. En octobre, il a vu surtout des rougeoles graves compliquées de pneumonie, et des scarlatines bénignes, avec bon nombre de méningites tuberculeuses. Dans les derniers temps, et dans les premiers jours de novembre, il a observé beaucoup de croups graves. Si les trachéotomies avaient été auparavant heureuses dans son service, elles ont été cette année presque toutes funestes, et n'ont réussi que trois fois sur trente. En revanche, il a eu six guérisons de croup sans opération. Ces croups funestes étaient généralement consécutifs à des rougeoles. Beaucoup de ces petits malades ont présenté la paralysie diphthéritique vers le sixième jour, c'est-à-dire à une époque bien plus rapprochée du début qu'on ne l'observe ordinairement. Il signale aussi un cas de paralysie bien caractérisée du voile du palais, accompagnée de strabisme, survenue par suite d'un accident traumatique sans qu'il y eût existé aucune angine.

M. *Barthez* n'a au contraire rien noté de particulier cette année sous le rapport des affections diphthéritiques. 23 croups sur 50 ont guéri dans son service, dont 20 avaient été opérés.

M. *Thirial* a vu dans le quartier des halles tous les membres d'une famille pris successivement d'angine; la maladie semblait due à une influence contagieuse ou locale, bien qu'elle ne présentât pas de caractères diphthéritiques ; mais, dans le voisinage, on a observé de véritables angines diphthéritiques.

— M. *Lasègue* raconte à la Société un fait dont il a été vivement impressionné ; c'est un cas de mort subite consécutif à un hydrothorax latent, survenu chez un jeune médecin étranger, âgé de vingt-trois à vingt-quatre ans. Ce jeune homme, d'un tempérament nerveux, s'était, il y a trois ans, soumis à un traitement hydrothérapique, à la suite duquel il avait ressenti des douleurs dans le sixième espace intercostal, qui revenaient par crises de deux à trois heures, surtout la nuit, et qu'il attribuait lui-même à une névralgie intercostale de nature rhumatismale. Il avait consulté à plusieurs reprises, pour cette prétendue névralgie, des médecins des hôpitaux qui, s'en rapportant sans doute à son dire, et sans plus ample examen, lui avaient conseillé quelques traitements topiques

restés inefficaces. Il avait fait un voyage en Italie, dont il s'était bien trouvé ; enfin, revenu à Paris dans ces derniers temps, il s'était senti faible, mal portant, et un jour, à la suite d'une course en voiture et à pied, il avait été pris chez un ami d'une syncope assez longtemps prolongée. Ce fut à cette occasion que M. Lasègue fut appelé, et le trouva pâle, les extrémités froides, le pouls sans réaction ; croyant bien qu'une pareille syncope ne venait pas sans motifs, mais craignant de fatiguer le malade qu'il voyait dans un grand état de faiblesse, M. Lasègue se borna à prescrire quelques stimulants légers qui lui rendirent un peu de forces ; le soir, l'appétit revint ; le lendemain, M. Lasègue le vit sur son lit, causa avec lui, mais le trouvant encore faible, il remit à plus tard un examen plus approfondi. Le lendemain, il trouva le malade sur son séant, il avait passé toute la matinée assis et déjeuné de bon appétit. Il répondait bien aux questions, et raconta toute son histoire. M. Lasègue, examinant alors le cœur, reconnut immédiatement que cet organe était refoulé à droite du sternum, et constata une matité absolue dans presque tout le côté gauche du thorax, l'absence de murmure respiratoire, le souffle, enfin tous les signes d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche. Cet examen avait à peine duré quelques minutes, le malade se recouchait, lorsqu'il pâlit, poussa un gémissement, et tout fut fini ; la mort était venue instantanément pendant que M. Lasègue tenait encore sa main. — De ce fait malheureux, ajoute M. Lasègue, il faut tirer deux enseignements : le premier, c'est qu'en soignant un autre médecin malade, il ne faut pas s'en rapporter à son dire ; le second, c'est qu'il peut exister des hydrothorax latents, considérables, qui ne s'accusent par aucune toux, par aucun état de maladie prononcé, qui permettent au malade de marcher, de vaquer à ses affaires, de voyager même, de monter à pied des montagnes, comme l'avait fait celui-ci, et qui sont cependant une cause possible de mort subite.

M. *Chauffard* : Des exemples semblables s'observent assez communément chez les militaires ; il en a vu notamment à Avignon, parmi les conscrits du dépôt, qui se rendent le matin de très bonne heure à l'exercice, et en reviennent souffrants d'un mal obscur dont ils ne se plaignent qu'au bout de douze à quinze jours, mais d'une manière si vague, que le médecin aide-major du régiment, ne recourant pas toujours à l'examen par la percussion ou l'auscultation, ne les envoie pas tout d'abord à l'hôpital. M. Chauffard a vu ainsi des pleurésies datant de trois mois, remplissant tout un côté du thorax, ne se manifestant ni par de la toux, ni par des douleurs locales, ni par de l'excitation, et permettant au malade d'accomplir ses devoirs militaires, factions, exercices, sans qu'on remarque autre chose qu'un peu de pâleur ou d'air souffreteux, dont l'examen physique révèle seul la cause véritable.

M. *Lasègue* rappelle quelques faits d'hydrothorax latent rapportés par M. Trousseau dans sa clinique.

M. *Guerard* : Le fait de la possibilité de mort subite dans la pleurésie est connu, mais on peut se demander jusqu'à quel point elle est en rapport avec l'abondance de l'épanchement ; il a vu mourir entre ses mains à l'Hôtel-Dieu une convalescente de pleurésie au moment où il l'auscultait avant de signer l'exeat qu'elle demandait elle-même. L'autopsie ne révéla aucune lésion des plèvres, des poumons et du cœur, qui pût expliquer la mort. L'artère pulmonaire avait été examinée aussi, mais l'investigation de ce côté avait été poussée moins loin qu'elle ne le serait aujourd'hui, que les faits d'embolie sont à l'ordre du jour.

M. *Barth* a vu mourir subitement une dame de quarante-cinq ans qui portait un cancer encéphaloïde du sein, et chez laquelle un épanchement pleural s'était produit dans le cours du traitement. Peut-être pourrait-on invoquer dans ce cas l'influence de la diathèse cancéreuse, car on sait que cette redoutable affection peut amener, entre autres accidents, des oblitérations vasculaires. Quant aux hydrothorax latents, M. Barth a vu lui-même un jeune médecin qui portait depuis longtemps un épanchement considérable sans en avoir conscience.

M. *Bouchut* a vu également deux cas de mort subite avec des épanchements dans la plèvre gauche au moment où l'on se préparait à pratiquer la thoracentèse.

M. *Moutard-Martin* insiste sur ce fait, que tous les cas qui viennent d'être cités se rapportent à des pleurésies gauches : l'épanchement dans ce côté du thorax emprunterait une gravité particulière au déplacement du cœur, et l'on pourrait y trouver une indication spéciale de ne pas différer la thoracentèse. Quant au fait de M. Guérard, où il n'y avait pas d'épanchement, il semble à M. Moutard-Martin qu'il n'y a pas lieu de le rapprocher de ceux qui occupent en ce moment la Société, pas plus que toutes les morts subites qui ont été observées dans la convalescence de maladies de toute nature.

M. *Thirial* rappelle qu'une grande discussion sur le même sujet a déjà eu lieu devant la Société il y a sept ou huit ans, et qu'on peut se reporter à ce qui a été publié à cette époque. Pour lui, il a vu deux cas de mort subite avec des épanchements pleuraux, l'une au moment où l'on appliquait des ventouses au malade, l'autre pendant que le malade achevait de se raser. C'est toujours le même ensemble de circonstances : épanchement considérable à gauche, sans symptômes bien marqués, syncope mortelle sous l'influence du mouvement le plus insignifiant.

M. *Hervieux* a vu aussi un fait semblable. Il insiste sur la part que l'hydrothérapie a paru avoir, dans le cas de M. Lasègue, sur la production de l'épanchement. Il a vu lui-même cette médication produire des pleurésies méconnues quelque temps.

M. *Barthez* dit qu'il résulte de cette discussion que tout le monde à peu près a vu des faits analogues à celui de M. Lasègue. Quant à la remarque de M. Moutard-Martin, sur l'influence particulière de la pleurésie gauche, M. Barthez a vu, pour son compte, la mort subite survenir deux fois avec des hydrothorax du côté droit. Quant à l'hydrothérapie, elle peut amener des accidents comme toute autre médication quand elle est mal appliquée.

M. *Lasègue* s'élève à ce sujet contre les abus qu'on fait de l'hydrothérapie, surtout de celle que les gens du monde s'administrent eux-mêmes à domicile.

M. *Bouchut*, à propos des épanchements considérables qui indiquent la thoracentèse, rappelle que deux fois cette opération, pratiquée par lui avec toutes les précautions requises, n'a déterminé l'issue d'aucun liquide. Il s'était assuré que la canule n'était pas arrêtée par une fausse membrane ou un feuillet pleural. Il attribue ce fait exceptionnel à la possibilité de rencontrer dans la plèvre des liquides gélatineux déjà coagulés ; ce ne serait qu'un degré de plus de ce qu'on observe journellement quand on voit se coaguler le liquide extrait par la ponction.

M. *Beau*, qui a éprouvé le même mécompte dans quelques opérations de thoracentèse, serait disposé à admettre aussi cette explication, mais aucune autopsie n'en a encore démontré la réalité.

M. *Lailler* rappelle que la mort subite dans le cas de pleurésie a été l'année dernière le sujet d'une communication de M. Blachez à la Société.

D[r] E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Hydrophobie spontanée, par M. E. Gintrac (de Bordeaux).

L'hydrophie, ou horreur de l'eau, est un des symptômes les plus frappants de l'affection rabique ; aussi beaucoup d'auteurs emploient-ils encore indifféremment cette expression comme synonyme du mot rage. Pour quelques-uns, MM. Monneret et Fleury par exemple, l'hydrophobie n'est qu'un symptôme pouvant se produire à la suite d'une émotion vive de l'âme, de frayeur, de colère, de crainte. Dans un mémoire des plus remarquables, inséré dans les numéros d'août, septembre et octobre du Journal de médecine de Bordeaux, M. Gintrac cherche à montrer, en s'appuyant sur de nombreuses observations (on en compte 68) empruntées à divers auteurs, que l'hydrophobie constitue réellement une maladie spéciale.

Cælius Aurelianus, Guy Patin, Hamilton avaient déjà cherché à montrer que l'hydrophobie peut se montrer dans l'espèce humaine en dehors de toute morsure faite par un animal enragé. M. Gintrac place dans une première série les cas d'hydrophobie symptomatique ; dans une seconde, ceux qui montrent l'hydrophobie comme un symptôme purement moral ; dans la troisième, ceux où la maladie succède à la morsure d'un animal non enragé ; dans la quatrième les faits qui, étrangers à une cause traumatique quelconque, établissent la réalité de l'hydrophobie spontanée.

L'horreur de l'eau est un symptôme qui peut se manifester dans plusieurs états morbides ; c'est l'hydrophobie fausse d'Elias Oppenheim. Trecourt et Junker l'ont observée dans des cas de plaie de tête ; Guy Patin, de Lépine, Coste, Hildenbrand, Sarcone, Palloni, dans des fièvres graves avec lésion des fonctions cérébrales; M. Gintrac avait déjà cité dans son *Traité de pathologie*, quatre exemples de fièvre pernicieuse hydrophobique ; on l'a vue survenir comme complication de maladies exanthématiques, de phlegmasies diverses du tube digestif, d'affections nerveuses telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie. Cette hydrophobie symptomatique ne rentre pas dans la même classe que les faits spéciaux qui appartiennent à l'histoire de l'hydrophobie idiopathique, laquelle fait le sujet du travail de M. Gintrac ; aussi se borne-t-il à les rapporter brièvement.

Les phénomènes hydrophobiques produits par la crainte de la rage figurent dans la seconde série. Si ces faits attestent la puissance de l'imagination, ils prouvent en même temps que cette cause est incapable de produire la véritable hydrophobie. On peut ranger ces faits en trois groupes : 1° Un individu a été mordu par un animal qu'il croyait enragé ; il présente de l'hydrophobie, du délire parfois furieux, mais quelquefois, comme dans le cas du malade de Barbantini, le chien que son maître avait perdu et avait cru enragé, revient au logis, saute sur le lit, caresse l'hydrophobe et opère par sa présence une guérison subite.

2° Des personnes, presque toujours des médecins ou des vétérinaires, qui avaient été en rapport avec des hommes ou des animaux atteints de la rage, ont pu se croire atteintes de cette maladie et en éprouver quelques symptômes.

3° Des individus qui n'avaient eu aucun contact avec des animaux ou des hommes atteints de la rage, ont présenté, sous l'influence de la crainte, des symptômes d'hydrophobie. Les faits que rapporte ensuite M. Gintrac peuvent servir à donner une explication de ces hydrophobies survenues quelquefois si longtemps après une morsure faite par un animal non enragé, mais dans quelques-uns d'entre eux, il reste du doute sur l'état de l'animal; aussi l'auteur ne les fait-il pas figurer dans les soixante-huit observations qu'il rapporte en détail et qui font la base de son mémoire.

Les treize premières observations dans lesquelles l'hydrophobie s'est déclarée chez des individus mordus par des chiens non enragés, individus observés avec soin, même longtemps après que la morsure avait eu lieu, ne permettent pas de douter que l'hydrophobie, et l'on pourrait dire la rage, ne puisse se développer par suite de morsure, sans le concours du virus rabique. Quelle que soit la cause des résultats observés, cette influence délétère n'a pas pour origine le principe virulent de la rage, car aucun des chiens ne donna, ni avant ni après la morsure, des symptômes de cette maladie.

Cependant, malgré la rigueur avec laquelle quelques-unes de ces observations ont été prises, surtout celles qui appartiennent à ces dernières années, on pourrait toujours arguer de la possibilité d'erreurs ; mais il serait difficile de ne pas accepter les faits qui constituent la quatrième série et dans lesquels l'hydrophobie n'a été précédée d'aucune blessure où elle a été spontanée ou essentielle.

L'hydrophobie essentielle a été déterminée par des causes très diverses :

1° Par des affections vives de l'âme, une frayeur subite, un violent chagrin, une forte colère : les treize cas dont l'histoire est rapportée se sont tous terminés par la mort.

2° Par des impressions physiques extérieures, chaleur, refroidissement, etc. Ainsi :

Obs. — Un homme âgé de dix-huit à vingt ans, qu'aucun animal n'avait mordu, voyage à pied en juillet par une chaleur excessive ; il éprouve une fatigue extrême, de la céphalalgie, de l'engourdissement ; néanmoins il continue à marcher, et tombe sans connaissance en arrivant. Face rouge ; salive écumeuse ; pouls intermittent, dur, petit ; chaleur peu considérable ; peau sèche ; respiration gênée ; assoupissement ; mouvements convulsifs. On tente la saignée du pied, mais la vue de l'eau produit un état de fureur ; dès que le pied plonge, hurlements, tremblements, mouvements convulsifs. On essaye de faire boire le malade, il brise la tasse entre les dents ; il mor, les bras du chirurgien et les bras d'un aide ; impossibilité de faire prendre quoi que ce soit. Pouls intermittent. Mort dans la même journée. Les personnes mordues n'éprouvent rien.

Quatorze observations sont rapportées qui présentent toutes, comme celles de la série précédente, la mort comme terminaison, au milieu de symptômes analogues, sinon semblables à ceux de la rage.

3° Par des troubles de la menstruation ou une forte excitation génitale. Quelquefois enfin les causes sont restées inconnues.

L'hydrophobie spontanée n'a été observée ni dans la première enfance ni dans la vieillesse. Elle est fréquente dans l'âge de la puberté. Il n'y a pas de saison plus favorable que les autres à son développement spontané.

Elle se développe le plus souvent sans prodromes, quelquefois cependant il existe des phénomènes précurseurs, tels que lassitude, tristesse, inquiétude, sommeil agité, rêves effrayants, céphalalgie et douleurs dans quelques régions.

L'horreur des liquides se montre généralement dans les premiers moments et s'exprime de toutes façons ; la vue des objets lumineux, brillants, l'agitation de l'air, la simple présence de quelques personnes peuvent ramener les accès. La guérison est exceptionnelle. M. Gintrac n'en connaît que deux cas sur les 68 observations qu'il a pu rassembler.

Les symptômes de l'hydrophobie spontanée sont tellement analogues à ceux de l'hydrophobie virulente, que ces deux maladies ne sauraient être distinguées d'une manière précise, lorsqu'elles ont éclaté. Leur identité est repoussée par un grand nombre de personnes, et il y a, dans tous les cas, cette différence essentielle que l'une est inoculable et l'autre pas. Aussi a-t-on argué de cette différence pour prétendre que la rage spontanée n'était qu'une forme de délire, dans lequel le malade se croyant enragé, croit éprouver et éprouve tous les accidents nerveux de la rage, y compris les constrictions mortelles du larynx.

A cela, nous répondrons avec quelques-unes des observations rapportées par M. Gintrac, et en nous appuyant sur des faits d'hydrophobie rabique que nous avons observés. Un malade ne peut simuler, même de bonne foi, que les symptômes qu'il connaît, il se croit enragé, il sait que la rage s'accompagne d'hydrophobie, d'horreur des objets brillants, d'envie de mor-

Digitized by Google

dre, il éprouve tous ces symptômes, mais il n'éprouvera que ceux qu'il connait. Or, dans la rage vraie, il suffit d'agiter l'air autour du malade, même sans qu'il puisse le savoir, pour ramener un accès convulsif; voilà certes un symptôme ou une cause d'accidents qui n'est pas connue du vulgaire, et quoiqu'on l'observe fréquemment, bien des médecins l'ignorent sans doute. Or, dans quelques-unes des observations d'hydrophobie *spontanée* rapportées par M. Gintrac, nous retrouvons ces particularités. Ne peut-on pas en inférer qu'il s'agit ici d'une maladie essentielle, non virulente, non transmissible? mais, sauf cette heureuse différence, terriblement semblable dans ses effets à la rage vraie, et toutes deux, mortelles, n'ont pu encore être arrêtées par des médications efficaces.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'érysipèle, par le docteur Armand Després, in-8. Paris, 1862, Adrien Delahaye.

Le *Traité de l'érysipèle* publié par M. Després pourrait être intitulé : Histoire de l'épidémie d'érysipèle qui a régné à l'hôpital de la Charité en 1861, si l'auteur ne cherchait pas au contraire à tirer de l'examen des faits qu'il a réunis l'année dernière, pendant son internat chez M. le professeur Velpeau, cette conclusion bien différente de la nôtre : L'érysipèle n'est ni épidémique ni contagieux. C'est cette proposition, soutenue déjà par quelques auteurs, mais, il faut le dire tout de suite, combattue par le plus grand nombre des chirurgiens, que nous aurons surtout à examiner comme l'une des plus importantes que renferme l'ouvrage de notre collègue.

Le livre de M. Després est divisé en trois parties bien distinctes : La première, qui ne comprend pas moins de soixante-dix pages, est consacrée à l'historique ; ce chapitre mérite d'incontestables éloges, car il renferme un aperçu de tous les travaux publiés sur la matière et un résumé de toutes les théories qui ont successivement régné sur la nature, les causes et le traitement d'une maladie malheureusement trop fréquente. La seconde partie comprend l'histoire des soixante-trois malades affectés d'érysipèle dans le service de chirurgie de la Charité pendant l'année 1861. La troisième s'occupe de la nosographie; l'histoire de la maladie s'y trouve traitée d'une manière complète, et nous aurions grand plaisir à l'analyser comme elle le mérite, si quelques propositions, qui nous paraissent discutables, n'attiraient et ne retenaient notre attention.

Il est des livres qui ont surtout pour mérite de réunir les opinions émises par les écrivains antérieurs, de les grouper avec art, de présenter au lecteur l'état de la science sur un point donné ; mais l'auteur semble s'effacer et son livre prête peu à la discussion. Celui de M. Després a les qualités de ceux-là, mais il en a une autre plus importante : il a le mérite d'être une œuvre personnelle, car il est consacré à la défense d'opinions en contradiction avec les idées généralement acceptées.

Les faits rapportés par l'auteur prêtent-ils à ses opinions un appui suffisant? C'est ce que nous devrons surtout examiner.

Admettant et étendant les idées émises par Blandin, M. Després considère l'érysipèle comme une inflammation se faisant en un point; des capillaires lymphatiques, la lymphe, arrêtée un instant, ne tarde pas à prendre un autre chemin, et cela vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début de la maladie, c'est-à-dire à des moments qui coïncident parfaitement avec ce que M. Velpeau appelle des poussées d'érysipèles.

L'hydrogène sulfuré, dit encore M. Després, retarde la coagulation de la lymphe ; aussi les érysipèles n'arrivent jamais le premier jour d'une plaie, mais bien le troisième et le quatrième jour, alors qu'il se forme aux dépens de l'exsudat, des liquides altérés, toujours riches en alcalins et en hydrogène sulfuré. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la discussion de ce point de la science ; puissent l'anatomie et la physiologie pathologique faire découvrir enfin un remède efficace contre la maladie déjà déclarée ! mais il est une question toute pratique, qui nous intéresse beaucoup plus vivement, c'est celle du développement de l'érysipèle, car, s'il est difficile de le guérir une fois développé, peut-être trouvera-t-on plus facilement le moyen d'empêcher son apparition.

L'érysipèle est-il épidémique? Est-il contagieux? Quatre externes des hôpitaux de Paris (l'un d'eux, avec sa mère, madame Regnier) ont succombé l'année dernière à des érysipèles. Un médecin de Paris, le docteur le Couppey, une sœur de l'hôpital de Lariboisière sont morts à la même époque, de la même affection. Plusieurs chirurgiens de nos hôpitaux ont cru devoir, dans le même temps, cesser de pratiquer toutes les opérations non urgentes, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Ce sont des motifs bien suffisants pour autoriser un examen rapide et sévère d'une question aussi grave.

« L'authenticité de l'épidémie d'érysipèle qui a frappé, en 1861, avec force, une assez grande étendue de la France et principalement Paris, a été pour moi le point de départ du travail que je vais entreprendre. » Ainsi commence un mémoire de M. Degranges, inséré dans le dernier numéro de l'*Union médicale de la Gironde*.

« Si (dans les tableaux précédents) on croit pouvoir trouver une épidémie d'érysipèle, nous ferons remarquer qu'il serait très aisé de voir une épidémie de phlegmons en mai et en août; une épidémie de panaris en janvier; une épidémie d'abcès en août; une épidémie d'adénite en mars, mai et novembre. » Telle est la conclusion de M. Després. Nous sommes donc en présence de deux opinions absolument inconciliables. Quelle est la vraie?

M. Després se base surtout sur cette considération, que le nombre des érysipèles a été à peu près le même chaque mois de l'année 1861, pour nier l'existence d'une épidémie. « Si l'érysipèle, dit-il encore, *est une maladie tenant à un miasme* développé à certaines époques de *l'année*, nous devons retrouver, dans quelques pays, sur le globe, un lieu où il règne, sinon d'une façon constante, du moins d'une manière régulière. C'est ce qui n'existe pas. »

Malheureusement cela existe, et, quelle que soit la nature ou le mode de développement du miasme, le pays de prédilection, le lieu où l'érysipèle règne d'une façon trop régulière, c'est Paris, ce sont nos hôpitaux.

Nous ne voulons pas entrer dans la discussion de la valeur à donner au mot épidémie, et nous concéderons volontiers à M. Després que l'érysipèle est chez nous à l'état d'une endémie avec exacerbation. Mais voici ce que nous avons observé l'année dernière : Pendant les premiers mois, les érysipèles furent si fréquents à l'hôpital Beaujon, que M. Gosselin ne crut pouvoir en arrêter l'apparition trop fréquente qu'en s'abstenant de toute opération. Le moyen réussit; mais ce n'est pas tout : il semblait que l'érysipèle faisait de préférence son séjour, tantôt dans un pavillon, tantôt dans un autre, de sorte que, pendant que l'un des chirurgiens se félicitait de la diminution de l'épidémie, l'autre se plaignait de son apparition.

D'ailleurs les faits mêmes de M. Després ne viennent-ils pas contre sa proposition? Comment! dans un service de chirurgie où la mortalité atteint son chiffre le plus bas : 1 décès sur 35 malades en 1860, il y aurait eu, en 1861, 63 érysipèles suivis *trente-cinq fois* de mort! Et cela serait l'état normal!

Mais si en 1860 il est mort dans le service de chirurgie de la Charité 1 malade sur 35 d'après les chiffres officiels de l'administration; comme il est entré en 1861, dans les salles de M. Velpeau, 1060 malades environ, la mortalité, si elle était restée la même que l'année précédente, n'eût dû amener, en 1861, *par toutes les causes de mort réunies*, que 30 décès seulement; or, nous en trouvons déjà 35 rien *que par ou avec l'érysipèle;* M. Després est-il en droit d'en inférer que c'est là l'état normal? Non certes! La maladie n'est pas, heureuse-

Digitized by Google

ment, toujours aussi fréquente, car il faudrait alors admettre qu'elle est à la Charité à l'état d'épidémie permanente, et l'année 1861 peut, fort heureusement, passer comme exceptionnelle.

M. Desprès est disposé à admettre que l'érysipèle est endémique dans nos hôpitaux, mais il regarde l'influence nosocomiale comme jouissant d'un trop grand crédit.

« La Charité, dit-il, a été accusée d'être un foyer d'érysipèles; ce sont là des bruits qui courent, et ce que nous avons vu pour notre part ne justifie pas de telles croyances. » Il faut avouer, cependant, que 35 décès par érysipèles dans une seule année pourraient bien justifier de tels bruits.

Quant à la contagion, M. Desprès la repousse bien plus vivement encore que l'épidémie, et ne regarde comme concluant aucun des faits assez nombreux rapportés par divers auteurs, les considérant seulement comme des coïncidences. Voici comment il répond à l'objection de l'apparition dans une même salle d'érysipèles si nombreux : « On constate, dit-il, des érysipèles dans une salle, et qui *sautent* d'un bout de la salle à l'autre, et se développent rarement entre deux malades voisins. » La contagion se trouve-t-elle ainsi prouvée?

Faut-il donc, pour que la contagion soit réputée exister, que la maladie prenne le blessé couché dans le lit placé à côté de celui qui est occupé par un érysipélateux, et qu'elle se propage ainsi de lit en lit sans pouvoir en sauter un seul? Mais la variole est, que nous sachions, contagieuse; des malades, couchés à l'autre extrémité d'une salle où se trouve un varioleux, s'ils prennent la variole, ne l'auront donc pas prise par contagion, parce que les malades occupant les lits intermédiaires ont été respectés? Mais qui donc connaît la loi de la dissémination des miasmes dans une même chambre? Nous ne saurions admettre que 63 érysipèles, dont 47 se sont développés dans les salles pendant une même année, ne sont dus, ni à une épidémie, ni à la contagion.

Nous ne voulons pas, nous l'avons dit, discuter d'une manière abstraite la valeur des mots; mais qu'est-ce, pratiquement, qu'une épidémie, sinon le développement anormal et exceptionnel d'une maladie atteignant à la fois un nombre plus ou moins grand de malades, se développant sous l'influence d'une cause le plus souvent inconnue? Qu'il y ait contagion de la cause morbifique ou contagion de la maladie qu'elle a amenée, il n'en est pas moins vrai que l'érysipèle ne doit pas être et n'est pas la suite presque naturelle des plaies accidentelles ou chirurgicales; s'il est exceptionnel ailleurs, et il l'est, il faut qu'il le devienne à Paris où il n'est que trop ordinaire. L'épidémie cessera-t-elle de mériter ce nom, comme semble le dire M. Desprès, parce qu'elle durera longtemps? Ce sera, si l'on veut, et nous ne tenons pas au mot, une épidémie permanente, mais enfin une épidémie. S'il est prouvé que l'érysipèle tienne quelquefois, mais moins souvent que ne le croit l'auteur, à des pansements mal faits, il faut nous corriger sur ce point. S'il y a épidémie, et nous le pensons, il faut en étudier les causes, parmi lesquelles l'encombrement se place en première ligne; s'il y a contagion, et nous le pensons encore, il serait bon de suivre l'exemple de nos voisins d'Angleterre : évacuer à l'occasion les salles de chirurgie, et placer dans des chambres séparées les malades, nombreux chez nous, rares chez eux, sur lesquels un érysipèle s'est développé.

Ne croyant ni à la contagion, ni à l'épidémie, M. Desprès devait invoquer une autre cause au développement si fréquent d'une même affection; il croit la trouver dans l'imperfection des pansements, la négligence des malades et même de ceux qui les soignent, l'emploi de la réunion par première intention dans les cas de plaie, etc.

La réunion par première intention, en tant que méthode, ne saurait porter la responsabilité des faits qui lui sont attribués.

Un malade subit la castration; on réunit avec des serres-fines. Dans la journée, une hémorrhagie survient : on lie huit petits vaisseaux, dont la recherche fut longue et pénible; on refait le même pansement, c'est-à-dire qu'on place des boulettes de charpie dans la plaie. La plaie ne se réunit pas; cela ne doit pas étonner.

Une femme reçoit une plaie de la région parotidienne : des recherches longtemps prolongées pour trouver et lier les vaisseaux n'aboutissant pas, on réunit avec des épingles et l'on *serre de telle sorte* que l'hémorrhagie s'arrête.

Un homme est opéré d'un lipome le 2 février; le 22, les bords de la plaie chevauchant l'un sur l'autre et étant désunis profondément, on place quatre épingles. Ce n'est pas encore là une véritable réunion par première intention, et il ne faut rendre cette méthode responsable que des accidents qu'elle amène par elle-même.

Du reste, c'est surtout à l'irrégularité des pansements, aux imprudences des malades, que M. Desprès attribue le développement de l'érysipèle. Sans doute, il y a souvent beaucoup de vrai dans cette explication : mais, s'il n'y avait pas dans les salles de l'hôpital une influence fâcheuse toute particulière, verrait-on un érysipèle se développer sur la face d'un opéré de cataracte parce qu'il s'est frotté l'œil le jour même de l'opération (obs. VII); chez une jeune femme, parce qu'elle va sur l'escalier et descend peut-être au jardin, quoique ayant un vésicatoire qui ne la fait plus souffrir (obs. XLVII)?

Mais les conclusions que M. Desprès tire des faits rapportés dans son livre, pour prouver l'influence des pansements irréguliers, sont loin d'avoir la rigueur désirable. Nous opposons, dit-il, deux observations où il y a une différence sensible dans la conduite qu'ont tenue les deux malades soumis à une même opération, *différence qui peut expliquer* pourquoi l'un eut un érysipèle et l'autre en fut exempt.

« C..., âgé de vingt-trois ans, est opéré d'un kyste sébacé » de la joue ; on couvre la plaie d'une compresse d'eau froide, » et le malade reste dans la salle et se trouve guéri sans accidents le quatrième jour. »

« Un jeune homme, amené par un des externes de service, » vint, au mois de juin, se faire enlever un kyste sébacé de la » région du front... Le malade s'en alla à pied ; quatre jours » après, il eut un érysipèle, etc. » Ces deux malades étaient-ils dans les mêmes conditions?

Ces faits, que rapproche M. Desprès, expliquent-ils quelque chose, viennent-ils à l'appui de sa thèse? On va le voir. Le jeune homme amené par un externe, est étudiant en médecine, un de nos amis et de nos élèves. Or, la veille de l'opération, il nous fit part de son projet, et, comme nous croyons à la contagion de l'érysipèle, nous lui tînmes à peu près le discours suivant : « Vous portez depuis longues années votre kyste; rien ne presse de vous le faire enlever. Il y a en ce moment une épidémie d'érysipèle qui ravage nos hôpitaux, si bien que plusieurs chefs de service ne pratiquent en ce moment aucune opération. Aller à la Charité, dans un foyer de contagion, c'est vouloir aller chercher l'érysipèle et le rapporter chez vous, etc. » Nous ne fûmes pas écouté. L'opéré, le front bien garanti, rentra chez lui (rue des Beaux-Arts, à deux pas de la Charité, au mois de juin et à onze heures du matin), se mit sur le front des compresses d'eau fraîche, ne quitta pas la chambre; cependant le soir il avait du frisson et, le lendemain matin, moins de vingt-quatre heures après l'opération, survenait un érysipèle fort grave, et qui nous inspira les plus grandes inquiétudes.

Voilà le fait, M. Desprès peut-il encore le revendiquer à l'appui de son opinion?

Si l'érysipèle traumatique survient presque uniquement sur les plaies mal soignées, comment expliquer l'apparition de l'érysipèle spontané? M. Desprès invoque ici un traumatisme spécial. « Nous ajouterons, dit-il, qu'un refroidissement, un coup d'air, sont une espèce de traumatisme suffisant, et que la prédilection de l'érysipèle pour la face, c'est-à-dire pour une partie découverte, ne peut s'expliquer que par le traumatisme; il est évident en même temps que l'érysipèle trau-

matique et l'érysipèle spontané ont à la face des manifestations identiques. »

Dans les observations que contient le *Traité de l'érysipèle*, nous voyons en effet que la maladie siége trente et une fois à la face; deux fois il était spontané, deux fois il s'était développé en ville, mais les malades portaient un panaris, et vingt-sept fois il existait sur la face ou sur la tête une plaie, une écorchure.

Les partisans de la contagion ne pourraient-ils dire, retournant ces faits contre l'auteur : Une plaie est une porte ouverte au principe morbide? Si parmi les 63 malades nous ne voyons l'érysipèle coïncidant avec des plaies ne débuter que dix fois par le membre inférieur, sept fois par le supérieur, et vingt-sept fois par la face ou la tête, n'est-ce pas parce que les plaies et les excoriations de la face sont plus souvent que les autres exposées à l'air et, par suite, à la contagion?

M. Després nie la contagion ; comment expliquer alors par des causes souvent futiles, par des plaies légères, l'apparition de cinquante et un érysipèles dans un même service, dans une même année? L'auteur nie l'épidémie d'érysipèle, comme il nie aussi celle de fièvre puerpérale. « La comparaison des fièvres puerpérales avec les érysipèles ne donne rien de bien concluant ; du reste, quoi qu'il en ait été dit, il *n'y a pas de quoi* établir qu'en 1861, il y a eu des fièvres puerpérales épidémiques à l'hôpital de la Charité. » Malheureusement nous n'avons que trop de raisons pour accuser l'épidémie, et nous dirons ici ce que nous n'avons pas voulu dire, lors de la discussion à laquelle l'auteur fait allusion. Nous savons par le travail consciencieux de M. Tarnier, qu'en 1856, dans le 12e arrondissement de Paris, le plus pauvre de tous, il est mort une femme sur 322 accouchées ; comment expliquer, sans invoquer l'épidémie, qu'il en soit mort, à l'hôpital de la Charité, en 1861, une accouchée sur sept? Contrairement à M. Després, nous trouvons que cela est concluant. Il y a eu à la Charité 63 érysipèles dont 35 mortels, c'est-à-dire plus de la moitié ; dans le même temps (et il faut bien encore que nous allions à Londres), à Guy's Hospital sur 4867 malades, il n'y en avait que 28 affectés d'érysipèle et 3 seulement mouraient par cette cause.

Si l'on n'accepte ni la contagion, ni l'épidémie, faut-il accepter l'hypothèse de M. Després? Non, car par bonheur il se trompe et nous sommes heureux de le lui dire. M. Després rapporte l'histoire des érysipèles développés sur les malades, du traitement desquels il était chargé et responsable comme interne, dans le service que notre illustre maître dirige avec sa sollicitude toujours si grande. Eh bien ! si les érysipèles ont été exceptionnellement nombreux, ils ne sont certainement pas dus à des pansements mal faits, et c'est à la contagion que nie l'auteur qu'il faut imputer des méfaits dont l'interne revendiquerait à tort sa part. Aussi, nous résumerons la discussion à laquelle nous nous sommes livré en disant : Il y a eu à l'hôpital de la Charité, en 1861, ou une épidémie d'érysipèle, ou une épidémie de mauvais pansements. Or, l'érysipèle s'étant montré dans tous nos hôpitaux de Paris et en ville, nous ne saurions admettre la seconde hypothèse ; il ne nous reste donc que la première : l'épidémie.

On ne nous fera jamais croire, dit encore M. Després, qu'une salle d'hôpital soit aussi infecte, aussi malfaisante que les chambres borgnes des rues du quartier Mouffetard, où l'on fait la cuisine, etc. Aussi infecte, non, mais plus malfaisante, oui, quand il y a encombrement de malades. Tout foyer de matières morbides vives ou mortes, a dit M. Beau, dans lequel on est apte à contracter la maladie d'où ces matières proviennent, est un foyer de contagion. C'est là ce qu'il ne faut pas oublier, ni pour l'érysipèle, ni pour l'infection purulente. Nous nous sommes livré l'année dernière à une enquête spéciale sur ce point dans les grands hôpitaux de l'Angleterre et de l'Écosse ; partout, dans cette même année 1861, où il y avait tant d'érysipèles à la Charité et à Paris, le mal avait été absolument exceptionnel chez nos voisins. Il y a donc quelque chose à faire. Ne sachant pas guérir l'érysipèle, il faut que nous cherchions à le prévenir, et déjà l'administration des hôpitaux a mis hardiment la main à l'œuvre de régénération de nos établissements hospitaliers. Nier l'influence des causes nosocomiales, nier l'épidémie ou la contagion, en présence de si nombreuses victimes, nous a paru une erreur et un danger ; c'est notre excuse pour la sévérité avec laquelle nous avons combattu les opinions que renferme un livre témoignant d'un travail consciencieux, et qui a le grand mérite de présenter les documents à côté des déductions. Nous avons attaqué les idées que renferment quelques pages ; nous ne pouvons que donner des éloges mérités à toutes les autres, en disant à l'auteur pour la critique, car il n'en serait pas besoin pour l'éloge : *Amicus sed magis amica veritas.*

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'hiver le mardi 18 novembre 1862. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Physique médicale. . . .	Gavarret	Lundi, mercredi, vendredi	A 10 h 3/4
Histologie.	Robin	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Pathologie médicale. . .	Natalis Guillot	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Opérations et appareils. .	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Chimie médicale.	Wurtz	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A 10 h 3/4
Anatomie.	Jarjavay	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A midi.
Pathologie et thérap. gén.	Andral, suppléé par M Marcé, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A 3 h.
Pathologie chirurgicale .	Denonvilliers	Mardi, jeudi, samedi	A 4 h.
Clinique médicale.	Bouillaud.	à la Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale. . .	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchement.	N.	à l'hôp. de la Faculté.	
COURS COMPLÉMENTAIRES.			
Cours cliniques : mal. des enf.	Roger.	à l'hôpital des Enfants.	Tous les jours le m. de 7 à 10 h.
Cours cliniques : mal. mentales et nerveuses	Lasègue.	à Necker.	
Cours cliniques : d'ophthalmol.	Follin.	à la Salpêtrière.	

Revue rétrospective a l'occasion de cette question : *L'association médicale doit-elle avoir un journal officiel?*

On lit dans l'Union médicale :

La *Gazette médicale de Paris*, après avoir reproduit, *in extenso*, les extraits du Compte rendu que nous avons publiés, mardi dernier, fait suivre cette reproduction de la note suivante :

« D'après la déclaration à nous faite par M. le secrétaire » général de l'Association, M. Latour, nous avions expliqué, » dans notre dernier numéro, pourquoi nous ne donnions pas » de compte rendu détaillé de la séance annuelle, les détails » de cette séance, a dit M. Latour, étant réservés pour *l'Annuaire*. Cependant le numéro de mardi dernier de *l'Union* » *médicale* renferme un compte rendu détaillé de l'assemblée » générale de l'Association, tel que nous le reproduisons aujourd'hui. Nous avons dû faire part de cette contradiction au » conseil général de l'Association, dont nous avons l'honneur » de faire partie. Les explications de M. Latour ne nous ayant » que très médiocrement satisfait, nous avons demandé qu'à » l'avenir tous les organes de la presse indistinctement fussent » mis à même de prêter leur publicité aux actes de l'Association. » — J. G.

M. J. Guérin, dans cette note, n'oublie qu'une chose : c'est de dire que ses réclamations contre le secrétaire général de l'Association, et que sa proposition contre le rédacteur en chef

Digitized by Google

de l'Union médicale, ont obtenu un tel succès, que le conseil général, à l'unanimité, et par un vote très significatif, a passé à l'ordre du jour.

Ce résultat nous console un peu de la médiocre satisfaction que nos explications ont procurée à M. J. Guérin. C'est tout ce que nous éprouvons le besoin de lui répondre. — A. L.

Dieu nous garde de vouloir envenimer une mésintelligence déjà si aigre ! Mais l'histoire est l'histoire, et un philosophe gascon l'a dit : c'est « un estude d'un fruict inestimable. »

En 1848, la Gazette hebdomadaire étant encore dans les desseins de Dieu, et la Gazette médicale de Paris condamnée d'ordinaire au régime de ma prose, le bureau de l'*Association des médecins de Paris*, nouvellement instituée, et dont j'avais l'honneur d'être le secrétaire général, m'exprima le désir de s'assurer la publicité de ce dernier journal. Je dus en référer au rédacteur en chef, qui me chargea de deux choses : 1° d'accepter, à la condition d'obtenir le titre de *Journal officiel de l'Association*, avec tous les avantages naturels de cette situation privilégiée ; 2° de soutenir cette prétention *unguibus et rostro*, je veux dire de ma main dans la Gazette et de ma bouche au *rostre* de l'assemblée ; tâche à laquelle je me dévouai d'autant plus volontiers, que je considère comme indispensable à toute société qui parle, qui délibère et qui vote, une sorte de Moniteur assurant la publicité intégrale de ses actes et lui en garantissant l'exactitude. Et le piquant est que le motif déterminant de l'acceptation était un certain article IV des statuts, d'après lequel l'association de Paris devait tôt ou tard devenir le centre d'une association nationale. D'où il suit que, de toutes les formes d'association, la forme unitaire, celle qui prévaut aujourd'hui, est précisément celle qui, au rédacteur en chef comme à moi, paraissait exiger le plus impérieusement la disposition d'une publicité officielle. Les curieux peuvent consulter sur ce sujet la Gazette médicale de 1848 (p. 683).

Que faisait cependant, ou que disait l'Union médicale, née depuis peu et déjà fort avisée ? L'Union médicale ne disait rien ; mais à la séance où furent discutées mes propositions, je trouvai en face de moi, groupé autour du rédacteur en chef silencieux, une phalange de collaborateurs et d'amis plus disposés à la causerie et qui m'accablèrent d'objections, de contre-propositions ; tant et si bien que le pot au lait de la Gazette s'en alla en morceaux. Et quand, un peu plus tard, je m'étonnai de ce coup parti du journal *officiel* de plusieurs sociétés : Moi, disait le feuilleton de l'Union, je n'ai pas dit un mot ! je n'ai pas voté ! A quoi je répliquai : « Eh ! justement, il fallait parler ! il fallait voter ! C'est cette abstention qui constitue à nos yeux le défaut de sincérité. » (*Gaz. méd.*, 1848, p. 706.)

Ainsi la Gazette médicale de Paris, qui voulait être journal officiel de l'association en 1848, ne veut pas que l'Union le soit en 1862 ; et, par compensation, l'Union qui *ne votait pas* autrefois pour la publicité officielle de la Gazette veut garder la sienne aujourd'hui.

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

Nos deux confrères sont gens d'esprit ; ils avaient donc incontestablement le droit de changer, et même de troquer leurs opinions. Pour nous, qui n'oserions prétendre à la même excuse, nous gardons notre opinion de 1848. L'association fait bien d'avoir un journal officiel. Il est naturel que ce journal soit celui que dirige le secrétaire général. Enfin, l'Union, journal officiel, se conforme à sa position en se réservant la primeur des documents. Il faut savoir accepter les conséquences d'un principe. Le premier de ces documents étant d'ailleurs l'*Exposé annuel* du secrétaire, on ne voit pas comment on pourrait l'aller prendre dans sa poche entre le jour de la réunion annuelle et le plus prochain numéro de son journal. Il reste aux autres feuilles la ressource d'assister aux séances et d'en publier le compte rendu.

Si notre collègue de l'Union ne se montrait pas quelquefois si enclin à voir les mauvais sentiments derrière les observations qu'on se permet de lui adresser, nous formulerions confraternellement un vœu plus sage que celui de M. J. Guérin, et que le conseil général traiterait peut-être avec moins de rudesse : ce serait que le *Journal des intérêts scientifiques et moraux du corps médical*, le journal officiel d'une association qui s'efforce, comme l'a dit le secrétaire général, de moraliser la profession, renonçât au bénéfice de ces annonces, aussi fallacieuses que pompeuses, qui passent ensuite dans la presse politique, sous le faux couvert d'une sérieuse autorité, avec la garantie mensongère d'une appréciation scientifique, cent fois plus dangereuses sous ce déguisement que lorsqu'elles se présentent seules à la caisse d'un bureau de journal ou d'affichage. A. D.

Le Times du 10 novembre renferme le rapport suivant, que le professeur Partridge (de Londres), envoyé *officiellement* à la Spezzia « par le comité garibaldien de l'Italie Une », a adressé à ce comité. Ayant publié déjà le premier rapport de ce chirurgien, et celui de M. Nélaton, qui contredit en quelques points son confrère anglais, l'impartialité nous fait un devoir de publier ce nouveau document.

La reproduction de bruits inquiétants sur l'état de la santé et de la blessure du général Garibaldi, mentionnant même la nécessité d'une amputation, une invitation du docteur Ripari et de ses collègues d'assister à une consultation pour déterminer les meilleurs moyens de guérir le général, engagèrent le comité particulier (*the committee of gentlemen*) sur le désir duquel j'étais allé une première fois à Varignano, à me prier de faire une seconde fois le voyage. Malgré les inconvénients personnels que cette absence m'occasionnait, je crus de mon devoir de me rendre à leur prière, et, après avoir été prévenu le 25 octobre, par dépêche télégraphique, que la consultation aurait lieu le 29, je quittai Londres dans la matinée du 26. Malheureusement la tempête empêcha le bateau à vapeur de quitter l'Angleterre ; je ne pus, malgré toute la célérité possible, arriver à la Spezzia qu'après la consultation.

Je vis le général le 30 octobre, jour de mon arrivée à la Spezzia, où il occupait un appartement à l'hôtel de la Marine. J'assistai au pansement du soir, et le lendemain, conjointement avec le docteur Pirogoff, chirurgien en chef de l'armée russe à Sébastopol, et peut-être la première autorité en Europe pour ce qui regarde les plaies par armes à feu, nous procédâmes en toute liberté à un examen attentif et complet de l'état de la santé et de la blessure du général.

Nous devons rappeler que, la veille de la consultation, M. Nélaton, l'éminent chirurgien français, explora la blessure avec une sonde, et crut sentir un corps dur qu'il déclara être la balle, située à un pouce environ de l'orifice de la plaie. Il conseilla de dilater graduellement la plaie au moyen de tentes de grosseur croissante, comptant que, dans l'espace de cinq ou six jours, la balle pourrait facilement être extraite avec des pinces.

Le 29 octobre, à la consultation, la question de l'amputation fut posée, discutée et heureusement rejetée comme non nécessaire (*unnecessary*) et non indiquée. Dans le même temps M. Porta, expérimenté et distingué chirurgien de Pavie, fit une exploration avec le petit doigt introduit avec quelque force et profondément (*forcibly and deeply*) dans la blessure ; mais, bien qu'il tournât le doigt dans toutes les directions, il ne put sentir de balle, ce qui montrait que M. Nélaton était dans l'erreur (*was mistaken*) en supposant qu'il sentait le projectile à un pouce de l'orifice de la plaie.

En fait, la balle n'a encore été sentie par personne, et rien n'a démontré jusqu'à présent ni sa présence ni son siége.

M. Pirogoff pensait que la balle pourrait bien être logée profondément dans l'articulation tibio-péronière, entre les deux os de la jambe, et il basait cette opinion sur la largeur plus grande (trois quarts de pouce mesures au compas d'épaisseur) du cou-de-pied malade ; mais l'œdème des parties environnant la jointure, œdème causé probablement par les explorations faites le 29, pouvaient rendre compte de cette différence, et l'examen le plus minutieux, la pression exercée avec les doigts en divers points de l'articulation, ne purent nous indiquer la présence d'aucun corps dur, ni de pus, et la pression sur le siége supposé du projectile ne fit écouler par la plaie aucun liquide purulent.

Jusqu'à ce moment, toutefois, quoiqu'il eût été présomptueux de ma part de déclarer l'impossibilité de la présence d'une balle, je ne vois aucune raison de changer mon opinion première, coïncidant avec le résultat de l'exploration faite le 4 septembre par M. Porta, six jours seulement après la blessure, confirmée par M. Zanetti dans notre consultation du 19 septembre, c'est-à-dire que rien ne démontre encore aujourd'hui la présence d'un projectile.

On doit se rappeler que la balle était cylindro-conique, pesant plus d'une once, lancée obliquement d'en bas et en face, à une distance moindre de 150 ou 200 pas ; qu'elle pénétra à travers les bottes, le pantalon et les bas ; qu'elle brisa par une fracture linéaire et transversale la malléole interne, mais sans la faire éclater comminutivement, quoique cette fracture dût nécessairement ouvrir l'articulation du cou-de-pied.

Les débris osseux éliminés de temps en temps par la plaie avaient la forme et la grosseur de grains de sable, et l'on ne retira qu'un seul fragment ayant le volume d'un demi-pois. En ce moment la blessure est plus tuméfiée que lors de ma première visite à Varignano (ce qui résulte probablement des explorations faites le 29, et dont le général se plaint vivement) ; le pied, quoique dans une bonne position, est tourné un peu en dedans, ce que j'attribue au manque de soutien résultant de la fracture de la malléole interne. L'articulation n'est pas douloureuse, les mouvements de flexion et d'extension sont possibles.

La santé du général est excellente ; sa figure, sa physionomie n'ont subi aucun changement ; l'appétit, le sommeil sont bons ; en fait, il a peu l'apparence extérieure d'un malade (*invalid*) ; sa jambe est suspendue

Digitized by Google

dans l'appareil à fracture de Salter (voy. dans la *Gazette hebdomadaire* du 7 novembre, p. 709, la description de cet appareil), que lui ont envoyé ses amis d'Angleterre; il est couché sur un lit de malade que je fus chargé de lui acheter et de lui envoyer d'Angleterre; c'est couché dans ce lit, qui lui donna beaucoup de soulagement et de confort, que le général fut transporté de Varignano à la Spezzia.

Nous le trouvâmes d'abord prisonnier dans une chambre dont les fenêtres étaient condamnées; mais le jour où je quittai la Spezzia on le transporta dans un salon large et aéré.

Le général a été accablé de visiteurs, dont l'importunité l'a nécessairement très fatigué; je suis désolé de dire que nos compatriotes des deux sexes ont été les plus entêtés importuns : aussi je me hasardai, pendant mon séjour, de conseiller un projet d'exclusion contre ces pèlerins égoïstes (*self indulgent*) et inconsidérés. Je suis heureux d'apprendre par une lettre reçue de la Spezzia que quelques mesures ont été prises, que les visiteurs ont été rigoureusement exclus, que le général commence à ressentir les bons effets de la tranquillité et du repos dans une chambre aérée, que l'aspect de la plaie est meilleur, que son sommeil est calme et respecté.

Cependant le général souffre beaucoup de douleurs rhumatismales, et la Spezzia, dans cette saison de l'année, est si humide et si froide qu'il est indispensable pour l'hiver de transporter le malade dans un climat chaud et sec.

Le docteur Pirogoff et moi fûmes d'avis que l'amputation n'était pas en question, que la plaie devait être pansée simplement, et qu'on devait, si elle tendait à le faire, lui permettre de se fermer; que si la balle est réellement logée dans la plaie, elle doit être très profondément située, et que le temps indiquera sa présence et facilitera son extirpation sans danger.

Rien ne peut surpasser les soins affectueux et éclairés des chirurgiens, qui, de même que le général, reçurent ma visite avec la plus grande cordialité, et qui autorisèrent avec la plus grande courtoisie les explorations du docteur Pirogoff et les miennes.

En résumé, je n'ai qu'à répéter mon opinion première : le traitement sera ennuyeux; cependant avec le repos, le calme, le bon air, etc., tout ira bien, sans perte de membre, et peut-être même sans grande perte des mouvements de l'articulation blessée.

Sur mon conseil, une dame anglaise a envoyé au général des vêtements en rapport avec ses tendances au rhumatisme, et je présume qu'ils sont maintenant arrivés à la Spezzia.

P. S. J'ai reçu ce soir (8 novembre), par une lettre de la Spezzia, la nouvelle que le général désire prendre de l'exercice en plein air, et le colonel Wecchi me prie de lui procurer à cet effet un fauteuil roulant pour malades (*an invalid couch on wheels*).

Un télégramme de ce soir m'annonce le transport du général à Pise, dont le climat est celui qui lui convient le mieux en Italie.

Exercice de la médecine. — Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique à M. l'évêque de Saint-Brieuc, citée dans le compte rendu de M. le secrétaire général de l'Association, et relative aux droits et aux devoirs des religieuses, dans les soins qu'elles peuvent donner aux malades, renferme les passages suivants :

« En ce qui concerne les soins et secours aux malades, on a appliqué les règles exposées dans l'avis du conseil d'État du 8 vendémiaire an XIV (30 septembre 1805). Aux termes de cet avis approuvé par l'Empereur, et relatif spécialement aux curés et desservants, ces ecclésiastiques peuvent aider de leurs conseils et de leurs secours les pauvres de leurs paroisses, toutes les fois qu'il ne s'agit d'aucun accident qui puisse intéresser la santé publique, et pourvu qu'ils ne se permettent ni de signer des ordonnances, ni de rédiger des consultations, et que leurs visites soient entièrement gratuites.

» En donnant des soins *gratuits* aux malades pauvres, les religieuses font ce qui est permis à la bienfaisance et à la charité de tous les citoyens, ce que la morale conseille et ce qu'aucune loi ne défend.

» Quant aux médicaments, un règlement, rédigé le 9 pluviôse an X par une commission de professeurs de l'École de médecine de Paris, et approuvé par M. le ministre de l'intérieur (M. Chaptal), qui l'a transmis aux préfets avec sa circulaire du 28 ventôse an X, détermine, sous le nom général de *médicaments magistraux* ceux que les sœurs de charité peuvent préparer et distribuer aux malades. Une seconde circulaire ministérielle du 16 avril 1828 porte que les sœurs de charité ne peuvent ni distribuer ni vendre des remèdes composés, de véritables préparations pharmaceutiques, sans contrevenir aux dispositions des lois concernant l'exercice de la pharmacie; mais elle ajoute ce qui suit : « On a pensé, » d'après l'avis de la Faculté de médecine, qu'on pouvait autoriser les » sœurs de charité à préparer elles-mêmes, *et à vendre à bas prix* des » sirops, des tisanes et quelques autres remèdes qu'on désigne dans la » pharmacie sous le nom de *magistraux; mais là doit se borner la tolé-* » *rance qu'elles sont en droit de réclamer dans l'intérêt des pauvres.* »

» Depuis cette circulaire, la cour de Bordeaux a décidé, par un arrêt fortement motivé du 28 juillet 1830, que la loi du 21 germinal an XI n'a fait aucune distinction entre les remèdes officinaux et magistraux; qu'elle interdit la vente des uns et des autres à toute personne qui n'a pas obtenu un diplôme de pharmacien; que, par conséquent, cette prohibition générale s'applique aux religieuses (qui faisaient partie, dans l'espèce soumise à la cour de Bordeaux, de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul).

» Cet arrêt me paraît conforme à l'esprit et aux termes de la loi du 21 germinal an XI.

» D'après ces motifs, je pense, monseigneur, que les filles du Saint-Esprit ont la faculté de donner des soins gratuits aux malades pauvres et de leur distribuer des remèdes simples ou magistraux, *mais sans avoir le droit de les vendre.* »

Concours pour onze places d'élèves internes (quatre chirurgiens et sept pharmaciens). — Le concours s'ouvrira, à Alger, pour les internes chirurgiens, le vendredi 21 novembre, et pour les internes pharmaciens, le mardi 25 du même mois. Les épreuves consistent en :

I. — *Pour les chirurgiens* : 1° Une composition *écrite* sur les généralités de la pathologie interne ou externe; 2° une épreuve *orale* sur les éléments de l'anatomie et de la physiologie; 3° une épreuve *pratique* de petite chirurgie, bandages et appareils.

II. — *Pour les pharmaciens* : 1° Une composition *écrite* sur les généralités de l'histoire naturelle; 2° une épreuve *orale* sur les éléments de la physique et de la chimie; 3° une épreuve *pratique* sur la pharmacie et la connaissance du droguier.

Conditions d'admission. — Justifier de la position d'étudiant en médecine ou en pharmacie, par la possession régulière d'au moins une inscription, levée auprès des Facultés ou des Écoles universitaires. N'être en possession d'aucun titre ou diplôme conférant le droit d'exercer la médecine ou la pharmacie.

Les candidats devront se faire inscrire, personnellement ou par écrit, au secrétariat de la mairie d'Alger, avant le 20 novembre au soir, avec production d'acte de naissance et certificat de bonnes vie et mœurs.

Émoluments. — Les internes en chirurgie et pharmacie reçoivent un traitement annuel de 1000 fr. qui pourra ultérieurement être porté à 1200 fr. pour ceux qui auront mérité par leurs services d'*être promus* à la *première classe*. Ils sont nourris à l'hôpital les jours de garde.

Obligations. — Les internes de l'hôpital d'Alger sont astreints au service de la garde et des pansements, à la tenue des cahiers de visite. Ils sont en outre, à tour de rôle et trimestriellement, détachés à l'hôpital annexe de Douéra.

Errata. — N° 44, p. 701, article sur le *traitement du tétanos par le curare*, dernière ligne; au lieu de *après le début de l'expérience*, lisez *après la dernière expérience*.

N° 45, p. 707, au lieu de *l'inanition n'était pour rien dans cette* exhumation *des forces*, lisez .... *dans cette* exhaustion *des forces*.

— Nous extrayons ce qui suit d'un journal politique spécialement voué à l'*éducation des masses* :

« Un cas assez étrange de délivrance s'est produit, il y a quelques jours, à Château-Thierry.

« Une pauvre femme est accouchée de deux enfants jumeaux, portant, l'un sur le ventre, l'autre sur la figure, l'emblème d'une betterave. Ce genre de signe a, *suivant la science*, cela de particulier que, lorsque la plante naturelle arrive à son état de maturité, la partie du corps qui la reproduit subit les mêmes phases de maturation; ainsi, la peau devient terne, livide et finirait par se corrompre et par compromettre les autres parties saines du corps si, à l'aide du fer rouge, on ne brûlait la partie malade et, par ce moyen extrême, on ne déterminait la formation d'une nouvelle peau. » (*Le Siècle*, n° du 7 novembre 1862.)

— M. le docteur Hiffelsheim recommencera son cours public d'électricité médicale vendredi 21 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les mercredis et vendredis suivants. Le professeur démontrera les *appareils électriques* et leur mode d'*emploi*; il en décrira les propriétés *physiologiques* et les applications *thérapeutiques*.—Amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux de Paris a commencé hier par la première épreuve écrite. Les questions suivantes sont tombées au sort : 1re division (internes de 4e et de 3e année) : *Structure de la moelle; de la paraplégie.* 2e division (internes de 2e et de 1re année) : *Crosse de l'aorte; anévrysme de l'aorte.*

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an.

TOME IX. — PARIS, 21 NOVEMBRE 1862. — N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Affection causée par les cryptogames des céréales. — Préparation de la pommade mercurielle. — Conservation de la pommade citrine. — Nitrate d'argent inhalation contre l'angine. — Traitement de la teigne. — II. **Travaux originaux**. Statistique médicale : Recherches sur le rapport existant entre le nombre des mort-nés et celui des décès dans la ville de Paris pendant treize années (1840 à 1858). — III. **Correspondance**. Trachéotomie chez les jeunes enfants. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux**. Néphrite albumineuse traitée par le lait à haute dose. — Utilité de l'acétate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale. — Des corps gras comme antidote de l'empoisonnement par la strychnine. — VI. **Bibliographie**. Le catarrhe d'été ou fièvre de foin, asthme de foin. — De l'asthme; pathologie et traitement. — VII. **Variétés**. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — IX. **Feuilleton**. Lettres médicales sur le Mexique.

I

Paris, 20 novembre 1862.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* AFFECTION CAUSÉE PAR LES CRYPTOGAMES DES CÉRÉALES. — PRÉPARATION DE LA POMMADE MERCURIELLE. — CONSERVATION DE LA POMMADE CITRINE. — NITRATE D'ARGENT, INHALATION CONTRE L'ANGINE. — TRAITEMENT DE LA TEIGNE.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine a été troublée par des manifestations tumultueuses auxquelles un mot d'ordre évident et une certaine discipline dans le désordre ont essayé de donner un sens significatif. Mais une minorité turbulente a eu beau faire ; sa démonstration ne saurait être prise plus au sérieux que toutes celles dont nous avons eu annuellement le spectacle. C'est en vérité bien heureux pour elle ; car que serait-elle si elle n'était pas uniquement inconséquente ? Peut-être les meneurs ne pourraient-ils dire en quoi consistent les changements introduits dans le régime du décanat, et, quant au nouveau doyen, ils ne connaissent de lui, de son initiative, qu'une série de mesures qui ont toutes pour objet d'agrandir et de fortifier les études. Est-ce là ce qui leur déplaît ? Est-ce pour cela qu'ils ont refusé d'entendre l'allocution digne et loyale dans laquelle M. Rayer met au service de la jeunesse médicale toute l'activité, toute l'intelligence, toutes les forces dont peut encore disposer sa vigoureuse organisation? Il est vrai que, en revanche, ils ont accueilli par une chaude ovation M. le doyen honoraire, qu'ils y avaient peu accoutumé, et qui peut ainsi se consoler des huées par les applaudissements, — en compagnie du Premier Consul, car nous allions oublier que le vainqueur de Marengo, plus d'une fois acclamé dans cette même enceinte, a été lundi sifflé outrageusement.

M. Rayer a fait face à l'orage avec un imperturbable sang-froid. Retenant d'une main le buste de l'Empereur que des coups frappés du dehors menaçaient de jeter bas, et de l'autre tenant ferme son manuscrit, il a lu son discours sans en

---

FEUILLETON.

Lettres médicales sur le Mexique.

Première lettre.

SOMMAIRE. — Vera-Cruz. — La fièvre jaune (*Vomito prieto*). — L'épidémie de 1862.

Il n'est pas de ville construite dans une position plus malsaine et plus désavantageuse que Vera-Cruz.

Lorsqu'on arrive en rade, près du fameux fort de Saint-Jean-d'Ulloa, célèbre dans toutes les attaques de la ville, on est saisi par l'aspect triste et morne de ces constructions blanches dont on ne prend plus aucun soin et que le temps dévaste de jour en jour. Un soleil de plomb rend ces ruines encore plus lamentables, en frappant de ses rayons ardents ces pierres décrépies et disjointes, et en faisant briller toute leur nudité.

On ressent donc déjà, avant de mettre le pied à terre, une impression pénible, et il semble qu'un souffle de mort règne sur toute la ville.

Rien n'est insupportable comme cette grande chaleur, et rien aussi n'est plus dangereux, surtout pour les Européens.

Il n'y a rien dans la ville qui puisse vous en abriter. Des rues mal pavées où croît l'herbe comme en plein champ, des places toutes nues, sont autant de foyers ardents de réverbération.

La ville qui était très populeuse autrefois, ne compte plus guère aujourd'hui que 7 à 8000 âmes, et encore ce chiffre diminue-t-il tous les jours. Les Européens, les Français surtout, qui forment à Vera-Cruz une nombreuse colonie marchande, s'empressent de quitter le pays aussitôt qu'ils ont pu réaliser une certaine fortune.

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est l'humidité extrême qui règne dans les maisons, même dans celles qui sont le plus confortablement bâties. Il est à peine possible de conserver les effets, les vêtements, les chaussures surtout, qui se recouvrent de moisissures du jour au lendemain.

omettre un mot, sans se hâter, l'amphithéâtre ne cessant de tapager, la réunion des professeurs faisant silence ; silence affligé sans contredit, mais qui nous a toujours un peu choqué dans les circonstances de ce genre, parce qu'il a trop l'air d'une neutralité. Voici le discours de M. Rayer :

Messieurs, chers élèves,

La solennité qui nous rassemble est, pour moi, l'occasion impatiemment attendue de me trouver au milieu de vous, en face de l'élite de mes confrères, entouré de mes éminents collègues, et de laisser éclater publiquement, avec l'expression de la plus profonde gratitude pour l'Empereur, tous les sentiments que j'éprouve.

Élevé, presque au déclin de ma vie, à la plus haute position qui puisse couronner la carrière médicale, placé à la tête de la première École du monde, moi, resté jusqu'ici étranger à l'enseignement, j'ai fait taire les hésitations naturelles que tout contribuait à m'inspirer, et j'ai accepté, qu'il me soit permis de le dire, cette vie nouvelle, avec la ferme intention d'y dévouer tout ce qui me reste de force pour le travail, d'intelligence pour l'utile, d'ardeur pour le bien.

En dehors de l'École, à laquelle je n'étais resté attaché que par une sincère admiration et une communauté de doctrine qui me rendent si faciles et si doux les rapports d'une nouvelle et plus étroite confraternité, je ne me suis jamais éloigné de la jeunesse studieuse. Pendant plus de trente ans, j'ai vu, dans les salles d'un hôpital, à ce foyer d'enseignement pratique de toute instruction vraiment médicale, se former et grandir autour de moi bien des générations, auxquelles j'ai été assez heureux pour inspirer les sentiments que je retrouve aujourd'hui sous cette robe, et malgré le poids des années, aussi vivaces qu'au premier jour, l'amour de la science et la grandeur de notre art.

C'est grâce à ces trente années de travaux et d'enseignement privé que les médecins de France, se souvenant de moi, m'ont appelé, par un choix libre et spontané, à fonder leur grande et salutaire Association. Hier, à vos devanciers, je parlais de notre profession, de sa grandeur et de sa dignité ; aujourd'hui, à vous, qui demain irez vous mêler parmi eux, je parle d'étude et de science, sans lesquelles la grandeur et la dignité de notre profession ne seraient que de vains mots.

Agrandir, élever et féconder l'enseignement, telle doit être la pensée constante de vos maîtres, telle est l'unique préoccupation du nouveau doyen. C'est à cette tâche qu'il veut se donner tout entier, et qu'il a déjà consacré les premiers efforts d'une persévérante et laborieuse étude des besoins les plus urgents de l'École, et des progrès les plus utiles à réaliser.

Libre de tout engagement, et, par l'effet de ma situation même, n'ayant ni parti pris, ni habitudes à changer, j'ai pu déjà proposer à un ministre éminent et ami de la jeunesse quelques améliorations que j'ai été heureux de voir accueillir avec la même libéralité qu'elles avaient été conçues, dans le seul intérêt de la gloire de notre Faculté et de l'accroissement de vos connaissances.

C'est à ces conditions, en effet, que je comprends et que j'ai accepté cette autorité, qui assume sur moi une si grande responsabilité.

L'accès de notre bibliothèque plus largement ouvert aux travailleurs, les amphithéâtres d'anatomie et les laboratoires agrandis, l'enseignement pratique enrichi de cliniques nouvelles qui, confiées à d'anciens agrégés dont vous avez appris dès longtemps à reconnaître les talents et le zèle, continueront, sans les laisser jamais ni dévier, ni déchoir, les traditions des chaires de clinique médicale et chirurgicale qui font la gloire de notre Faculté ; enfin l'institution du concours appliqué à la nomination des chefs de clinique, dont les fonctions, réservées à l'élite de nos élèves, vont ainsi se trouver relevées, et ouvrir aux jeunes médecins la carrière qu'offrait aux chirurgiens le recrutement des prosecteurs et des aides d'anatomie ; telles sont les premières mesures dont j'ai poursuivi et obtenu la réalisation, et que va inaugurer l'année qui commence. L'avenir, et un prochain avenir, je l'espère, montrera qu'elles peuvent être fécondes.

Jeunes élèves, trop peu de jours se sont écoulés depuis que j'ai été appelé à votre tête pour que j'aie pu songer à autre chose qu'à me présenter moi-même à vous tous, qui m'écoutez, tel que je suis, tel que vous me trouverez toujours, prêt à vous accueillir, à vous seconder, à vous soutenir, comme un guide, comme un père.

Je ne veux pas cependant céder la parole au professeur aimé que vous allez entendre, sans saluer la bienvenue de la nouvelle promotion d'agrégés qui viennent prendre près de nous la place glorieusement conquise que leurs aînés laissent vacante, et qui nous apportent par le fait de ce renouvellement salutaire et fécond, et avec le concours de leur savoir éprouvé, quelque chose de l'ardeur de la jeunesse.

Que leur exemple, chers élèves, soit pour vous un puissant et continuel encouragement ! Plus près de vous ils vous montrent mieux le chemin. Il n'en est pas un parmi vous qui, par la voie du concours, librement ouvert à tous, ne puisse prétendre à ce but élevé où vous devez placer votre ambition, et où la Faculté aime à placer ses espérances.

La parole a été ensuite donnée à M. le professeur Gosselin, qui a lu l'*Éloge de Moreau* : œuvre de gratitude et de justice, œuvre de talent, qui a excité dans l'auditoire, redevenu calme, les témoignages de la plus vive sympathie.

PROCLAMATION DES PRIX.

M. Gavarret proclame les noms des lauréats des concours pour les prix de la Faculté, Corvisart, Montyon et Barbier.

Prix de la Faculté. — Grand prix (médaille d'or) : M. Fritz.

Premier prix (médaille d'argent) : M. Proust.

Deuxième prix (médaille d'argent) : M. Dubuc.

Mention honorable : M. Chalvet.

Prix Montyon. — M. F. Bricheteau.

Prix Corvisart. — M. Chellier.

Prix Barbier. — Le prix Barbier n'a pas été décerné, mais sur la valeur de ce prix, montant à 2000 francs, la Faculté a accordé :

A M. Marey, 1500 francs, pour ses recherches de sphygmographie.

A M. Mathieu, 500 francs, pour les perfectionnements qu'il a apportés dans la fabrication des appareils de prothèse.

La Faculté a accordé une mention spéciale, à laquelle le ministre de l'instruction publique a joint une lettre d'encouragement, aux auteurs des meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire, savoir :

En première ligne, à M. Dujardin-Beaumetz, à M. Lancereaux et à M. Raynaud ;

En deuxième ligne, 1° à M. Ball ; 2° à M. Casin et à M. Tillaux.

A. D.

Les promenades sont naturellement nulles autour d'une ville où l'on ne rencontre que marais à émanations pestilentielles, avec une végétation maigre, rabougrie, spéciale, qui se nourrit de ces miasmes pour les dégager ensuite et en infecter l'atmosphère.

Il n'est personne qui songe à sortir dans la journée, tant la chaleur est ardente. Les heures des repas sont réglées partout d'une façon uniforme : on déjeune à neuf heures ; on fait ensuite sa sieste, ou l'on prend le frais dans les cours et galeries que l'on a ménagées dans l'intérieur même des habitations ; on dîne à trois heures, et l'on ne sort guère qu'à sept ou huit heures.

Il n'y a, à proprement parler, qu'une affection régnante à Vera-Cruz : c'est la fièvre jaune (*vomito prieto*), qui fait parfois de terribles ravages. En dehors du vomito, on ne constate l'existence d'aucune autre maladie.

C'est généralement à partir du mois de mai qu'apparaissent les premiers cas de fièvre jaune, et ce n'est guère qu'à la fin de septembre qu'elle diminue ou disparait. *Toutes les années*, cette progression fatale se renouvelle à Vera-Cruz ; ce n'est plus comme aux Antilles, où l'on reste quelquefois cinq ans dans une immunité complète.

L'arrivée de beaucoup d'étrangers avance notablement l'apparition ordinaire de la fièvre jaune à Vera-Cruz. Ainsi l'on a vu que le dernier débarquement des Espagnols, l'arrivée de nos premières troupes avec l'amiral Jurien de la Gravière, avaient fait éclater, dès le mois de mars, de nombreux cas de fièvre jaune.

Il est incontestable qu'une occupation de Vera-Cruz à différentes époques, ou un séjour de quelques semaines ou même de quelques jours, par des troupes venant d'Europe contribueraient à enraciner la maladie pendant presque toute l'année. Il est juste d'ajouter qu'au milieu de toutes ces périodes il y a des degrés ; la température, les pluies surtout, ont une grande influence sur la gravité, sur l'extension de la maladie.

Il est reconnu que, lorsque les pluies sont considérables et

— Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de signaler aux lecteurs de la GAZETTE (VIII, 608, et IX, 194), l'influence fâcheuse que les organes reproducteurs des champignons parasites exercent sur l'économie humaine, et d'autre part, tout le monde connait l'action du seigle ergoté sur la circulation. Dans ces derniers temps, le docteur J. H. Salisbury de Newark (Ohio) a publié d'intéressantes observations sur une sorte de rougeole produite par l'absorption des spores des champignons qui couvrent les Graminées lorsque celles-ci commencent à s'altérer. Les phénomènes observés chez quelques individus, qui avaient travaillé pendant quelques heures au milieu de bottes de paille, ainsi altérées, ont été les suivants : lassitude, frissons, constriction de la gorge, oppression et sensibilité très grande des yeux, douleurs très vives dans la tête, puis dans les épaules et les membres : bientôt fièvre intense, avec des douleurs poignantes qui ne diminuent qu'après l'apparition de l'éruption qui se manifeste vers le commencement du second jour ; en même temps que la figure se tuméfie, le nez et les yeux deviennent le siége d'un écoulement muqueux très abondant ; l'éruption augmente d'étendue et couvre tout le corps et les membres. La maladie cesse après quelques jours, sans laisser d'autres symptômes désagréables que l'écoulement catarrhal des yeux et du nez, qui persiste encore quelque temps. Les expériences tentées par le docteur Salisbury lui ont démontré que cette maladie, qu'il compare à la rougeole, est bien due à l'introduction des spores des champignons des céréales, car il a pu la déterminer, à volonté, chez quelques individus par une inoculation directe. Nous devrons aussi remarquer que, dans plusieurs des cas soumis à son observation, les personnes qui entouraient les malades ont été prises toutes de vraie rougeole, après une incubation qui a duré de sept à quatorze jours ; notons que la maladie, produite par les cryptogames, s'est toujours manifestée de trente-quatre à soixante-six heures après l'inoculation. Le nombre des faits qui ont été observés jusqu'à présent, n'est pas encore assez considérable pour que l'on puisse être entièrement convaincu de l'identité de la *rougeole ordinaire*, et de la *rougeole des cryptogames*, mais l'intérêt qui s'attache à cette étude, devient plus vif encore, si l'on se rappelle les mémoires publiés dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, par M. Michel (d'Avignon), dont nous avons entretenu nos lecteurs l'an dernier (VIII, p. 698) ; car on trouve une assez grande analogie dans les phénomènes observés par notre compatriote, sur les malades atteints de *Donax satyriasis*, et ceux qui récemment ont été décrits par le docteur américain. (*American Journal of Medical Sciences. American Medical Times*, septembre, 1862.)

— La *pommade mercurielle* ou *onguent mercuriel* est un médicament dont la préparation est généralement très longue et très désagréable, en raison même du temps qu'il faut y consacrer : aussi un grand nombre de procédés ont-ils été proposés pour diminuer la durée de l'opération, et parmi ceux-ci on a eu recours principalement au suivant : commencer par éteindre le mercure dans de la pommade mercurielle déjà ancienne ou dans de l'axonge rancie, et incorporer ensuite graduellement le reste du corps gras. Mais le produit ainsi obtenu détermine quelquefois de l'irritation de la peau, des phlyctènes, et même des érysipèles. Pour obvier à ce défaut, M. Figuier, pharmacien aide-major, ayant remarqué qu'il se forme toujours dans le médicament une certaine quantité d'oxyde mercureux, et que celui-ci facilite beaucoup l'extinction du mercure, c'est-à-dire sa division en parties très ténues, a proposé un procédé qui permet d'employer l'axonge fraîche, et diminue singulièrement la durée de l'opération. Il fait triturer le mercure avec un trois centième d'oxyde mercureux, et obtient promptement une sorte de bouillie épaisse à laquelle il ajoute un cinquantième d'huile de sésame. Il incorpore ensuite par parties l'axonge fraîche, qui se mêle intimement et rapidement au mercure. Ce procédé offre donc deux avantages : la rapidité, d'une part, et la possibilité, d'autre part, de n'employer que de l'axonge fraîche. Dans une de ses dernières séances, la Société de pharmacie de Paris, qui s'occupe très activement, comme on sait, de réunir les matériaux nécessaires pour la révision du Codex, a donné une autre formule qui permet aussi d'employer l'axonge fraîche, mais qui paraît moins rapide :

Pr. Mercure métallique......	500	grammes.
Axonge balsamique (1)....	460	—
Cire blanche............	40	—

On triture vivement et pendant une demi-heure, dans une bassine de fonte légèrement chauffée, le mercure avec le quart du corps gras fondu. On ajoute successivement les trois autres

(1) Pour obtenir l'axonge balsamique, M. Comar, pharmacien à Paris, fait mêler et liquéfier au bain-marie 1000 grammes d'axonge récente et 10 grammes de baume de Tolu. Après avoir laissé en contact pendant quelque temps, il passe à la chausse et laisse refroidir en agitant de temps en temps. Le produit est une axonge parfaitement blanche et d'odeur très-agréable.

durent plusieurs jours de suite, il y a un amendement et une rémission sensibles dans la fièvre jaune. Mais si ces mêmes pluies sont intermittentes, faibles, durant une soirée ou deux, par exemple, comme c'est assez l'habitude, il y a redoublement de gravité, et de nouveaux et nombreux cas se manifestent avec une rapidité foudroyante.

Ce n'est guère que dans le mois d'août, en septembre, qu'arrivent les grandes pluies *agua serco*, qui chassent alors au loin tous les miasmes et qui répandent dans l'atmosphère une douce fraîcheur.

Les petites pluies commencent déjà à la fin de mai et tombent surtout vers le soir. Elles occasionnent un dégagement énorme de gaz délétères, rendent certaines parties de la ville véritablement infectes, et surtout chargent l'atmosphère d'une énorme quantité d'électricité qui est extrêmement funeste aux malades.

Il n'est point d'étranger qui, habitant le pays depuis quelques années, n'ait payé son tribut à la maladie ; mais chacun *a passé son vomito* (pour me servir de l'expression consacrée, d'une manière différente. Il y en a qui y ont laissé leur vie. Les uns ont eu une fièvre modérée, avec un peu de teinte ictérique des conjonctives, quelques maux de reins ; mais là s'est bornée la manifestation de la maladie. Au bout de huit jours, la fièvre tombait, et apparaissait une convalescence franche et courte. D'autres ont été plus gravement atteints, mais sans présenter cependant les symptômes graves du mal. La majorité ont eu, je le répète, de simples fièvres, sans les symptômes caractéristiques de la maladie.

Telle a été la règle générale d'acclimatation pour la plupart des étrangers établis à Vera-Cruz ; on en compterait très peu qui aient eu un vomito véritable et grave.

Quelques officiers du corps expéditionnaire, deux ou trois de mes collègues entre autres, se sont acclimatés dans les mêmes conditions et ont été assez heureux pour échapper aux cruelles atteintes de la maladie.

Je ne veux point nier toutefois qu'il n'y ait eu de fièvre

quarts du corps gras, en mettant une demi-heure d'intervalle entre chaque adjonction, et en maintenant la masse, que l'on triture sans interruption, dans un état demi-liquide. On abandonne ensuite la pommade à elle-même pendant vingt-quatre heures; après ce temps, on chauffe un peu pour ramollir la masse, qu'on triture de nouveau pendant deux heures. On obtient ainsi une pommade de bonne consistance, qui a une densité suffisante pour s'enfoncer dans un mélange refroidi fait avec 4 parties d'acide sulfurique à 60 degrés et 1 partie d'eau en poids. (*Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, octobre 1862. *Journal de pharmacie et de chimie*, novembre 1862.)

— Quand la pommade citrine est préparée depuis un certain temps déjà, elle perd sa couleur jaune, d'abord à la surface, puis progressivement dans ses parties internes; elle pâlit, et, à mesure que sa couleur disparaît, elle perd de ses propriétés thérapeutiques, par suite de la décomposition du protonitrate de mercure. Pour éviter à cet inconvénient, M. Bodart emploie le moyen suivant : il verse dans un étui de carton (étui à sparadrap) la pommade préparée d'après la formule du Codex, et enferme celui-ci dans une boîte de ferblanc. Il empêche ainsi le contact et l'action de l'air : aussi la pommade ainsi conservée n'est-elle qu'à peine blanchie à la surface au bout de six mois, et peut-elle être employée utilement au bout de deux années. Quand on veut faire usage du médicament, on enlève la longueur nécessaire de l'étui de carton, et on coupe un cylindre de pommade au moyen d'une lame légèrement chauffée. (*Journal d'Anvers. Journal de pharmacie et chimie*, novembre 1862.)

— Ayant à soigner un enfant atteint d'une affection couenneuse de la gorge, le professeur Clar (de Graz) commença par toucher les parties malades avec une solution de nitrate d'argent (1 gr. 30 cent. pour une once d'eau distillée), ce qui débarrassa la muqueuse des fausses membranes qui s'y étaient développées. Mais comme la gorge offrait encore quelques mauvais symptômes, il pensa à recourir à des inhalations de nitrate d'argent. Pour y arriver, il fit aspirer à plusieurs reprises, chaque jour, et pendant plusieurs jours, la vapeur qu'il formait en chauffant dans une cuiller à café, au moyen d'une lampe à esprit de vin, une solution de nitrate d'argent (1 gr. 30 cent. pour un gramme d'eau). Sous l'influence de ce traitement, l'enfant guérit en quelques jours; mais nous ne croyons pas devoir attribuer cette guérison à d'autre cause qu'à la cautérisation faite d'abord topiquement par la première solution de nitrate; en effet, le nitrate d'argent est un sel fixe, et l'action de la chaleur ne le volatilise pas; ce n'est donc pas aux inhalations ordonnées par le professeur que l'on doit rapporter la guérison du malade, bien que chacune d'elles ait été prolongée pendant six à neuf minutes, et nous trouvons la preuve que de la vapeur d'eau seulement a été inspirée, dans ce fait que le malade n'a accusé aucune saveur ni aucune âcreté dans la bouche lors du passage de la vapeur. Nous ne nions pas que l'inhalation de certaines substances volatiles ou réduites en une poussière extrêmement ténue ne puisse être employée avec avantage dans quelques maladies; mais nous ne pouvons admettre qu'il se soit passé quelque chose de semblable dans la circonstance présente, en raison même de la non-volatilité du médicament, et du mode d'emploi qui a dû le laisser tout entier sur la cuiller. (*Wiener Medicin. Wochenschrift*, 1861. *Gazzetta medica italiana*, octobre 1862.)

— Les médecins italiens annoncent se servir avec beaucoup d'avantage du remède suivant dans le traitement de la teigne, quand la maladie est rebelle à l'action du deuto-chlorure de mercure et de l'acétate de cuivre en solution, ou à l'application du sulfure de chaux. Ils font faire des frictions soir et matin sur la tête rasée, mais non épilée, avec une pommade composée de :

Pr. Sublimé corrosif	1	gramme.
Créosote pure	1	—
Sulfure de chaux pulvérisée	10	—
Axonge de porc	55	—
F. S. A.		

(*Marcheselli-Gazzetta medica italiana*, 20 octobre 1862.)

L'Académie de médecine a entendu mardi dernier, avec la plus sympathique attention, la lecture d'un rapport de M. Poggiale sur un mémoire de M. Lefort relatif aux eaux potables. Nous publierons dans notre prochain numéro une analyse détaillée de ce travail important, que les exigences du comité secret n'ont pas permis à son savant auteur de lire entièrement dans cette séance, et qui deviendra probablement l'objet d'une sérieuse discussion.

A. L.

---

jaune au fond de ces petites fièvres d'acclimatation, quoique les apparences disent non dans presque tous les cas. On sait depuis longtemps que, dans une localité où règne une affection à l'état endémique ou épidémique, toutes les maladies intercurrentes revêtent le cachet de l'affection dominante.

Et puis les gens qui ont été si légèrement atteints sont à tout jamais préservés de la fièvre jaune, et c'est là une considération assez importante à établir.

On a aussi observé à Vera-Cruz que les habitants de l'intérieur du pays étaient, lorsqu'ils descendaient dans les terres chaudes, bien plus disposés que les étrangers mêmes à contracter la fièvre jaune; ils la prenaient très vite, et presque toujours, chez eux, elle se montrait avec toute sa gravité.

Après ces considérations générales, j'aborde la question à un point de vue plus particulier, et je veux m'étayer de mes observations personnelles, pendant mon séjour à Vera-Cruz, pour montrer ce qu'a été l'épidémie de 1862 sur notre petite armée.

Il y avait à peine 300 hommes à Vera-Cruz lorsque nous sommes arrivés, et presque tous ces hommes étaient débarqués avec nous le 15 mai. L'impossibilité des communications avec Orizaba nous forçait à attendre et à rester dans la ville. Ce n'était pas une grande agglomération de troupes, et cependant la fièvre jaune devait sévir d'une façon cruelle sur ce petit corps.

J'ai, dans une récente communication à l'Académie de médecine, donné les principaux caractères de cette épidémie, avec les chiffres de mortalité.

Je veux reprendre un peu plus au long ces détails et compléter ma note.

La fièvre jaune, telle qu'elle a été observée cette année à Vera-Cruz, s'est révélée avec des caractères tout particuliers et que n'ont point offert les épidémies des années précédentes.

Un malade se présentait à la visite, accusant de la céphalalgie *sus-orbitaire*, des maux de reins (*barra*), des brisures dans les membres, de la constipation, quelquefois des nausées; il

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Statistique médicale.

RECHERCHES SUR LE RAPPORT EXISTANT ENTRE LE NOMBRE DES MORT-NÉS ET CELUI DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS PENDANT TREIZE ANNÉES, 1846 A 1858. Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur D. DEVILLE (1).

Dans un travail que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie impériale de médecine au mois de février dernier, travail ayant pour titre : RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LA PARTURITION, je disais que la mortalité des enfants, *dits mort-nés*, allait toujours en augmentant à Paris ; et, tout en reconnaissant que cet accroissement de mortalité était dû à plusieurs causes, je l'attribuais principalement aux avortements provoqués et à l'administration trop fréquente du seigle ergoté. Je prenais, en même temps, l'engagement de démontrer par des preuves irrécusables la vérité de mes assertions. C'est cet engagement que je viens remplir aujourd'hui, bien persuadé que, si des questions de cette nature sont dignes de toute la sollicitude de l'administration, elles ne sauraient manquer d'avoir pour les médecins un puissant intérêt. Aussi est-ce comme objet d'étude médico-légale que je les livre aux méditations de l'Académie, et que je les soumets à son appréciation éclairée.

Je ferai connaître d'abord, le résultat de mes recherches comme médecin inspecteur de la vérification des décès pendant treize années dans trois arrondissements de Paris, les 4e, 5e et 6e, et je comparerai le nombre des enfants mort-nés, par rapport à la mortalité générale, de 1846 à 1858.

Puis, pour donner plus d'autorité à mes investigations, je les ferai suivre de documents officiels pris dans les neuf autres arrondissements de Paris, avec le chiffre de la mortalité générale à domicile pendant les mêmes treize années, en indiquant la proportion des enfants mort-nés par rapport à la mortalité générale.

De la sorte, mes observations porteront sur la ville entière de Paris, de 1846 à 1858 (2).

Je rapprocherai cette mortalité de celle de toute la France, depuis l'époque où l'état civil a commencé à distinguer les mort-nés de la mortalité générale. Je démontrerai que la proportion des mort-nés tend toujours à s'accroître et, comme les chiffres conduisent nécessairement à des inductions, ceux que je prendrai dans la statistique générale me fourniront plus que des présomptions pour déterminer les causes de cet accroissement qui est loin d'être sans importance sur la population du pays.

J'examinerai ensuite la question des avortements provoqués, et tout ce qui se rattache, moralement et physiquement, à ce genre de crime au point de vue de la science et de la police médicale.

Je rappellerai brièvement les faits que j'ai signalés dans un premier mémoire sur l'action du seigle ergoté comme cause de la mort des enfants.

Enfin, de l'ensemble de cet exposé je tirerai des conséquences, et je formulerai, comme conclusion, quelques propositions qui me paraissent de nature à être examinées sérieusement par l'Académie et par l'autorité administrative.

Le sujet que je vais avoir l'honneur de traiter devant vous, messieurs, est à la fois du domaine de la statistique, de la médecine légale et de la moralité publique.

La statistique est une science, ou pour mieux dire, un élément de science en quelque sorte moderne dans son application officielle à la mortalité. Elle remonte, en France, à l'année 1772. Néanmoins, le relevé du dépouillement annuel de l'état civil, interrompu de 1792 à 1799, ne fut repris qu'en 1800.

Depuis cette époque, l'administration à laquelle préside M. le ministre de l'agriculture et du commerce publie annuellement les résultats que MM. les préfets sont dans l'usage de lui transmettre.

Ce n'est pourtant qu'à dater de 1841 que les mort-nés ont été distraits de la mortalité générale et relevés séparément. Cependant les renseignements officiels sur leur nombre absolu ne sauraient être consultés avec quelque confiance qu'à partir de 1846 ou même de 1853.

Nous nous servirons plus tard dans ce travail de ces renseignements que nous avons l'honneur de tenir de la haute obligeance de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

A Paris les documents sur les mort-nés remontent à environ trente-sept ans. C'est en 1822 que, par ordre de M. le comte de Chabrol, alors préfet de la Seine, on a commencé à les faire ressortir de la mortalité générale.

Les tableaux statistiques publiés en 1829 et 1844, établissent que le nombre des mort-nés est, en moyenne, pour une période de douze années, de 1825 à 1836, de 9,91 centièmes p. 100 ou de 1 sur 10,8 centièmes (voyez le tableau ci-joint).

(1) Le travail que nous publions aujourd'hui a été lu à l'Académie impériale de médecine le 7 juin 1859.

(2) Quoique nous l'ayons dit plusieurs fois dans ce mémoire, nous répétons encore que les chiffres qui forment la base de ce travail, ainsi que ceux qui nous ont servi comme terme de comparaison, ont toujours été pris dans la mortalité à domicile.

---

avait une fièvre modérée (92, 95), parfois un peu de teinte jaune des conjonctives.

Ce malade était immédiatement traité comme atteint de fièvre jaune.

Le lendemain, on retrouvait un homme au facies profondément altéré, la langue sèche, cotonneuse, rouge sur les bords, la teinte ictérique des conjonctives et du cou très prononcée. Il y avait une grande céphalalgie, du hoquet, des vomissements bilieux, qui souvent, sur le déclin de la maladie, se mélangeaient de stries noirâtres, quelquefois de la suppression des urines. Le pouls cependant ne dépassait guère 75 à 100 pulsations, conservait sa mollesse primitive ; il y avait rarement de la rémission dans cet état, et, au bout de quatre ou cinq jours, parfois trois, la mort arrivait sans grande secousse.

Certains malades ont présenté avant la mort une teinte ictérique générale bien prononcée ; mais la plupart n'avaient qu'une simple coloration des conjonctives, avec injection des vaisseaux. Il est vrai de dire qu'aussitôt après la mort cette teinte ictérique se répandait par tout le corps avec une intensité remarquable.

Telle a été la physionomie générale de l'épidémie de fièvre jaune cette année ; l'adynamie a été constante, à part de rares exceptions.

Un fait particulier que je ne dois point non plus passer sous silence a été, chez presque tous les malades, l'exfoliation épithéliale des testicules.

Cependant il y a eu beaucoup de malades qui ont présenté de la rémission dans leur fièvre. Celle-ci dure en général de vingt-quatre à trente-six, à quarante-huit heures ; si elle dépasse ce dernier terme, sans offrir aucune rémission, c'est un grand signe de gravité ; bientôt apparaissent les vomissements bilieux d'abord, puis noirâtres, et la mort arrive rapidement sans grande secousse, sans grande réaction.

Que si le troisième ou le cinquième jour, quand toutefois la maladie se prolonge jusqu'à ce terme, il y a rémission dans la fièvre, l'on voit bientôt, surtout lorsqu'on arrive au sixième

Relevé général des actes de décès à domicile pour Paris pendant treize années, de 1824 à 1836.

Années.	Décès.	Mort-nés.
1824..........	13961	1487
1825..........	16964	1521
1826..........	15647	1547
1827..........	14202	1631
1828..........	14967	1626
1829..........	15268	1713
1830..........	16673	1727
1831..........	15229	1709
1832 (choléra)..	37315	1720
1833..........	15565	1755
1834..........	14021	1748
1835..........	15142	1811
1836..........	14645	1787
Total général..	**219590**	**21782**

Le rapport du nombre des mort-nés aux décès est de 9,91 pour 100.

Ainsi, il y a treize ans, pour établir notre point de départ comme médecin, nous savions par nos lectures qu'*en France*, au commencement du siècle, sur 10 000 naissances on comptait, en moyenne, 300 mort-nés, c'est-à-dire un trentième. Puis, vingt ans plus tard, un vingt-deuxième.

Nous savions aussi que, pour Paris, sur 100 décès on en comptait 8, puis 9 pour 100 d'enfants mort-nés ; mais là s'arrêtaient les renseignements que l'on trouvait dans le domaine de la science et de la statistique.

C'est avec ces notions bien vagues que nous sommes entré en 1846 dans le service de l'inspection de la vérification des décès. Nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que le nombre des enfants mort-nés était considérable, plus considérable que nous ne le pensions, et nous avons bientôt senti la nécessité d'appeler l'attention de l'administration sur cet important sujet qui, par sa nature même et par ses causes, pouvait échapper à sa vigilance ou recevoir une interprétation toute particulière. C'est ainsi que dès 1829, dans le volume de statistique publié par la ville de Paris, on cherche déjà à se rendre compte de l'augmentation de la mortalité des enfants mort-nés. On compare la mortalité dans les hôpitaux à la mortalité à domicile. On trouve, pour les premiers, que sur 1000 naissances il y a 33 mort-nés, et pour la mortalité à domicile, 57 mort-nés sur 1000 naissances, et l'on en conclut que cette différence tient à ce que beaucoup d'enfants qui, à domicile, meurent le premier, le deuxième ou le troisième jour de leur naissance, sont déclarés à l'état civil comme mort-nés, ce qui n'arrive pas dans les hôpitaux.

C'est, du reste, encore aujourd'hui la raison principale sur laquelle se fonde l'administration pour expliquer l'accroissement des mort-nés.

Toutefois, pour nous qui n'avions pas d'idées préconçues, nous devions, au début des fonctions qui nous étaient confiées, nous contenter de noter purement et simplement les faits qui se présentaient à notre observation. Sans doute, ainsi que nous venons de le dire, nous trouvions la mortalité des enfants mort-nés bien grande, mais ce ne fut pourtant qu'après quelques années d'exercice, et lorsque les chiffres de chaque année vinrent nous démontrer l'accroissement progressif des mort-nés, accroissement qu'il était impossible de ne pas reconnaître, que nous nous préoccupâmes d'une question qui nous semblait offrir un intérêt incontestable pour la science et pour l'administration. Nous avons même le souvenir d'en avoir entretenu l'honorable et savant M. Trébuchet, auquel nous avons communiqué à cette époque une série de tableaux indiquant la proportion des mort-nés par rapport à la mortalité générale.

Cette préoccupation d'esprit était bien légitime, alors que, certains mois, nous trouvions que dans tel arrondissement, le 4e ou le 5e par exemple, le nombre des mort-nés était de 1 sur 6, ou même de 1 sur 5 décès, c'est-à-dire de 20 pour 100.

Nous prîmes dès lors la résolution d'étudier avec le plus grand soin ce sujet qui nous paraissait digne de toute notre attention, et de l'élucider par des recherches incessantes que notre position de médecin inspecteur de la vérification des décès nous permettait de poursuivre chaque jour.

Ce sont ces recherches qui se traduisent en chiffres que nous allons faire connaître à l'Académie. C'est la partie aride de notre travail, mais c'est aussi celle qui établit, en quelque sorte mathématiquement, la preuve de nos assertions.

Nous avons dit précédemment que l'état civil considérait d'abord comme mort-né tout enfant qui ne lui était pas présenté vivant ; mais, que la dénomination de mort-né n'était définitive qu'après le certificat de visite du médecin vérificateur des décès. On comprend qu'en opérant ainsi il ne saurait y avoir d'erreur, et que toute objection qui serait faite au point de vue de l'exactitude du classement des enfants mort-nés, n'aurait aucune valeur.

Ceci établi, nous trouvons que pour 1846 la mortalité générale dans le 4e arrondissement a été de 831 décès, sur lesquels on compte 130 enfants mort-nés, c'est-à-dire 1 sur 6 1/2.

Années.	Décès.	Mort-nés.	Rapport.
1847..........	858	120	1 sur 7
1848..........	814	99	1 8
1849 (choléra)..	1333	93	1 14
1850..........	710	95	1 7 1/2
1851..........	815	99	1 8
1852..........	754	118	1 6
1853..........	815	87	1 9
1854..........	851	75	1 11
1855..........	622	68	1 9
1856..........	540	85	1 8
1857..........	596	70	1 9
1858..........	597	68	1 9

En tout, pour le 4e arrondissement, pendant treize années, 10 153 décès et 1187 mort-nés, c'est-à-dire 1 sur 8,5 ou 12 pour 100.

---

jour, un état adynamique intense ; c'est véritablement la stupeur, l'abattement, en un mot tout le faciès de la fièvre typhoïde. Beaucoup de malades, dans ces cas, étaient affectés d'énormes parotides. On a pu sauver quelques malheureux dans ces dernières conditions, mais on a pu difficilement les relever et les tonifier : ce sont des convalescences interminables.

La maladie a souvent une marche anomale et même insidieuse ; beaucoup de malades ont succombé sans vomissement, sans suppression d'urine, et, à coup sûr, il y avait chez eux un fond de fièvre jaune ; ils avaient toujours cette teinte ictérique des conjonctives, avec cette injection des vaisseaux au pourtour de la cornée.

Quant au vomissement noir, il n'a pas toujours été un symptôme fatal : j'ai toujours devant les yeux l'exemple du sous-intendant militaire qui était débarqué avec nous : au retour d'un enterrement, il fut subitement atteint ; la fièvre chez lui était considérable : pouls large, ample, battant 108. Teinte jaune des conjonctives très prononcée ; céphalalgie sus-orbitaire très considérable. De très bonne heure, vomissements bilieux où l'on distingua bientôt de nombreuses stries noirâtres. La position était grave, et d'autant plus que le malade était d'un tempérament sanguin. On lui fit deux saignées du bras, et on le traita, du reste, suivant le système qu'on avait adopté : les purgatifs souvent répétés et les sudorifiques.

La maladie fut assez longue ; mais j'ai appris depuis que le malade avait triomphé de sa situation et qu'il étoit entré dans une convalescence très franche.

Je le répète, les choses ne se sont point passées cette année comme les années précédentes ; je le répète surtout pour me défendre des critiques de M. Dutroulau (*Gazette hebdomadaire* du 18 juillet 1862).

Il n'a jamais été dans ma pensée, comme paraît le supposer M. Dutroulau, de dire : « Voilà comme se présente habituellement, ou même toujours, la fièvre jaune. » Un médecin fort distingué, M. le docteur de Castagny, qui était chargé de la

Digitized by Google

Pour le 5e arrondissement nous trouvons :

Années.	Décès.	Mort-nés.	Rapport.
1846.........	1992	263	1 sur 8
1847.........	2112	250	1 9
1848.........	1960	236	1 8
1849 (choléra)..	3110	227	1 14
1850.........	1753	225	1 8
1851.........	1806	245	1 7 1/2
1852.........	2133	245	1 9
1853.........	2278	[illegible]	1 9 1/2
1854.........	2804	318	1 9
1855.........	2332	276	1 8 1/2
1856.........	2075	306	1 7
1857.........	2337	280	1 8
1858.........	2231	337	1 7

En tout, pour le 5e arrondissement, pendant treize années, 28 923 décès et 3437 mort-nés, 1 sur 8,5 ou 12 pour 100.

Enfin, pour le 6e arrondissement, nous trouvons :

Années.	Décès.	Mort-nés.	Rapport.
1846.........	2113	236	1 sur 9
1847.........	2101	233	1 9
1848.........	2214	201	1 11
1849 (choléra)..	3360	221	1 15
1850.........	1890	268	1 7
1851.........	2036	261	1 8
1852.........	2059	248	1 8
1853.........	2276	226	1 10
1854.........	2757	243	1 11
1855.........	2495	234	1 10 1/2
1856.........	2070	264	1 8
1857.........	2182	274	1 8
1858.........	2002	231	1 9

En tout, pour le 6e arrondissement, pendant treize années, 29 564 décès et 3140 mort-nés, 1 sur 9,4 ou 10,6 pour 100.

En conséquence, la moyenne totale pour les trois arrondissements soumis à nos investigations pendant treize années, a été d'un enfant mort-né sur 8,8 ou de 11,5 pour 100.

Sans doute ce résultat général atténue les résultats partiels, et les modifie, mais seulement en ce sens qu'il établit une période d'augmentation sur les périodes précédentes. Autrement dit, les mort-nés qui, en 1824, étaient à domicile de 5 pour 100 et une fraction, de 1825 à 1836 de 9,91 pour 100, sont aujourd'hui de 11 pour 100, ou de 110 sur 1000 décès. Les décès étant aux naissances comme 90 est à 100 ; augmentation énorme et de près du double en trente-quatre ans.

Alors même que cette augmentation des mort-nés tiendrait à des causes diverses, elle n'en est pas moins réelle. N'importe sous quel aspect on chercherait à l'étudier, soit en prenant le rapport des mort-nés aux naissances, soit en prenant pour base la mortalité générale, on arrive toujours à un accroissement notable du nombre des mort-nés.

Chargé d'un service administratif officiel, à la tête duquel est placé un homme d'un grand savoir et d'une grande expérience, M. Husson, chef de la 2e division de la préfecture de la Seine, nous avons dû l'entretenir du résultat de nos investigations qu'il connaissait, du reste, déjà par nos rapports de chaque mois. M. Husson, que les travaux de cette nature intéressent doublement, et comme administrateur et comme auteur d'un livre fort remarquable sur les CONSOMMATIONS DE LA VILLE DE PARIS, que l'Académie des sciences a couronné, et qui renferme des documents précieux sur le mouvement de la population parisienne, a bien voulu prendre en considération l'exposé de nos recherches, et nous aider de ses bons conseils.

Pour lui, cet accroissement de la mortalité des mort-nés a besoin d'être encore étudié dans ses causes, et, comme jusqu'à présent, il semble surtout particulier à la ville de Paris, il en trouve jusqu'à un certain point l'explication dans les influences diverses, morales et physiques, qui sont réunies dans une grande capitale.

Cependant les idées de l'auteur des CONSOMMATIONS DE PARIS paraissent s'être fixées davantage depuis la publication de son livre, et bien qu'il lui semble que le temps seul puisse fournir des données assez concordantes pour devenir la base d'une opinion définitive à ce sujet, il croit que l'on peut attribuer principalement l'augmentation persistante du nombre des enfants mort-nés à l'accroissement de certains éléments de la population parisienne, à la mollesse des habitudes domestiques et à l'affaiblissement graduel de l'organisation physique des femmes dans les classes élevées. C'est ce qu'il se propose de démontrer dans un travail plus développé dont il s'occupe.

Quoi qu'il en soit, M. Husson dans les recherches statistiques sur le mouvement de la population, recherches servant de point de départ à son savant traité des CONSOMMATIONS DE LA VILLE DE PARIS, établit que pour les naissances comparées aux décès, la progression ne suit pas, depuis un certain nombre d'années, les lois naturelles qui président au développement et à l'accroissement de l'espèce. C'est ainsi que, prenant pour base des périodes de dix années, de 1750 à 1849, c'est-à-dire dans l'espace d'un siècle ; il prouve que, pour ce qui regarde les naissances, on remarque que chaque dénombrement de la population constate une légère diminution du nombre des naissances par rapport à la population.

Dans la période de 1817 à 1831, on trouve 1 naissance sur 26,87 habitants.

De 1831 à 1836, 1 naissance sur 28,66 habitants.
De 1836 à 1841, 1 naissance sur 29,59 habitants.
De 1841 à 1846, 1 naissance sur 30,64 habitants.
De 1846 à 1855, 1 naissance sur 31,98 habitants.

Poursuivant ces recherches, M. Husson trouve que de 1817

direction des salles de l'hôpital militaire de Vera-Cruz, a bien voulu diriger mes études vers un sujet que je ne connaissais point encore; il exerce depuis quelques années à Vera-Cruz même et observe avec soin toutes les épidémies de fièvre jaune. Eh bien, il ne cessait de me répéter combien il était frappé des caractères de l'épidémie de cette année; les années précédentes, lui aussi avait observé tout différemment.

Du reste, M. Dutroulau ne reconnaît-il pas lui-même ce prothée dans le long chapitre qu'il a consacré à une étude consciencieuse de la fièvre jaune (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, 1861) : « Quoique toujours la même au fond, dit-il, la fièvre jaune est variable dans ses manifestations... La fièvre jaune est une des maladies les plus susceptibles de se modifier, suivant la localité, suivant les diverses saisons pendant une même épidémie, quoique restant au fond la même... »

Je le dis encore, j'ai observé dans des conditions tout autres que celles où s'est trouvé M. Dutroulau, et, puisqu'il même reconnaît l'instabilité des formes de la maladie, qu'il ne s'étonne donc point de la façon particulière dont s'est présentée à moi la fièvre jaune, et surtout qu'il n'ait point l'air d'émettre un doute sur les caractères que j'assigne à la maladie. « On pourrait croire, dit-il, d'après la communication de M. Buez, que la fièvre jaune du Mexique ne présente ni la même physionomie ni la même gravité que celle que j'ai observée à la Martinique et à la Guadeloupe, et qui ne diffère pas de celle de Cayenne, du Sénégal, de Lisbonne de 1857, de Saint-Nazaire tout récemment. *Il n'en est rien pourtant*, et il serait prématuré de prendre les symptômes décrits par M. Buez comme l'expression habituelle de la maladie dans cette localité. »

Toutes les observations de M. Dutroulau ont trait à des sujets qui ont présenté des pléthores sanguines considérables et qui, pendant le cours de la maladie, ont été en proie à une grande agitation, ont été constamment, si l'on veut, dans une période

à 1851, il existe pour les mort-nés un accroissement dont il détermine la proportion ainsi qu'il suit :

De 1817 à 1831, 1 mort-né sur 17,67 naissances.
De 1831 à 1836, 1 mort-né sur 16,10 naissances.
De 1836 à 1841, 1 mort-né sur 15,25 naissances.
De 1841 à 1846, 1 mort-né sur 14,45 naissances.
De 1846 à 1851, 1 mort-né sur 14,44 naissances.

Ces relevés tendraient à établir que sur 14 naissances on compte 1 mort-né ou 7 pour 100 et une fraction. Nos recherches prouvent que dans les douze arrondissements de Paris, pendant treize années, sur 100 décès il y en a eu 11 d'enfants mort-nés. La différence qui existe entre ces deux chiffres est facile à expliquer. Les relevés faits par M. Husson sont établis sur la mortalité générale de la ville de Paris, les hôpitaux compris ; tandis que les chiffres qui servent de base à notre travail ne comprennent que la mortalité à domicile. De plus, les relevés de M. Husson s'arrêtent à l'année 1851 ; de telle sorte que pendant sept années il n'a pas été tenu compte de la progression des mort-nés. Enfin, nous avons dit que les décès étaient aux naissances comme 90 est à 100.

Telles sont les raisons qui expliquent une différence qui n'est pas réelle. Opérant avec les mêmes données, M. Husson se serait nécessairement rencontré avec nous, cela est de toute évidence.

Devant des faits qui résultent de documents parfaitement exacts, fournis par l'état civil de la ville de Paris, et l'on sait que cet état civil est considéré à juste titre en Europe comme un modèle que toutes les nations civilisées s'efforcent de suivre, il ne saurait y avoir de doute. Cependant il était possible de craindre que, par des circonstances fortuites, ce qui avait lieu dans trois arrondissements ne se produisît pas également dans les autres, et que l'ensemble des nombres recueillis dans les douze arrondissements, également pendant les mêmes treize années, donnât peut-être un autre résultat.

Cette considération ayant suggéré à M. Husson la pensée d'étendre aux douze arrondissements de Paris les recherches que nous avions limitées à trois arrondissements seulement, nous avons adopté avec empressement la proposition qui nous était faite, et voici un exposé rapide par arrondissement et par périodes de treize années des chiffres que nous ont fournis les relevés statistiques que l'administration municipale fait dresser annuellement :

Pour le 1er arrondissement, pendant treize années, la totalité des décès à domicile, de 1846 à 1858, a été de 25 038, sur lesquels on compte 2335 mort-nés ; 1 sur 10 ou 9,33 pour 100.

Pour le 2e arrondissement, le nombre des décès pendant la même période, a été de 24 725, sur lesquels on compte 2642 enfants mort-nés ; 1 sur 9,3 ou 10,68 pour 100.

Pour le 3e arrondissement, 14 946 décès, 2101 mort-nés ; 1 sur 7,11 ou 14,12 pour 100.

Pour le 4e arrondissement, 10 153 décès, 1187 mort-nés ; 1 sur 8,5 ou 12,70 pour 100.

Pour le 5e arrondissement, 28 523 décès, 3437 mort-nés ; 1 sur 8,5 ou 12,70 pour 100.

Pour le 6e arrondissement, 29 564 décès, 3140 mort-nés ; 1 sur 9,4 ou 10,62 pour 100.

Pour le 7e arrondissement, 18 820 décès, 2015 mort-nés ; 1 sur 9,35 ou 10,68 pour 100.

Pour le 8e arrondissement, 39 910 décès, 3360 mort-nés ; 1 sur 11,87 ou 8,41 pour 100.

Pour le 9e arrondissement, 15 800 décès, 2193 mort-nés ; 1 sur 7,20 ou 13,87 pour 100.

Pour le 10e arrondissement, 28 594 décès, 2294 mort-nés ; 1 sur 12,5 ou 8,2 pour 100.

Pour le 11e arrondissement, 19 320 décès, 2659 mort-nés ; 1 sur 7,2 ou 13,67 pour 100.

Pour le 12e arrondissement, 36 929 décès, 4474 mort-nés ; 1 sur 8,25 ou 12,11 pour 100.

Le total de la mortalité dans les douze arrondissements de Paris pendant treize années, a été par conséquent de 292 715 décès à domicile, et celui des mort-nés de 31 833 ; 1 sur 9,15 ou 10,87 pour 100, autrement dit 11 pour 100.

Et si l'on défalque de ce chiffre les décès de cholériques qui ont été en 1849 de 19 645 et en 1854 de 8500, en tout 28 145, il ne reste plus que 264 609 décès ordinaires, et par conséquent le rapport véritable des mort-nés aux décès se trouve alors être de 12,3 pour 100.

Rapprochons maintenant ces chiffres des chiffres également officiels que nous avons extraits des documents publiés à d'autres époques par l'administration, et la preuve de l'accroissement des enfants mort-nés ressortira de ce rapprochement.

En 1829, on comptait à domicile, ainsi que nous l'avons déjà dit, 57 mort-nés sur 1000 naissances, 5,7 pour 100, ou, pour rester dans les rapports des décès aux naissances, 6,33 pour 100.

En 1844, pour une période de treize années, nous trouvons 9,81 pour 100 d'enfants mort-nés.

En 1859, pour une période égale de treize années, le nombre des enfants mort-nés s'élève à 11 pour 100.

Maintenant si, d'une part, le nombre des naissances diminue par rapport à la population, puisqu'il était, de 1817 à 1831, de 1 sur 26,87 habitants, et que, de 1846 à 1855, nous ne le trouvons plus que de 1 sur 31,98 habitants ; si, d'autre part, le chiffre des mort-nés a augmenté, dans la même période, de 9 à 11 pour 100, il n'est pas étonnant que les recensements de la population, soit à Paris, soit en France, ne présentent plus la progression quinquennale ou décennale que l'on avait observée pendant de longues années. Il y a dans

---

ataxique. Dans tous les cas, de nombreuses émissions sanguines ont été pratiquées.

La première observation, quoique donnée comme *fièvre jaune légère incomplète*, se rapporte à un malade qui se présentait la face vultueuse, boursouflée, etc., à qui on applique aussitôt force sangsues.

Aux autopsies, on trouve tous les gros vaisseaux des enveloppes cérébrales gorgés de sang noir, la pulpe cérébrale sablée, les poumons gorgés de sang fluide et noir (deuxième observation).

Chez le malade qui fait le sujet de la troisième observation, on rencontre dans les sinus de la dure-mère du sang noir et un épanchement de plus de 30 grammes de sang liquide à la base du crâne ; tous les gros vaisseaux extérieurs du cerveau sont distendus par un sang noir et fluide.

L'auteur observe des fièvres jaunes avec prédominance d'hémorrhagies, de vomissements et de symptômes cérébraux.

Toutes ces observations sont admirablement rédigées, et les considérations qui les accompagnent sont parfaitement déduites.

Mais, encore une fois, n'ayant point vu comme M. Dutroulau, n'ayant point non plus trouvé les mêmes caractères dans mes autopsies, je ne puis présenter le même genre d'observations.

Il y a eu aussi à Vera-Cruz cette année des cas analogues à ceux relatés par cet auteur ; mais ils ont été la grande exception.

Je me rappellerai toujours un de mes bons camarades, officier d'ordonnance du général Douai, qui, pris presque aussitôt après son débarquement, fut dans un délire presque continuel pendant huit jours, et qui mourut dans un grand état d'agitation.

Un autre officier, qui était le *deus ex machina* de l'administration, et qui comme tel était sur pied toute la journée, courant la ville par un soleil ardent, présenta une fièvre considérable (110, 112 pulsations), avec exaltation considérable. Ce

ce fait un enseignement qui n'échappera pas à l'autorité administrative.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher et à indiquer les causes de cette augmentation des enfants mort-nés par rapport à la mortalité générale. Mais, avant d'aborder cette partie délicate de notre travail, exposons brièvement ce que l'on connaît aujourd'hui de la mortalité des enfants mort-nés pour toute la France, et, si nous comparons cette mortalité à celle de la capitale, nous arriverons à une différence bien significative.

Nous avons dit ailleurs que ce n'était qu'à partir de 1841 que, pour toute la France, les mort-nés avaient été distraits de la mortalité générale et relevés séparément; mais qu'il ne fallait considérer les chiffres fournis par la statistique comme ayant une valeur absolue qu'à partir de 1853.

Dans la période de 1841 à 1850, le nombre des mort-nés pour toute la France, sur 100 naissances, s'est élevé de 3,14 pour 100 à 3,74 pour 100.

En 1854, il a été de 4,13 pour 100.

Quoique ce chiffre se trouve bien éloigné de celui que donne la ville de Paris, l'administration supérieure s'en est émue. Dans sa pensée, cet accroissement n'est qu'apparent, et tient à l'exécution de plus en plus exacte des circulaires qui prescrivent de distinguer les enfants mort-nés des autres décès. Aux termes de ces circulaires, dans les départements, les maires doivent comprendre sous la dénomination de mort-nés les enfants décédés avant, pendant l'accouchement, et dans les trois jours qui l'ont suivi. Ces circulaires devront être modifiées, sans quoi la statistique des mort-nés sera toujours inexacte.

Quoi qu'il en soit du plus ou moins de confiance que l'on puisse avoir dans les relevés statistiques faits pour toute la France au point de vue des mort-nés, voici un tableau pour onze années de cette mortalité, de 1846 à 1856.

En 1846, la mortalité générale pour toute la France a été de 820948 décès, sur lesquels on compte 34451 mort-nés, 4 pour 100.

Années.	Décès.	Mort-nés.	Rapport.
1847.......	849054	33024	4 pour 100
1848.......	836693	34296	4 —
1849......	973171	37274	4 —
1850.......	761640	37055	5 —
1851..	817449	37553	5 —
1852.......	810695	37454	5 —
1853.......	795596	38570	5 —
1854.......	992779	38184	4 —
1855..... .	936833	37893	4 —
1856.	835017	47786	5 —

Pour la France entière, 9430005 décès; 406500 mort-nés. La moyenne a donc été de 4 pour 100.

Il est évident que ce chiffre ne saurait être considéré comme exact. Nous le donnons à titre de renseignement. Il est plus que probable que, dans beaucoup de communes, quels que soient les efforts et les recommandations de l'autorité supérieure, on ne tient pas entièrement compte de ses prescriptions. La différence entre Paris et le reste de la France est de 7 pour 100; cela n'est point admissible, et avec le temps, lorsque les circulaires administratives seront suivies plus ponctuellement, la moyenne des mort-nés augmentera sensiblement. Nous en trouverions la preuve dans ce qui se passe actuellement en Autriche, où l'on cherche, en fait d'état civil, à prendre la France pour modèle, et où l'on enjoint, dans chaque localité, de distraire les mort-nés de la mortalité générale. Il y a quelques années, M. de Czœrnig, directeur de la statistique administrative à Vienne, écrivait à M. le ministre de l'agriculture et du commerce que, d'après les documents qui lui étaient transmis, il n'y avait dans l'empire d'Autriche qu'un mort-né pour 100 décès. Aujourd'hui M. de Czœrnig dit qu'il faut en compter 4 pour 100. En France, comme en Autriche, on arrivera à un nombre plus considérable, nous le répétons, à mesure que les prescriptions de l'administration seront mieux suivies.

Nous devons ces renseignements officiels, et qui ont été bien précieux pour nous, à l'obligeance de M. Legoyt, chef du bureau de la statistique générale de la France, au ministère de l'agriculture et du commerce. Les connaissances profondes de ce fonctionnaire public, que tous les savants qui s'occupent de statistique consultent toujours avec profit, nous ont été très utiles. Nous prions M. Legoyt d'agréer nos remercîments pour l'empressement qu'il a bien voulu mettre à nous éclairer de ses bons conseils.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

Trachéotomie chez les jeunes enfants.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Très honoré confrère,

Dans le n° 46 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, à l'occasion du succès de la trachéotomie chez un enfant de sept mois opéré par M. Bell (d'Édimbourg), vous faites remarquer avec raison combien sont rares les succès de la trachéotomie chez les enfants qui ne sont point âgés de plus de deux ans.

L'expérience de nos maîtres et les excellents travaux qui,

ne fut qu'avec les plus grandes peines qu'on le décida à se laisser soigner. Des hémorrhagies se déclarèrent, puis une pneumonie qui mit un terme à d'atroces souffrances.

Une des premières victimes fut Ludger-Lallemand, médecin en chef de l'armée. Sceptique au dernier point, il ne croyait pas ou il affectait de ne pas croire à la fièvre jaune. Sanglé dans sa tunique, sans couvre-nuque, il courait la ville toute la journée, visitant les hôpitaux, les officiers malades. Sans aucun souci des moindres règles de l'hygiène, il se livrait à tous les caprices d'un appétit vigoureux; le soir venu, il rédigeait ce qu'il avait vu; ce travail le menait fort avant dans la nuit et constituait un surcroît de fatigues; aussi fut-il rapidement atteint. La maladie fut courte et eut facilement raison de cette forte constitution et de ce tempérament ultra-sanguin. La mort arriva au milieu d'une vive agitation, qui avait été constante... Grande intelligence, esprit vif, juste, noble cœur surtout, qui laissa un grand vide dans l'armée et parmi ses collègues, qui l'avaient de bonne heure apprécié.

Ce sont les seuls cas de ce genre que j'aie observés.

Mais je pourrais citer, en revanche, peut-être 10 officiers morts dans un état adynamique complet, un entre autres ayant toujours eu une fièvre modérée, se levant le sixième jour convalescent, mangeant un potage et s'éteignant subitement.

Il me paraît aussi souvent difficile d'admettre, dans la totalité des cas, les périodes établies par M. Dutroulau. La fièvre jaune est ou légère ou grave, et, dans les deux cas, elle suit son cours d'une façon souvent trop irrégulière pour qu'on puisse établir des périodes bien tranchées dans des phases qu'on ne distingue pas toujours.

Ce n'est point une critique que je fais de l'excellent livre de M. Dutroulau, car je dois reconnaître que sa lecture m'a été d'un très grand secours, surtout pour les affections que j'observe aujourd'hui dans l'intérieur. Et puis il a observé trop longtemps et sur trop de champs divers pour qu'on ne fasse pas

dans ces derniers temps, ont été publiés sur la trachéotomie viennent consacrer la justesse de votre remarque.

Cependant, il y a peut-être un grave inconvénient à considérer le très jeune âge comme une contre-indication de la trachéotomie. Le cas publié par M. Bell (d'Edimbourg), le succès obtenu par M. Barthez sur un enfant de treize mois, et, permettez-moi de le rappeler à vos lecteurs, le même succès obtenu en 1834 par M. le professeur Trousseau sur un enfant qui, lui aussi, n'avait que treize mois (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, septembre 1834), — ces trois faits seraient-ils seuls dans la science, qu'ils suffiraient pour infirmer la règle des insuccès de la trachéotomie dans les deux premières années de la vie.

Je crois qu'il faut opérer à tout âge, et l'opinion, longtemps professée et aujourd'hui généralement acceptée, que la trachéotomie ne réussit pas au-dessous de l'âge de deux ans, a eu certainement pour triste conséquence d'arrêter la main de l'opérateur lorsque son intervention aurait pu être heureuse.

Un jeune enfant de onze mois entrait, le 2 novembre, dans le service de M. Trousseau; cet enfant allait succomber aux progrès de la période asphyxique du croup. J'offris de faire la trachéotomie, faisant remarquer à la famille que, pour moi, l'opération était la seule chance de salut. La mère s'y refusa; je n'insistai pas, *l'âge me paraissant une condition défavorable*. L'enfant mourut une heure après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie me permit de constater que la diphthérite était limitée au larynx. La trachéotomie eût été probablement suivie de succès. J'avais donc eu tort de ne pas insister; il m'eût été facile de convaincre la mère si j'avais eu moi-même grande espérance de lui conserver son enfant.

J'ignorais les succès de M. Bell et de M. Barthez; j'avais oublié l'heureux succès obtenu autrefois par mon maître M. Trousseau; je ne chercherai point à excuser ma faute, en rappelant que je subissais la pression d'une erreur commune.

Je souhaite que cette faute soit un enseignement pour tous, et, signalée à côté des succès que vous aurez été le premier à rappeler, elle contribuera peut-être à fixer dans les esprits la conviction que le très jeune âge ne saurait être une contre-indication de la trachéotomie.

Agréez, etc.

AM. DUMONTPALLIER.

Nous avons reçu également de M. le docteur Després une lettre en réponse au récent article de M. Le Fort sur l'*érysipèle*. Nous publierons cette lettre dans le prochain numéro.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

THÉRAPEUTIQUE. — *Étude pratique sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires*, par M. *Éd. Fournié*. — L'importance du laryngoscope exige que ce moyen d'investigation soit vulgarisé le plus possible, et, pour cela, il doit être simplifié. Tel est le but de la première partie de ce travail. Voici en quoi consiste cet appareil : un petit miroir plan fixé à l'extrémité d'une tige sous un angle variable ; un second miroir concave destiné à concentrer les rayons lumineux au fond de la gorge, et enfin, pour éclairage, une lampe, une bougie ou un peu de soleil.

Dans la seconde partie du mémoire, M. Fournié s'occupe de l'application des remèdes topiques sur l'arrière-gorge, dans le larynx et dans les bronches. Il démontre d'abord, d'après des expériences physiologiques, que les gargarismes, s'ils ne sont pas avalés, ne touchent pas les parties situées en arrière de la luette et des piliers antérieurs du voile du palais, et il en conclut que le gargarisme simple sera toujours avantageusement remplacé par une simple déglutition du liquide, et le gargarisme composé par l'application directe du médicament au moyen de l'éponge porte-caustique ou de l'insufflateur.

Des circonstances particulières s'opposent quelquefois à l'amputation des amygdales; l'auteur a imaginé de les faire disparaître au moyen du caustique (poudre de Vienne ou bichromate de potasse). Ce procédé est surtout applicable chez les enfants.

En résumé, simplification et vulgarisation du laryngoscope, aperçus nouveaux de physiologie sur le fonctionnement des parties de l'arrière-gorge, possibilité d'appliquer avec précision la médication topique sur un point quelconque des voies aériennes, tel est l'objet de ce mémoire. (*Comm.:* MM. Rayer, Velpeau, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — M. *Dumas* communique une note que lui a adressée de Marseille, en date du 2 novembre, M. *Favre*, et qui contient l'exposition d'une *méthode d'investigation chirurgicale au moyen des courants électriques*, méthode qui, dans le traitement des plaies d'armes à feu, peut mettre fin aux incertitudes du chirurgien et lui permettre de décider si un corps dur que rencontre la sonde au fond d'une plaie inaccessible est une esquille d'os ou un corps métallique.

— M. *Velpeau* fait remarquer que, pour les corps étrangers perdus au fond des blessures, le difficile est d'y arriver bien

---

un très grand cas d'une pratique aussi étendue et fécondée par plusieurs années d'exercice.

J'ai dit aussi, dans ma note à l'Académie, que, du mois de mars au mois de mai, la mortalité avait été de 22 pour 100. Je n'ai point compris dans ce chiffre celui des décès des officiers, qui a été beaucoup plus considérable. Il est telle maison où, sur 16, il en est mort 12 et 13; on a dû fermer cette habitation.

Non, le chiffre 22 pour 100 ne paraît pas énorme au premier abord; mais que l'on songe au petit nombre de troupes qui se trouvaient en ce moment à Vera-Cruz et qui y ont séjourné une quinzaine de jours, 3 à 100. Les premières troupes qui sont arrivées et qui formaient la colonne de l'amiral, puis du général de Laurencez, n'ont fait que passer à Vera-Cruz ; elles se sont dirigées tout de suite vers l'intérieur. Quant à nous, nous avons été bloqués à Vera-Cruz du 15 au 31 mars. Je regrette beaucoup d'avoir égaré certains chiffres qui indiquaient exactement le nombre de décès par corps.

Je ne veux point parler ici des autopsies, le sujet a été trop bien et trop complétement traité par M. Dutroulau, et mes propres résultats sont trop d'accord avec les siens pour que je ne renvoie pas à son excellent traité.

Je veux seulement dire un mot de la nature de la matière vomie. J'en ai recueilli dans des flacons; M. de Castagny m'en a montré qui provenait des années précédentes. Le liquide s'était décoloré, et la matière noire formait un dépôt sur les parois de la fiole, à la partie supérieure, sous forme de paillettes cristallines, brillant d'un certain éclat au soleil.

L'agitation du liquide faisait redissoudre le tout. Il m'a été facile de reconnaître à l'inspection microscopique des globules sanguins en très grande quantité, mais considérablement déformés et même la plupart rompus, et quelques rares cristaux de cholestérine.

M. Guyon, dans sa communication à l'Institut (séance du 7 juillet 1862), me paraît avoir singulièrement exagéré l'im-

Digitized by Google

plus que d'en constater la nature quand on est parvenu à les toucher réellement.

— M. *E. Langlois*, à l'occasion de la même communication, demande, par une lettre transmise à M. le président, l'ouverture de deux paquets cachetés qu'il a déposés depuis la dernière séance, et qui se rapportent à un semblable mode d'investigation.

Conformément à cette demande, les deux plis cachetés sont ouverts et renferment, comme l'annonçait M. Langlois, deux notes sur un appareil que l'inventeur désigne sous le nom d'*électro-investigateur chirurgical*. Le but que se propose M. Langlois est le même que s'est proposé M. Favre, et les moyens sont analogues.

Des deux notes, la première, datée du 6 de ce mois, n'a été reçue au secrétariat que le 7; l'autre a été déposée le jour même de la séance.

— M. *Tavignot* soumet au jugement de l'Académie une note *sur le traitement des affections arthritiques par les préparations phosphorées*. (*Comm.*: MM. Velpeau et Rayer.)

Tératologie expérimentale. — *Cause probable des monstruosités par arrêt de développement*, par M. *Dareste*. (Présenté par M. de Quatrefages.) — Les monstruosités que l'auteur a obtenues consistent presque toutes en des éventrations plus ou moins considérables, en des hernies de l'encéphale, ou en l'absence d'un ou de deux membres : en d'autres termes, elles appartiennent aux trois familles tératologiques qui ont été décrites par Is. Geoffroy Saint-Hilaire sous les noms de *monstres ectroméliens*, *célosomiens* et *exencéphaliens*.

Frappé de la fréquence de leur coexistence sur le même sujet, M. Dareste a été conduit à se demander si ces trois sortes de monstruosités ne pourraient pas être les effets multiples d'une cause unique.

Cette cause m'échappe encore presque entièrement, dit M. Dareste. Toutefois, je crois devoir signaler comme un fait très général que j'ai observé dans toutes les monstruosités dont je m'occupe actuellement, l'existence d'une condition anatomique très remarquable qui consiste en un arrêt de développement de l'amnios. Tantôt, mais le moins ordinairement, le capuchon caudal manquait complétement, ou bien l'ombilic amniotique persistait largement ouvert; tantôt, et c'était le cas le plus fréquent, l'amnios était complétement fermé pardessus, mais le pédicule amniotique persistait, et unissait, dans une étendue plus ou moins considérable, la face supérieure de l'amnios avec l'enveloppe séreuse. Cet état particulier de l'amnios que je retrouve dans toutes les monstruosités artificielles dont je m'occupe dans cette note, depuis que j'ai commencé à l'y chercher, est-il le point de départ de la production des anomalies, ou simplement une condition anatomique accessoire? Je ne puis encore le décider; mais je signale ce fait dès à présent, car il me paraît jouer un rôle très important dans les phénomènes physiologiques que m'ont présentés mes embryons monstrueux. (*Commission du prix Alhumbert.*)

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente au nom de l'auteur, M. *Kœberlé*, trois opuscules dont les titres suivent : Des cysticerques des tænias chez l'homme; — Essai sur le crétinisme; — Notice sur une ovariotomie pratiquée le 2 juin 1862. A l'occasion de cette dernière brochure, l'auteur, dans la lettre d'envoi, annonce une communication prochaine sur une deuxième opération d'ovariotomie également pratiquée avec succès.

— M. *Velpeau* offre à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Donders*, un Mémoire sur l'astigmatisme et les verres cylindriques.

Dans ce travail, M. Donders traite d'une sorte de trouble de la vision ou d'amblyopie qu'il rattache à une différence dans la distance focale des divers méridiens de l'œil. Il s'agit là d'anomalies dans les surfaces de la cornée, du cristallin, etc., qui ont à peine fixé l'attention jusqu'ici; comme l'auteur indique en même temps des verres qui permettent d'y remédier, la science et la pratique de l'oculistique devront lui savoir gré de ses efforts.

Hygiène générale. — *Études sur l'ozone exhalé par les plantes*, par M. *C. Kosmann*. — L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Les plantes dégagent du sein de leurs feuilles et des parties vertes de l'oxygène ozonisé; 2° les feuilles des plantes dégagent pendant le jour de l'oxygène ozonisé en quantité pondérable plus grande que celui qui existe dans l'air ambiant; 3° les plantes de la campagne dégagent plus d'ozone que celles des villes pendant le jour; cela devait être, puisque la vie végétative y est plus active, et que les premières réduisent plus d'acide carbonique; 4° de cette dernière observation on peut inférer que l'air de la campagne, des habitations entourées de vastes jardins, de luzernières, de tréflières, de forêts, est plus vivifiant que l'air des villes; 5° au sein des villes et d'une population concentrée, l'ozone de l'air de nuit est plus considérable que l'ozone de l'air de jour; si l'on sort un peu de cette concentration des hommes et qu'on entre dans celle des plantes, l'excès de l'ozone de nuit sur celui du jour diminue; si l'on s'avance davantage dans la campagne, où les plantes sont plus nombreuses que les hommes, l'ozone de l'air du jour devient plus considérable que celui de la nuit.

---

portance et surtout le nombre des *taches ou macules noires* qu'il a trouvées sur la muqueuse de l'estomac dans la fièvre jaune; il paraît les considérer comme un fait constant, tandis que cette lésion m'a paru assez rare. M. Dutroulau lui-même, du reste, ne la signale pas d'une façon générale.

J'aurais voulu parler ici des observations de Graves, qui a étudié la maladie à Dublin; mais ce grand praticien me paraît être tombé dans un système impossible à admettre. (Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduites par le docteur Jaccoud, Paris, 1864.) Pour lui, la fièvre jaune n'est qu'une variété de fièvre continue. Ce qui l'a surtout frappé dans l'épidémie de Dublin, ce sont les *symptômes gastriques* et les lésions presque constantes de l'estomac, dilatation constante, muqueuse épaissie, colorée, parfois ulcérée. Je puis dire, par anticipation, qu'à Vera-Cruz les autopsies que j'ai faites ne m'ont pas donné ces résultats, sauf de très rares exceptions; que je n'ai jamais, par exemple, trouvé l'estomac dilaté : je le rencontrais plutôt *rétréci*.

La véritable lésion, la lésion qui ne fait jamais défaut, est celle du *foie*.

A. Buez,
Aide-major attaché au corps expéditionnaire.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie d'un cours des maladies des voies urinaires le lundi 24 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Cette première partie comprend les maladies de l'urèthre.

— M. le docteur Wecker continuera son cours public sur les maladies des yeux les mardis, jeudis et samedis de midi à deux heures, au dispensaire Deval, 18, rue des Marais-Saint-Germain. La leçon clinique du jeudi sera principalement consacrée à l'étude de l'ophthalmoscope de l'accommodation et de la réfraction de l'œil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Savoie), par M. le docteur *Vidal*, de Pougues (Nièvre), par M. le docteur *Roubaud* ; de Challes (Savoie), par M. le docteur *d'Audouy*. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Jobert* (de Guyonvelle), *Tintillier* (de Villiers-Saint-Georges), *Grosgurin* (de Saint-Claude), *Trousseau* (de Blois), *Dusoul* (de Melle).

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Ramon de la Sagra*, accompagnant l'envoi d'une brochure imprimée sur la mortalité de l'île de la Havane, notamment par la fièvre jaune. (*Comm.* : M. Mélier.) — *b*. Une notice sur un nouveau pessaire rectal destiné à maintenir les tumeurs procidentes du rectum, par M. le docteur *Frémineau*.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Fontanes*, directeur de la Maison impériale de Charenton, adressant à l'Académie une invitation pour la cérémonie d'inauguration de la statue d'Esquirol, qui aura lieu dans cet établissement le 22 novembre courant, à une heure.

La députation désignée pour assister à cette cérémonie se compose de MM. *Bouillaud*, président ; *Larrey*, vice-président ; *Béclard*, secrétaire annuel ; *Falret*, *Baillarger*, *Cloquet*, *Piorry* et *Tardieu*.

M. *le Secrétaire perpétuel* lit ensuite une lettre de M. *Stanski*, qui, à l'occasion de la dernière communication de M. Trousseau, réclame la priorité de l'application de l'acupuncture comme opération préalable de la cure radicale des tumeurs abdominales. A l'appui de sa réclamation, M. Stanski rappelle une observation qu'il a publiée en 1852 dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 689).

M. *Trousseau* répond qu'il ne connaissait point l'observation de M. Stanski et maintient ses droits de priorité basés sur une première opération pratiquée par lui-même à l'Hôtel-Dieu en 1837.

M. *Bouchardat* offre en hommage, au nom de M. Baillière, un nouveau volume du TRAITÉ DE PATHOLOGIE MÉDICALE de feu le professeur *Requin*, continué par MM. les docteurs *Axenfeld* et *Brierre de Boismont*. Il présente le modèle d'un nouveau porte-caustique en caoutchouc établi par M. *Robert*, sur les indications de M. *Voillemier*.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur *Reeb*, médecin militaire ; 2° un mémoire de M. *Morel-Lavallée*, chirurgien des hôpitaux, sur l'emploi d'un appareil en gutta-percha pour les fractures de la mâchoire.

Lectures.

M. *Boudet* lit une série de rapports officiels au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Poggiale* commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. *Lefort*, intitulé : RECHERCHES SUR LES EAUX POTABLES.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

FRACTURE DE LA ROTULE. — NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA CURE DE L'ONGLE INCARNÉ. — TUMEUR CONGÉNITALE DU COU. — ÉCARTEMENT DE LA CAROTIDE INTERNE POUR L'ABLATION D'UN CANCER DE L'AMYGDALE.

M. *Chassaignac* a présenté un malade atteint depuis longtemps d'une fracture de la rotule non consolidée. Il existe trois fragments, dont les deux principaux sont, l'un supérieur et l'autre inférieur. Dans l'écartement considérable de ces fragments, la peau s'enfonce et vient toucher pendant la flexion les condyles fémoraux. Dans ces conditions, le malade marche aisément, mais monte difficilement un escalier. Le fait sur lequel M. Chassaignac attire surtout l'attention, c'est la possibilité pour le malade d'étendre la jambe sur la cuisse. Cette extension s'expliquerait, suivant lui, par l'action du vaste externe et du vaste interne qui suppléeraient les fibres du droit antérieur.

L'existence de ce mouvement et cette explication ont été contestées par MM. *Trélat* et *Richet*, qui pensent que, chez ce malade, le mouvement de la jambe dans la marche est analogue à celui d'un membre artificiel, et que la flexion et l'extension sont purement passives.

M. *Morel-Lavallée* croit avoir remarqué, après des fractures du même genre, un mouvement d'extension très limité, mais très réel, et il attribue la persistance de ce mouvement à l'action du *fascia lata*. Il s'est demandé aussi ce qui rendait au genou sa fixité dans la station et dans la marche, le triceps étant ainsi frappé d'impuissance. A son avis, lorsque le pied est appliqué sur le sol, l'action de ses extenseurs se transporte à leur attache supérieure, et ils attirent et maintiennent le genou en arrière.

M. *Trélat* n'admet pas que les jumeaux et le soléaire fléchisseurs de la jambe sur la cuisse puissent avoir une action extensive. Du reste, il est inutile de faire intervenir l'action musculaire pour expliquer la rigidité du genou. Les leviers sont purement passifs dans la marche ordinaire et dans la station. Les ligaments croisés limitent la flexion et l'extension passives. Les appareils prothétiques du membre inférieur, exécutant des mouvements de flexion et d'extension, ne sont que les imitations de ce qui existe naturellement.

— M. *Guyon* a substitué à l'arrachement de l'ongle *incarné* ou à la destruction des parties molles par le bistouri ou le caustique une opération qui permet d'arriver à la guérison en laissant la région malade dans des conditions qui se rapprochent beaucoup de l'état normal.

Voici en quoi consiste son procédé : Le bourrelet de parties molles sur lequel siége l'ulcération est non pas enlevé, mais déplacé et étalé. Pour cela, on fait à chaque extrémité de ce bourrelet deux incisions transversales qu'on réunit par une incision longitudinale. Le bourrelet devient ainsi un lambeau quadrilatère, libre par le côté qui correspond à l'incision longitudinale, adhérent par le côté opposé, ayant une face supérieure qui correspond au sillon ulcéré, une face profonde saignante. Ce lambeau une fois taillé, on enlève sur l'orteil un copeau de parties molles, et l'on obtient ainsi une autre surface saignante sur laquelle on appliquera la face profonde du bourrelet. Celui-ci, dans les nouveaux rapports où il sera fixé, se trouve tendu et étalé de façon que le sillon supérieur soit effacé entièrement. Le bord de l'ongle n'y exerce plus dès lors aucune pression, et l'ulcération se guérit d'elle-même. M. Guyon a employé ce procédé avec succès chez un malade qu'il a présenté à la Société.

— M. *Blot* a montré à ses collègues un enfant nouveau-né atteint d'une tumeur congénitale du cou qui lui paraît avoir communiqué autrefois avec la cavité rachidienne par une ouverture aujourd'hui oblitérée. Cette tumeur a le volume de la moitié d'une pomme d'api, ses parois sont formées en partie par la peau qui forme une bandelette à la base, et en partie par une membrane mince, violacée, analogue aux membranes séreuses, et dont la transparence laisse apercevoir dans la poche un liquide clair et citrin. Ce liquide ne peut refluer dans le canal rachidien ; la tumeur n'est le siége d'aucun battement, d'aucune expansion en rapport avec les mouvements respiratoires ou avec ceux du cœur. Il n'y a de paralysie nulle

Digitized by Google

part. La série des apophyses épineuses cervicales est intacte. On sent seulement entre la sixième et la septième lame vertébrale un léger intervalle qui est peut-être le point par lequel s'est faite la hernie des méninges. Du reste, l'enfant est bien portant, et la tumeur a notablement diminué de volume depuis huit jours.

MM. *Guersant*, *Richet* et *Chassaignac* sont tous d'avis, comme M. Blot, que, dans ces circonstances, il faut s'abstenir et attendre. Plus l'on attendra, plus on aura de chances favorables pour la guérison.

— M. *Demarquay*, voulant enlever à l'aide de l'écraseur linéaire un cancer de l'amygdale et du voile du palais, a imité dernièrement la conduite qu'avait tenue Blandin dans un cas semblable pour éviter la blessure des gros vaisseaux du cou.

Il fit une incision partant au-dessous de l'oreille, longeant le bord interne du muscle sterno-mastoïdien et venant se terminer vers la hauteur du larynx. Il arriva ainsi sur les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent au contact de l'amygdale, et put les écarter et les faire maintenir à distance par un aide pendant qu'il faisait manœuvrer l'écraseur. Il est bon d'ajouter que M. Demarquay n'a nullement ouvert la gaine de l'artère, et qu'il s'est assuré par cette incision préliminaire que le tissu cellulaire rétro-pharyngien n'était pas atteint par le cancer. Il n'aurait pas continué son opération s'il l'avait trouvé dégénéré.

M. Demarquay s'est aussi rappelé que l'opéré de Blandin, au lieu d'être atteint d'un cancer, n'avait qu'une tumeur syphilitique qui, ayant récidivé, fut guérie par M. Maisonneuve à l'aide de l'iodure de potassium. Afin d'éviter une semblable méprise, il a soumis son malade, avant de l'opérer, à toutes sortes de traitements généraux, qui ont tous échoué. Jusqu'à présent, le résultat de l'opération est très satisfaisant.

Bien qu'il ne soit pas facile de trouver le point par lequel la tumeur observée par M. Blot communique avec la cavité rachidienne, M. *Giraldès* n'hésite pas à affirmer l'existence d'un spina-bifida. Un kyste congénital serait resté tendu, il ne se serait point affaissé comme s'est affaissée cette tumeur. Il est probable que celle-ci a un pédicule très étroit, ce qui a permis un déplacement de la masse en bas. Ces déplacements ne sont pas rares pour les spina-bifida, de sorte que leur point d'émergence est situé plus haut que la tumeur de deux ou trois vertèbres. Les méningocèles que l'on voit à la surface du crâne subissent parfois la même modification quand elles ont un pédicule très mince.

Quelques ponctions capillaires avec application de collodion après la ponction pourraient, dans ce cas, être fort avantageuses.

D^r P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Néphrite albumineuse traitée par le lait à haute dose, par M. Artigues.

M. Artigues, médecin principal, cite quatre observations de néphrite albumineuse traitées par lui avec le lait à haute dose et guéries par ce moyen. Il arrive aux conclusions suivantes :

L'efficacité de ce traitement est positive, voilà le fait ; dans les trois cas le lait a été donné de telle sorte que l'on peut juger de son efficacité relative, selon qu'il fait ou non la base du traitement :

A. S'il est mêlé aux tisanes, à l'alimentation du malade à la dose de 12 à 15 onces par jour, et en le combinant même à une médication diurétique très active, il n'a aucun effet décisif.

B. Si on le donne à haute dose, à 1 litre et demi par jour, à l'exclusion de toute médication interne, mais sans la diète sèche et les oignons, son action est lente à se produire, mais se produit certainement.

C. La même dose de lait (1 litre et demi) combinée aux oignons crus (en poids 300 à 350 grammes par jour) et à la diète sèche, guérit très vite et sans accident.

Ce traitement, appliqué aux anasarques idiopathiques et aux ascites abdominales et expérimenté plusieurs fois, est arrivé toujours et promptement à un résultat décisif pleinement satisfaisant.

Ces heureux résultats du lait à haute dose, obtenus sur nos militaires malades, ont fait adopter plusieurs fois ce traitement dans les salles civiles de l'hôpital Saint-Jacques.

Je ne connais pas d'insuccès. (*Journal de médecine de Bordeaux*, octobre.)

Nous ne saurions partager complétement les idées de M. Artigues sur l'efficacité du traitement par le lait et les oignons crus.

D'abord, il s'agit de néphrites albumineuses aiguës survenues chez des soldats jeunes, vigoureux, sous l'influence momentanée du froid et de l'humidité. Dans ces circonstances, cette albuminurie aiguë est bien autrement bénigne que la néphrite albumineuse chronique survenant chez des sujets déjà âgés et épuisés par les privations ou de longues fatigues.

Peut-on appeler traitement par le lait à hautes doses l'administration d'un litre, un litre et demi et même deux litres de lait par jour? D'ailleurs, dans la première observation, on prescrivit au malade : « *Pectorale lactée*, 2 *litres ; deux laits sucrés ; potion avec nitre*, 2 *grammes ; oxymel scillitique*, 30 *grammes ; frictions avec* 100 *grammes de vinaigre scillitique*. »

Les deux autres furent soumis aux frictions avec 100 grammes de vinaigre scillitique ; il en fut de même du quatrième, qui prit en outre une potion nitrée à 2 grammes, qu'on porta ensuite à 6 grammes. Ne peut-on pas attribuer aux diurétiques les résultats attribués au lait? Sans doute, la diminution de l'anasarque n'a pas été observée le jour même ou le lendemain de leur administration ; mais les médicaments ne jouissent pas de propriétés telles que leur action doive être instantanée, et ne pourrait-on pas dire de la scille et de la digitale ce que M. Artigues dit du lait : « Leur action dans l'albuminurie est lente à se produire, mais se produit certainement? »

On ne saura véritablement l'action des médicaments qu'en les employant isolément. L'emploi du lait véritablement à haute dose pourrait être essayé de nouveau dans l'albuminurie ; mais les observations de M. Artigues ne nous paraissent pas jusqu'à présent pouvoir entraîner la conviction sur l'utilité du lait et de l'oignon crû, soit isolés, soit donnés réunis, comme nous l'avons vu faire à Paris à l'état de souper au lait à l'oignon.

Utilité de l'acétate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale, par M. Carlo Ambrosoli.

Dans le numéro de mai des Annali di medicina, le docteur Betoldi vanta l'acétate de potasse comme un excellent médicament pour combattre l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme et chez la femme. M. Carlo Ambrosoli (de Milan), après l'avoir employé sur un grand nombre de malades de son service, arrive aux conclusions suivantes :

1° L'acétate de potasse, administré à doses élevées et répétées, modifié par l'organisme et éliminé avec l'urine, guérit l'uréthrite aiguë et subaiguë. 100 grammes au moins doivent être employés pour obtenir quelque résultat ;

2° Les injections faites dans les blennorrhagies aiguës uréthrale, vaginale, utérine, etc., avec les solutions concentrées d'acétate de potasse, modifient la muqueuse, arrêtent les sécrétions morbides, mais ne sont pas préférables à celles d'alun, de tannin et de sulfate de zinc ;

3° L'acétate de potasse, très bien supporté par l'estomac, augmente notablement la sécrétion urinaire ;

4° Il est sans action sur l'uréthrite chronique ;

5° Son action est purement topique, et elle tient peut-être uniquement à ses propriétés diurétiques. (*Gazzetta medica lombardia*, 27 octobre 1862.)

Des corps gras comme antidote de l'empoisonnement par la strychnine, par M. RIENDERHOFF.

Les expériences de M. Blondlot dans l'empoisonnement par l'arsenic ont engagé M. Rienderhoff à essayer les corps gras comme antidote de la strychnine. Les animaux mis en expérience ont été une trentaine de chiens et de lapins.

Les conclusions de l'auteur peuvent se résumer ainsi :

1° L'absorption de la strychnine et de ses composés est empêchée par l'administration de la graisse, du beurre ou de l'huile. Les effets les plus marqués sont obtenus avec la graisse, les moins rapides avec l'huile. Le temps gagné dans la rémission des accidents peut permettre d'instituer un traitement régulier.

2° La présence de la graisse, du beurre ou de l'huile dans l'estomac retarde l'action de l'émétique. Il faut donc le donner à doses répétées et plus considérables, ou mieux faire usage de la pompe stomacale. On fera bien, dans ces circonstances, de laver, en quelque sorte, l'estomac en y injectant de l'huile. (*Archiv für die holländ. Beiträge zur Natur und Heilkunde*, 1862.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Der typische Frühsommer-Katarrh, oder das sogenannte Heufieber, *Heu-Asthma*, mit einer Tabelle, von PHILIPP PHOEBUS. In-8, Giessen, 1862. (*Le catarrhe d'été* (*Frühsommer* indique la première partie de l'été), ou *fièvre de foin*, *asthme de foin*, avec un tableau. In-8, par PHILIPP PHOEBUS. Giessen, 1862.)

On Asthma; Pathology and Treatment, by HENRY HYDE SALTER. In-8, London, John Churchill. (*De l'asthme; pathologie et traitement*, par HENRY HYDE SALTER. In-8, Londres, chez John Churchill.)

Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE n'ont peut-être pas oublié l'appel par nous adressé au public médical, à la prière de M. le docteur Phœbus (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 688), et invitant les médecins à adresser à notre confrère de Giessen les observations qu'ils pourraient avoir recueillies sur une maladie particulière dont il indiquait les principaux traits, et qu'il désignait sous le nom de *fièvre de foin* ou *catarrhe d'été*. M. Phœbus ne prétendait à l'invention ni du mot, ni de la chose. Ayant été appelé, comme il le raconte lui-même, auprès d'une personne de haut rang, atteinte d'une affection catarrhale de physionomie bizarre, dont il n'avait jamais vu d'autre exemple, il en fit le sujet de recherches bibliographiques et de cette enquête que nous rappelions à l'instant. Le produit de cette double investigation est, en ce moment, de *trente* mémoires ou notes sur le sujet en question, et de *cent cinquante-quatre* observations, dont onze ont été recueillies par l'auteur lui-même dans ses pérégrinations à travers l'Europe. De ces 154 cas, il en a choisi, pour sa monographie, comme étant les plus authentiques et les plus détaillés, 46, dont 14 sont depuis plus ou moins longtemps consignés dans la science et 32 lui ont été communiqués. Ce sont ces 46 observations qui forment les éléments du tableau annexé à l'ouvrage.

Les mémoires sont presque tous d'origine britannique; et à leur tête, par la date comme par la précision du récit, il convient de placer les deux qui appartiennent à Bostock : l'un remontant à plus de quarante ans, et contenant la relation d'un cas dont l'auteur lui-même est le sujet (*Case of a Periodical Affection of the Eyes and Chest*, in *Transact. of Med. and Surg. Soc. of London*, 1819, t. X, p. 1); l'autre, publié en 1828, est intitulé : OF THE CATARRHUS ÆSTIVUS, OR SUMMER CATARRH (*Ibid.*, t. XIV, p. 2). La description de Bostock, que nous avons consultée, renferme, nous le répétons, ce qu'il y a de plus caractéristique dans la maladie, et l'on pourrait le considérer comme l'instituteur de cette nouvelle forme syndromique, si lui-même ne prenait soin de rappeler quelques paroles significatives de Heberden sur ce sujet. Après ces deux travaux, parmi ceux qui sont déjà anciens, viennent le mémoire de Gordon (*London Med. Gaz.*, t. IV, 1829) et celui d'Elliotson (*London Med. Gaz.*, t. VIII, 1831). Parmi les médecins français, M. Phœbus cite principalement MM. Cazenave (*Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 630), L. Fleury (*De la maladie de foin*, in *Journal du Progrès*, 1859), Laforgue (Observation de *catarrhe d'été*, in *L'union médicale*, 1859), et l'auteur du présent article, qui a publié en 1860 deux observations de catarrhe d'été dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Enfin, en Allemagne, un travail de M. L. Alfter (*Die Kurmittel* zu Oeynhausen-Minden, 1855), est resté sans écho dans ce pays.

Dans notre article de la GAZETTE, après avoir défini la caractéristique de la maladie, nous ajoutions : « Nous n'hésitons pas à dire que tous les pays d'Europe pourront fournir un contingent aux documents sollicités par notre savant confrère de Giessen, et que, en France notamment, bon nombre de médecins n'auront pour cela qu'à faire un retour sur leur propre pratique. » En effet, des documents sont arrivés de partout, voire de la Chine! Cette abondance de faits, alors même qu'il en faudrait distraire un certain nombre comme mal caractérisés, a une signification que nous tenons à faire ressortir. « Encore une nouvelle maladie, et, qui plus est, d'importation étrangère! » se hâte-t-on de dire, non sans humeur, quand d'Angleterre ou d'Allemagne arrive quelque vue susceptible de déranger la nosologie classique. Que la nouveauté vienne de Londres, de Pékin ou de Paris, il importe peu; mais en réalité, cette nouveauté n'est presque jamais, si on osait le dire, qu'une *reprise*; elle n'est que l'exhumation et l'étude plus directe et plus approfondie de certains groupes de phénomènes souvent observés, mais dont on n'avait pas assez reconnu le lien commun, et qu'on avait l'habitude de fondre vaguement dans la description de quelque état morbide plus général. Cela est maintenant évident pour ce qui concerne le catarrhe d'été. Est-ce là une mauvaise tendance, une tendance funeste à la pratique, comme on cherche quelquefois à le faire croire? Non, certes; et sans méconnaître les inconvénients de l'abus, sans vouloir refaire Sauvages, nous tenons qu'il est tout à fait dans l'intérêt de la clinique de découper, dans les grandes formes nosologiques, dans les formes complexes, des groupes de symptômes évidemment connexes, formant des parties distinctes dans le tout morbide, ayant une étiologie, une caractéristique et une thérapeutique spéciales. Dans la circonstance, il s'agit de détacher de la forme générale *coryza*, *bronchite*, *catarrhe*, *asthme*, un ensemble restreint de symptômes, se présentant avec une physionomie toute particulière, d'accord avec les conditions étiologiques qui la déterminent, et posant des indications thérapeutiques corrélatives.

Voyons maintenant comment cette spécification est légitimée par l'histoire même de la maladie, et commençons par la symptomatologie, pour qu'on sache d'abord clairement de quoi il s'agit.

M. Phœbus divise les symptômes en six catégories, suivant qu'ils portent de préférence sur les narines, les yeux, la cavité bucco-pharyngienne, la tête, le thorax ou la généralité de l'économie. C'est ce qu'il désigne sous les noms de *groupe nasal*, *groupe ophthalmique*, etc. (*Nasengruppe*, *Augengruppe*, etc.). Les symptômes de la première catégorie sont ceux du coryza, mais d'un coryza qui se distingue par sa longue durée, par la prédominance des éternuments et une abondance quelquefois excessive du flux nasal. Un de nos collaborateurs, M. Charcot, nous a raconté qu'un de ses clients, atteint du catarrhe d'été (c'était au mois de juin), avait littéralement *trempé* deux douzaines de mouchoirs dans le trajet de Vienne à Paris, en train *express*. (Pour le dire en passant, un célèbre praticien enlevé à la science il y a peu d'années s'étonnait du caractère insolite comme de l'opiniâtreté du mal, et ce fut la famille et le malade lui-même qui durent lui enseigner ce que les gens du monde, en Angleterre, savent depuis longtemps à cet égard.) — Du côté de l'appareil oculaire, on observe les signes de

l'ophthalmie catarrhale; la sécrétion lacrymale est très abondante, et les yeux sont le siége de picotements. — Du côté du pharynx, symptômes de l'angine catarrhale, ordinairement légers. — Il existe de la céphalalgie, des douleurs nerveuses dans le front et la face, parfois même une névralgie bien localisée, des picotements du visage et du menton, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des signes de congestion vers la tête, n'ayant pourtant jamais abouti à l'apoplexie. — Les accidents thoraciques accusent un léger catarrhe laryngo-bronchique, dans lequel la dyspnée, une toux sèche et spasmodique, sont quelquefois d'une intensité remarquable. — Enfin, l'état général unit aux symptômes de la fièvre catarrhale, avec douleurs rhumatoïdes, une grande excitabilité générale, et parfois des démangeaisons le long du dos. D'ordinaire la nuit est calme.

La maladie commence habituellement dans la seconde moitié de mai ou les premiers jours de juin; elle dure en moyenne trois mois, offrant des alternatives d'exacerbation et de rémission, celle-ci ne manquant guère d'arriver quand *le temps est humide et modérément chaud, l'air tranquille et le ciel couvert*. Presque toujours les mêmes accidents se répètent d'année en année, à la même époque, formant ainsi une succession d'*accès annuels*, dont le premier est souvent moins intense et moins complet que les suivants. Presque constamment les accès ne disparaissent qu'avec la vie; seulement leur intensité et leur durée diminuent à mesure qu'on avance en âge.

En tête des *causes* de la maladie, il faut placer (et M. Phoebus a raison d'insister sur ce point) la *prédisposition*. En effet, le premier accès ne se déclare, chez l'immense majorité des sujets, que dans la seconde enfance ou la jeunese. Sur 22 cas, dans lesquels l'époque précise du début, relativement à l'âge, a été indiqué, ce début a eu lieu 1 fois à cinq ans, 10 fois de six à dix ans, 7 fois de vingt et un à vingt-cinq ans, et 4 fois de trente-six à quarante ans. Ainsi on n'en connait pas d'exemple jusqu'ici au delà de la quarantaine. En second lieu, les conditions extérieures au milieu desquelles se développe la maladie sont très générales, tandis que le nombre des individus atteints est relativement peu élevé, et ceux qui le sont une fois le sont pour une grande partie de leur carrière : double motif de présumer une disposition spéciale de l'organisme. Cette disposition, en quoi consiste-t-elle? Elle est complexe; elle porte à la fois sur les membranes muqueuses et sur le système nerveux; elle frappe de préférence, en d'autres termes, les individus lymphatiques, sujets à l'humidité de la muqueuse respiratoire, et qui en même temps sont doués d'une *nervosité* prédominante, comme le constatent bon nombre des observations rassemblées par M. Phoebus. Nous pouvons ajouter que des deux malades dont nous avons rapporté l'histoire l'un était d'un tempérament très nerveux, et fréquemment enchifrené, et l'autre lymphatique et sujet au rhume. Le client de M. Charcot offre également une grande susceptibilité nerveuse; chez lui, la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, les gencives, présentent, même dans les intervalles des accès, une teinte rouge sombre, sur laquelle se dessinent, au niveau du voile du palais, d'abondantes granulations analogues aux vésicules d'un eczéma naissant; et la membrane conjonctivale s'injecte sous les influences les plus légères. M. Phoebus va plus loin. Il affirme que cette classe de malades compte fréquemment parmi les ascendants des personnes très sujettes à la fois au catarrhe bronchique et à diverses affections nerveuses; et le plus souvent (36 fois sur 59) c'était du catarrhe d'été lui-même qu'avaient été atteints les ascendants. Une présomption en faveur de l'influence du tempérament nerveux peut se tirer, quoique moins sûrement, de ce fait que la maladie se rencontre surtout dans la classe aisée et instruite. L'auteur s'arrête avec une certaine prédilection à cette vue, et prend même la peine de dresser un tableau dans lequel on compte 20 *nobles* contre 48 *bourgeois*, ce qui est une proportion considérable en faveur de l'aristocratie, la classe bourgeoise étant, pour son malheur, beaucoup plus nombreuse que la classe noble. Par contre, il faut remarquer que sur 154 cas la maladie a porté 50 fois seulement sur la femme et 104 fois sur l'homme, qui ne passe pas pour être d'ordinaire la moitié la plus *nerveuse* du ménage.

Nous avons déjà dit ce que l'observation avait appris relativement à l'*âge* et au *sexe*. La *contagion* ne parait avoir joué aucun rôle. Quant à l'influence des lieux, influence inconnue dans sa nature, elle s'exerce ou du moins se distribue, comme nous l'avons déjà indiqué, autrement qu'on ne l'avait cru d'abord. Pendant longtemps la maladie avait passé pour appartenir spécialement à l'Angleterre. L'observation de M. Cazenave, en France, était restée isolée; celle d'Alfter, en Allemagne, ne contredisait pas l'opinion courante, car le sujet était anglais. Or, M. Phoebus a constaté que, sur 152 sujets atteints, 78 vivaient habituellement dans la Grande-Bretagne, 36 en Allemagne, 15 en France, 8 en Belgique, 6 en Suisse, 2 en Écosse, 1 en Italie, 1 en Russie, 1 en Danemark, 1 en Hongrie, 1 en Chine, 1 à Bombay, 1 à Madras. Que si l'on considère, non plus le séjour habituel, mais la patrie, le rapport change, et l'on compte 81 Anglais, 36 Allemands, 17 Français, 7 Belges, 4 Suisses, 3 Écossais, 1 Russe, 1 Irlandais et 1 Américain du Nord. Pas un Italien, ni un Hongrois, ni un Chinois. Ces documents, que nous n'avons pas voulu passer sous silence, sont jusqu'à présent plus curieux qu'instructifs. On peut seulement en induire que la répétition annuelle des accès peut avoir lieu dans les contrées les plus diverses, bien que, dans un certain nombre de cas, le passage d'un pays froid à un pays chaud a produit un amendement ou même la cessation entière des accès.

Il ne s'agit jusqu'à présent que des causes indirectes de la maladie; mais quelle est la cause directe, la cause déterminante *des accès?* Le peuple et certains médecins, surtout en Angleterre, la placent dans l'action des odeurs et poussières végétales, plus spécialement dans les émanations du foin, soit nouveau, soit en bottes; et il est à remarquer que l'odeur du foin provoque des maux de tête, des maux d'yeux, et parfois un léger coryza, même chez les personnes exemptes du catarrhe d'été; elle pourrait aller jusqu'à déterminer de véritables accès d'asthme, au dire de Salter. L'*herbe fraiche*, en général, a été aussi incriminée. Les Anglais accusent surtout l'*Anthoxanthum odoratum* de Linné (*sweet scented grass*); les Allemands, le seigle en fleur; quelques-uns, le *Lolium perenne* (*Raigrass* des Anglais); d'autres, le *Phleum*, l'*Alopecurus*, l'*Agrostis*, etc. Malgré tout, nous nous étions hasardé à dire, il y a deux ans, que l'action attribuée au foin était sans doute fort exagérée; M. Phoebus est de cet avis. Il regarde l'influence du seigle, du foin ou de tout autre gramen odorant comme plus propre à exaspérer un catarrhe d'été déjà existant qu'à le faire naître; et l'observation montre que la maladie était déjà établie au moment où ce genre d'influence a pu s'exercer. A l'auteur comme à nous, les premières chaleurs de l'année, coïncidant, en raison de la longueur des jours, avec une action plus prolongée de la lumière, paraissent être la condition principale du développement du catarrhe d'été, lequel subit ensuite des variations d'intensité en rapport, d'un côté, avec le plus ou moins d'activité des influences mêmes qui ont produit la maladie, et, de l'autre, avec les conditions météorologiques qui agissent sur le catarrhe ordinaire. L'auteur dit avoir constaté que le froid, les vents aigres, la sécheresse, une lumière brillante et les *affections psychiques* sont susceptibles d'amener des exacerbations. Quant à ce qui est spécialement de l'action des plantes, il la place principalement dans celles qui contiennent beaucoup de *pollen*, comme le seigle, ou qui répandent une odeur forte, comme le foin sec. Les roses et d'autres fleurs odorantes, les algues produiraient selon lui, quoique plus rarement, des effets analogues.

On le voit maintenant, le catarrhe d'été est une forme morbide spéciale née de circonstances spéciales, caractérisée par des symptômes spéciaux, lesquels s'enchaînent dans un certain ordre et suivent une certaine marche. Dans un chapitre que nous ne pourrions analyser sans allonger outre mesure cet article,

Digitized by Google

l'auteur s'applique à différencier cette maladie de celles qui offrent des symptômes communs (bronchite et asthme ordinaires), ou de celles que déterminent différentes odeurs ou poussières (térébenthine ; odeurs de certains animaux, tels que le chat et le lapin ; ipécacuanha ; poussière commune), et qui se distinguent notamment du catarrhe d'été en ce qu'elles ne sont pas *annuelles* (1). Que si l'on a vu d'autres maladies affectant le type annuel, l'ophthalmie, par exemple (J. J. Cazenave), elles n'offraient pas la caractéristique du catarrhe d'été. Qu'est-ce donc, en définitive, que ce catarrhe? M. Phœbus, sans entrer plus avant que nous n'avons voulu le faire nous-même dans la question pathogénique, adhère à cette opinion, ou plutôt à cette simple remarque, consignée dans notre article : que la maladie est constituée par la réunion de deux éléments, un élément catarrhal et un élément spasmodique. On jugera par ce que nous avons dit au chapitre des symptômes et à celui des causes si cette conclusion est légitime (2).

Le chapitre relatif au traitement a un défaut, dont l'excuse est dans la position en quelque sorte neutre où l'auteur s'est trouvé à l'égard de l'immense majorité des observations qu'il a rassemblées. Ces observations, prises de toutes mains, n'ont pu lui donner ce qu'il eût trouvé dans une expérience personnelle plus étendue : une opinion arrêtée sur la valeur des divers modes de traitement. Ce chapitre n'est qu'un exposé des moyens thérapeutiques recommandés par les auteurs, et où l'on voit figurer l'hydrothérapie, la quinine, le sulfate de fer, les eaux minérales ferrugineuses, la belladone, l'arsenic. Nous ne sommes pas en mesure de suppléer à ce manque d'appréciation, et nous nous bornerons à dire que, si un nouveau cas de ce genre tombait entre nos mains, nous emploierions de préférence (parce qu'un de nos clients s'en est très bien trouvé) le quinquina en poudre et la belladone à l'intérieur, des injections avec une solution *faible* de nitrate d'argent dans les narines aux approches du mois de mai, réserve faite des indications fournies par l'état fébrile.

Nous terminerons par l'expression d'un regret, c'est que M. Phœbus n'ait pas jugé à propos de reproduire un certain nombre d'observations détaillées. Avec cette lacune et un peu de subtilité apportée dans l'exposition didactique du sujet, il s'expose à ce que, même après lecture attentive de sa très intéressante monographie, on n'ait pas encore une idée bien nette de la physionomie du catarrhe d'été, si l'on n'a pas eu occasion de l'étudier soi-même.

Nous rendrons compte prochainement de l'ouvrage de M. Salter.

A. Dechambre.

VII

VARIÉTÉS.

La statue d'Esquirol sera inaugurée le samedi 22 novembre à une heure, à la Maison impériale de Charenton. (Voy. *Acad. de méd.* p. 748.)

— Hôpital de la Pitié. — Le docteur G. Sée commencera le mardi 25 novembre, à neuf heures et demie, à l'hôpital de la Pitié, et continuera les mardis suivants, des leçons sur la pathologie et la physiologie expérimentale du poumon. — Tous les samedis, à huit heures et demie, auront lieu les conférences cliniques.

— Hôpital des Enfants. — M. Henri Roger commencera, samedi 22 novembre, le cours clinique des maladies des enfants, et le continuera les mercredis et samedis suivants. Visite des malades à huit heures ; conférence clinique à neuf heures.

— *Cours de pathologie interne et d'histoire de la médecine.* — M. Bouchut commencera ce cours le jeudi 27 novembre, à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Les jeudis et samedis seront consacrés à la pathologie interne. Le mardi aura lieu la leçon sur l'histoire de la médecine.

— Par arrêté du 17 novembre, M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé en outre directeur du musée d'anatomie pathologique de cette ville, en remplacement de M. Ehrmann, dont la démission pour cette fonction est acceptée.

— MM. les docteurs Tahère, Castagné et Vaudeville ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés du 12 novembre, M. Boucher, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de Dijon, est nommé professeur de pathologie interne à la même École, en remplacement de M. Fortoul, dont la démission est acceptée. — M. de Schacken, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Nancy, est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à la même École, en remplacement de M. Parisot, appelé à d'autres fonctions.

— La Faculté de médecine a dressé la liste de présentation des candidats à la chaire de clinique d'accouchement, ils ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Depaul, Pajot, Blot.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée le mercredi 12 novembre, à une heure, sous la présidence de M. Bussy.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

On the Pathological Elements of General Paresis, or Paresifying Mental Disease (Paralysie générale), par le docteur *Ernst Salomon*, extrait de *The Journal of Mental Science*, octobre 1862. In-8 de 24 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

Études sur la dysentérie aux points de vue de l'étiologie, de la nature et du traitement, suivies de considérations générales sur toute une classe de maladies, les septicémies ou maladies par empoisonnement du sang, par le docteur *Danis*. In-8 de 108 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Leçons de clinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introduction de M. le professeur *Trousseau*, ouvrage traduit et annoté par le docteur *Jaccoud*. 2e édition, revue et corrigée. 2 vol. Paris, Adrien Delahaye. 20 fr.
Le tome Ier seul a paru, le tome II paraîtra très prochainement.

Théorie de la vision normale et sa conséquence, la vision interne ou l'esprit, par le docteur *Adrien Lerondeau*. In-8 de 100 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Éléments de pathologie médicale, par le docteur *A. P. Requin*. Tome IV, comprenant : *Notice sur Requin*, par M. *Vitet*, de l'Académie française ; — *Pyrexies*, par les docteurs *Requin* et *Charcot* ; — *Névroses*, par le docteur *Axenfeld*. — et *Maladies mentales*, par le docteur *Brierre de Boismont*. 1 fort vol. in-8 de 784 pages. Paris, Germer Baillière. 8 fr.

Mémoire sur les causes des taches de la cornée, par le docteur *Castorani*. Brochure in-8 de 14 pages. Paris, Germer Baillière. 75 c.

Cours de médecine populaire, par *Manuel Chaun*. Livraisons 1 et 2. Paris, J.-B. Baillière et fils. Prix de chaque livraison. 2 fr.

PRIX D'ABONNEMENT POUR LES PAYS ÉTRANGERS, PAR LA POSTE, A LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

	Par année.	
Portugal, Suisse	25	»
Italie	26	»
Angleterre, Espagne, Égypte et Turquie, Grèce, Pays-Bas	27	»
Autriche, Bade, Bavière, Belgique, Danemark, Hanovre, Hesse, Villes libres, Pologne, Prusse, Russie, Saxe, Suède	28	»
Australie, Canada, Colonies, Cuba, États-Unis, Mexique, Nouvelle-Grenade (voie anglaise)	29	»
Asie, Brésil, Chine, Cochinchine, Inde, Réunion, Moldavie	31	»
États-Romains	34	»
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36	»

(1) M. Phœbus a reçu de Thomas Wilson communication de l'histoire d'une maladie que celui-ci désigne sous le nom de *Larch Fever* (*fièvre de mélèze ou de sapin*).

(2) Dans le t. IV (qui vient de paraître) du *Traité de pathologie* de Requin, le terme *Harvest fever* (fièvre de moisson), qui se trouve dans le *Great Medical Dictionary* de Dunglison, est présenté comme répondant à notre *synoque bilieuse*. Ne serait-ce pas simplement le synonyme du *Hay-Fever* de Bostock? C'est une question que nous nous bornons à poser.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. PARIS, 28 NOVEMBRE 1862. N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Décret impérial. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Quelques explications de la *Gazette hebdomadaire*. — Blessure de Garibaldi ; extraction de la balle. Nouvelle sonde exploratrice. — Nouvel instrument pour reconnaître les corps métalliques engagés dans les chairs. — Académie de médecine : Question des eaux potables. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Embolie de l'infundibulum du ventricule droit et de l'artère pulmonaire (fracture comminutive de la jambe droite). — Rapport fait à la Société anatomique. — III. **Correspondance.** De l'érysipèle; statistique. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Carie de l'extrémité inférieure du cubitus gauche ; résection ; carie consécutive des os du poignet. — Vésicatoires volants appliqués sur les paupières dans les inflammations oculaires. — Polypes muqueux des fosses nasales ; extirpation. — VI. **Bibliographie.** Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris. — VII. **Variétés.** Inauguration de la statue d'Esquirol. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 25 novembre 1862, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. DEPAUL, docteur en médecine, a été nommé professeur titulaire de la chaire de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le baron Paul Dubois, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 27 novembre 1862.

QUELQUES EXPLICATIONS DE LA *Gazette hebdomadaire*. — BLESSURE DE GARIBALDI ; EXTRACTION DE LA BALLE ; NOUVELLE SONDE EXPLORATRICE. NOUVEL INSTRUMENT POUR RECONNAITRE LES CORPS MÉTALLIQUES ENGAGÉS DANS LES CHAIRS. — *Académie de medecine* : QUESTION DES EAUX POTABLES.

La note que nous avons publiée (n° 47, p. 737), au sujet de la séance annuelle de la Faculté de médecine, a suscité trop de commentaires, lundi à la cérémonie de l'inauguration de la statue d'Esquirol, et mardi dans les couloirs de l'Académie de médecine ; il a été dit trop haut que cette note, portant la signature du rédacteur en chef, lui avait été ou inspirée, ou communiquée par l'Administration, pour que nous puissions nous dispenser de consacrer à de nettes explications un peu du temps et de l'espace que nous aimons à réserver pour les questions scientifiques. Aussi bien, nous ne sommes pas fâché d'avoir une fois à caractériser cette situation *officielle* de la GAZETTE HEBDOMADAIRE qui l'expose à de si intelligentes et de si flatteuses appréciations.

En 1854, M. Fortoul, ministre de l'instruction publique et des cultes, trouva bon que les décrets, arrêtés, circulaires et instructions concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine, fussent portés officiellement à la connaissance du public médical par une feuille spéciale, et, sur la proposition de M. le doyen P. Dubois, à qui nous en garderons toujours reconnaissance (1), cet office fut dévolu, par un arrêté ministériel du 28 juin, à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui venait d'être fondée. C'était assurément pour elle un grand honneur ; ce n'était pas un privilége ; car les documents administratifs ne lui étaient communiqués qu'après leur insertion au JOURNAL GÉNÉRAL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, où tous nos collègues de la presse pouvaient les aller prendre comme nous. Le but du ministre avait été d'avoir par la GAZETTE, non pas une publication prompte, mais simplement une publication assurée et authentique. En faisant part de cette nouvelle à nos lecteurs dans le numéro du 30 juin, nous leur donnions l'assurance que notre « spontanéité » et notre « indépendance » restaient entières. Quelques jours après, nous faisions très explicitement les mêmes réserves devant le comité de professeurs institué près le journal comme garantie de bonne tenue et de dignité ; et nous nous faisons un bonheur de reconnaître qu'il nous fut répondu par un assentiment unanime.

Quelle fut depuis lors notre attitude vis-à-vis de l'Administration, comme organe officiel ; vis à-vis de la Faculté, comme organe de science pourvu d'un comité ?

Dès le mois de novembre de la même année, six mois seulement après l'arrêté, sur les indications d'un haut fonctionnaire, nous crûmes pouvoir annoncer que l'Administration étendrait aux élèves en *cours d'étude* l'application du décret du 22 mars 1854, portant modification des rétributions obligatoires pour le doctorat en médecine. De là, parmi les élèves

(1) Quelques personnes ont voulu voir ce qu'on appelle un mauvais compliment dans l'allusion que nous avons faite à l'ovation décernée par les élèves à M. P. Dubois, doyen honoraire. Notre seule pensée a été que ces applaudissements, comme ceux qui ont accueilli M. Cruveilhier, ou les princes d'Orléans, n'étaient, par leur vivacité même, qu'une marque d'hostilité contre le doyen actuel, et que ces *idoles* du jour avaient l'esprit trop haut pour y avoir été plus sensibles qu'aux manifestations malveillantes d'une autre époque. A. D.

une agitation qui se traduisit, à la séance de rentrée, par les procédés connus dont on vient de voir un nouveau spécimen. Le ministre s'étant ému, le fonctionnaire dont il s'agit se retrancha sur le caractère prétendu confidentiel de sa conversation avec nous. *Communiqué* adressé à la Gazette pour démentir sa note. Démission immédiate de la Gazette comme journal officiel. Appel de l'éditeur et du rédacteur en chef au Ministère. Conclusion : non-insertion du *communiqué*, et insertion d'une note rédigée par l'auteur du présent article et ainsi conçue (t. Ier, p. 1053) : « Pour éviter à l'avenir toute cause d'erreur dans les indications des actes officiels qui peuvent intéresser l'enseignement médical, la Gazette hebdomadaire a été autorisée à recevoir désormais ses communications du cabinet de Son Excellence le ministre de l'instruction publique. » C'était le désaveu du fonctionnaire, qui ne nous l'a pas pardonné.

Cet incident nous a-t-il rattaché plus étroitement à l'Administration? Tout au contraire, depuis cette époque, nous n'avons *ni reçu, ni demandé*, nous ne disons pas un mot d'ordre, une règle quelconque de conduite, une instruction, un signe, mais même aucune communication de documents qui ne fût en même temps, par le *Moniteur*, par le *Journal de l'Instruction*, par toutes les feuilles politiques, à la disposition des autres journaux de médecine ; et un simple avis relatif à l'impression des thèses inaugurales, inséré il y a six semaines (nº 45, p. 706), est le seul dont nous ayons eu, en huit ans, le privilége. Notre servilité, comme on voit, est à bon marché, et ce serait l'instant peut-être d'en profiter pour qui voudrait l'essayer. Il est vrai que nous ne discutons pas les décrets, non plus que les arrêtés ministériels ; mais nous allons, sur cela, de pair avec tous nos collègues, qui plient avec nous et comme nous sous le joug de la loi. *Comme nous*, c'est trop dire peut-être ; car, dans les limites de la tolérance administrative, nous ne croyons pas que tous soient allés aussi loin que nous. Il nous sera permis de rappeler, à titre d'exemple, la question des chaires de spécialités, au sujet de laquelle nous avons prêté appui à la Faculté contre les tendances d'en haut.

Quant à la position personnelle que la Gazette a su garder vis-à-vis de la Faculté elle-même, nous n'en dirons qu'un mot. Qu'on oublie tout ce que nous avons écrit, tout ce qu'ont écrit nos collaborateurs; qu'on veuille bien seulement se renseigner auprès de MM. les professeurs eux-mêmes, membres ou non du *comité* (qui n'a jamais fonctionné) ; si nous appréhendons quelque chose, c'est que plusieurs d'entre eux n'aient pas assez vu, à travers notre liberté d'opinion en tout genre, la haute déférence que nous n'avons jamais refusée à leur position, à leur mérite et à leurs services.

Voilà pour le passé. Nous n'y avons pas été, dans les circonstances présentes, et nous n'y serons jamais, infidèles. Quand M. Rayer fut élevé du même coup au professorat et au décanat, bridé comme tout le monde sur la question du régime intérieur de la Faculté, nous nous sommes borné à saluer en notre confrère une des plus hautes personnifications de la science, et plus spécialement le représentant d'idées scientifiques qui nous sont chères. Veut-on nous le faire dire ? Nous aurions préféré que les rênes de la Faculté fussent remises entre les mains de M. Rayer, sans changement dans les attributions du décanat. Nous avons confiance que son autorité, sa capacité, sa modération, fussent venues à bout des grosses difficultés. Mais, encore une fois, cet ordre de questions nous était fermé, et nous n'avons pas cru devoir enterrer l'intérêt de la science dans la même fosse que l'intérêt administratif.

C'est sous l'empire du même sentiment que nous avons défendu M. Rayer contre des manifestations inqualifiables, dans l'article qui a excité tant d'émotion, et où l'on a cru voir nous ne savons quelles menaces contre l'École. Comme nous braverions plus tranquillement, si elle était assez injuste pour se produire, l'animosité d'un corps dans lequel nous comptons bon nombre d'amis, que le soupçon d'une indigne faiblesse, nous déclarons, non pas que nous assumons la responsabilité de notre article, — formule banale et insidieuse, — mais que cet article émane tout entier, fond et forme, de celui qui l'a signé ; que pas un mot n'en a été ni dicté, ni suggéré, de près ou de loin ; que, *avant comme après l'incident, jusqu'à l'heure où nous écrivons*, nous n'avons vu ni M. Rayer, ni aucune des personnes dont on a pu soupçonner la main cachée. La phrase incriminée exprime, non pas pour la conjoncture seulement, mais pour toutes les conjonctures semblables (comme les termes en font foi), une opinion..., non, un sentiment, qui peut être faux, mais qui est sincère et profondément enraciné ; c'est qu'une insulte faite publiquement par des élèves à la robe du doyen, quel qu'en soit le prétexte, éclabousse la Faculté tout entière, c'est-à-dire la science, l'autorité, la discipline ; que, s'il était une Faculté qui crût avoir des griefs contre son doyen, il est un moment au moins où elle devrait l'oublier, et c'est le moment de l'injure ; qu'en se taisant, enfin, elle livre à la foule un sujet d'interprétations malignes et un encouragement à l'insubordination. Il y a quelques semaines, tous les journaux ont retenti des scènes d'Anvers. L'opposition du conseil municipal venait, après de violents débats, de donner sa démission ; le bourgmestre avait été poursuivi jusqu'à son domicile par les huées de la multitude. Que firent les *démissionnaires*? Ils se rendirent en corps chez le bourgmestre pour protester au nom de l'honneur municipal. Voilà notre principe ; principe que nous n'avons pas appliqué plus à la Faculté de 1862 qu'à celle de 1854 ou de 1830, mais sous lequel nous rangeons toutes les Facultés du monde. Qui a dit après tout que la Faculté de Paris fût à l'égard du doyen actuel dans la même situation que le conseil d'Anvers à l'égard de son premier magistrat? Ce n'est pas nous. La Faculté n'a pas agi autrement cette année que les années antérieures. Si elle avait aujourd'hui quelque injure particulière à venger, si elle se sentait sérieusement atteinte dans sa considération, elle le témoignerait autrement. Une révolte muette n'irait pas à sa dignité. On peut espérer, du reste, qu'elle se montrera indulgente aux interprétations, si elle daigne abaisser les yeux jusqu'à nous, et considérer que, par ce temps d'indépendance et de moralisation, un journal n'a pu parler librement dans une affaire délicate sans passer pour le lâche instrument d'une remontrance anonyme.

A. Dechambre.

L'impartialité en matière scientifique, qui est une forme de l'honnêteté, et qui, à ce titre, ne connaît pas de nationalités, nous avait commandé de donner place, après le rapport de M. Nélaton sur la blessure de Garibaldi, au rapport contradictoire de MM. Partridge et Pirogoff. Nous n'en sommes pas moins heureux et moins fier d'avoir à constater aujourd'hui le triomphe du chirurgien français. La balle a été extraite de la blessure par le docteur Zanetti, dit-on, et sa présence y avait été antérieurement constatée de la façon la

plus positive à l'aide de la sonde de porcelaine rugueuse que M. Nélaton a imaginée et envoyée en Italie. L'instrument s'est chargé de taches de plomb, dont la nature a été mise hors de doute par les réactifs chimiques. Du reste, M. Nélaton lui-même a fait, ces jours derniers, l'exhibition de sa sonde à la Clinique, et rendu ses élèves témoins des services qu'elle peut rendre dans les cas de ce genre (voir le dessin, p. 761).

On sait aussi qu'un professeur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille, M. Favre, a envoyé à l'Académie des sciences (séance du 10 novembre) la description d'un instrument qui permet de décider si un corps étranger engagé dans les chairs est ou non de nature métallique. Comme la note de M. Favre est à peine mentionnée dans les COMPTES RENDUS de l'Académie, nous empruntons à M. Figuier (journal *la France*, n° du 23 novembre) le récit de deux expériences auxquelles il a pu assister, grâce à l'obligeance de MM. Gavarret et Nélaton.

La nouvelle sonde exploratrice est en ivoire; elle contient, dans son intérieur, deux fils métalliques séparés et isolés l'un de l'autre par un mastic non conducteur de l'électricité. Les deux bouts, ou extrémités de ces fils métalliques, font une légère saillie à l'extrémité de la sonde, de manière à pouvoir toucher le corps étranger retenu dans la plaie. Les physiciens devinent tout de suite le reste. Si, dans ces deux fils, on fait passer un courant électrique, à l'aide d'une pile d'une faible intensité, et que les deux extrémités libres de la sonde soient mises en contact avec le corps étranger logé dans la plaie, il sera facile de prononcer sur la nature du corps interposé entre les deux pointes terminales de la sonde. En effet, si ce corps est métallique, si c'est une balle de plomb ou un éclat de bombe, le courant électrique passera à travers tout ce système, grâce au métal qui, par sa conductibilité, livre passage au courant.

Si le corps étranger n'est point métallique, si c'est une esquille osseuse, un éclat de bois, un caillot de sang durci, etc., il ne donnera point passage, en raison de sa mauvaise conductibilité, à l'électricité, et le courant électrique ne circulera pas dans ce système.

Mais comment reconnaître que le courant électrique circule ou non dans la sonde et les fils qui lui font suite? Rien de plus simple. Il suffit d'interposer sur le trajet du courant un *galvanomètre*, c'est-à-dire d'attacher à l'un et à l'autre fil du galvanomètre les fils conducteurs de la pile, de manière que le courant émané de cette pile soit forcé de traverser le galvanomètre. Grâce à cette disposition, l'existence du courant électrique dans la sonde exploratrice sera immédiatement décelée aux yeux de l'observateur par la brusque et subite déviation de l'aiguille aimantée du galvanomètre.

Tel est le phénomène dont M. Gavarret nous a rendu témoin chez M. Ruhmkorff.

...Dans le petit essai dont il nous reste à parler, M. Nélaton a figuré artificiellement sous nos yeux la blessure du général Garibaldi. Sur le pied humain qui servait à cette expérience, il a pratiqué une incision au niveau du bord antérieur de la malléole interne, et pratiqué une petite couronne de trépan pour percer l'os et arriver jusqu'à l'astragale, à l'effet d'imiter le trajet transversal d'une balle qui pénétrerait violemment dans cette partie. Par ce canal artificiel, on a introduit une balle de plomb, qui, passant sous les tendons extenseurs du pied, est venue se loger sous la peau, à la partie antérieure du pied, dans un espace qui est situé au-devant de l'astragale.

Les choses étant ainsi disposées, on a mis les fils qui traversent la sonde exploratrice en contact avec les fils d'un petit couple voltaïque et en rapport avec le galvanomètre; enfin on a introduit dans la plaie l'extrémité libre de la sonde. Quand la sonde touchait les parties molles, les os, les muscles, etc., l'aiguille du galvanomètre demeurait immobile; mais dès qu'elle rencontrait la balle de plomb, aussitôt une brusque déviation de l'aiguille aimantée signalait au dehors la présence du corps métallique engagé dans les chairs.

M. Nélaton nous a montré enfin que la sonde, mise en contact, dans l'intérieur de la plaie, avec de l'eau, de la salive ou du pus, ne donne lieu à aucune déviation de l'aiguille du galvanomètre.

Voilà, sans doute, un moyen de diagnostic un peu compliqué, et nous ne prétendons pas qu'il doive passer dans la pratique journalière; mais n'est-ce pas déjà beaucoup qu'il puisse éclairer le diagnostic dans certains cas exceptionnels? A. D.

C'est avec un nouveau bonheur et une émotion nouvelle que nous avons entendu pour la seconde fois, mardi, à l'Académie de médecine, le discours que M. Baillarger avait prononcé, samedi dernier, à l'inauguration de la statue d'Esquirol. A l'Académie, comme à Charenton, ces belles et nobles paroles ont été écoutées avec une religieuse attention et accueillies par des applaudissements empressés. Ici comme là, on a voulu prouver, en s'associant aux sentiments exprimés par un de ses plus dignes élèves, que la mémoire d'un maître illustre, d'un collègue éminent et d'un homme de bien vivait encore dans tous les cœurs.

Puis M. Poggiale est monté à la tribune pour achever la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Lefort, concernant les eaux potables. Nous n'avons pu nous défendre d'un petit mouvement de satisfaction en voyant que les opinions développées par M. Lefort et confirmées par M. Poggiale, étaient d'accord de tous points avec celles que nous avons soutenues nous-même dans ce journal. — Nécessité d'une eau toujours limpide, fraîche en été, tempérée en hiver, pour les usages hygiéniques; inconvénients et dangers des eaux troubles, souillées par des matières organiques et variables dans leur température; répugnance des populations pour les eaux troubles et chaudes; leur prédilection pour les eaux pures et fraîches; variations des eaux de rivière sous le rapport de la température et de la limpidité, suivant les saisons, l'état de l'atmosphère, le nombre des affluents, la nature des terrains traversés, etc.; impureté notoire des eaux de la Seine en aval de Paris; leur prompte et facile altération dans les réservoirs; imperfections et insuffisance des procédés de rafraîchissement et de filtrage connus jusqu'à ce jour; impossibilité de rafraîchir et de filtrer les grandes masses d'eau destinées à l'alimentation des villes; condamnation des galeries filtrantes appliquées à la purification de l'eau de la Seine; inconvénients des filtres domestiques qui dépouillent l'eau de l'acide carbonique et d'une grande partie de l'air qu'elle renferme; supériorité des eaux de source au point de vue des propriétés physiques; limpidité parfaite et température constante de ces eaux; facilité avec laquelle elles absorbent, au contact de l'air, les quantités d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique que réclame une bonne hygiène; importance et utilité de certains sels et notamment du bicarbonate de chaux, à dose normale (de 5 à 15 centigrammes) dans les eaux potables; rôle essentiel que joue cette substance dans les phénomènes de nutrition et dans le travail de l'ossification; excellence des eaux de source, émergeant des terrains crayeux, convenablement aérées par un contact assez prolongé avec l'air, ne contenant pas plus de 3 à 5 décigrammes de matières salines, et ne marquant pas au delà de 25 degrés hydrotimétriques; assimilation de ces eaux avec

les eaux de rivière les plus estimées; préférence très formellement accordée, pour l'alimentation des grandes villes, à de bonnes eaux de source abondantes, d'une composition chimique irréprochable, conduites dans des aqueducs larges, aérés et couverts, où elles puissent se saturer d'oxygène et d'azote, et conserver intactes leur fraîcheur et leur limpidité originelles : — Tel est, en résumé, et réduit à sa plus simple expression, le rapport de M. Poggiale. Un pareil rapport, émané d'un savant si consciencieux, d'un hygiéniste si compétent, d'un chimiste si habile, est assurément la plus digne réponse et la plus éloquente réplique que nous puissions faire à certaine note récemment insérée dans l'Union médicale, où nos articles sur les *eaux de Paris* étaient l'objet d'une appréciation peu charitable, pour ne pas dire davantage, et où nous étions accusé nous-même, sans plus de façon, d'avoir compromis la bonne réputation de la Gazette hebdomadaire, et d'avoir porté une atteinte grave à sa dignité. Nous engageons l'auteur de cette note bienveillante à méditer soigneusement le rapport de M. Poggiale et le mémoire de M. Lefort sur les eaux potables; ce sera là toute notre vengeance.

A. Linas.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Embolie de l'infundibulum du ventricule droit et de l'artère pulmonaire (fracture comminutive de la jambe droite), par M. Gouraud, interne.

Rapport fait a la Société anatomique sur l'observation précédente, par M. Lancereaux. (Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*.)

La communication de M. Gouraud à la *Société anatomique* est relative au cas d'embolie de l'artère pulmonaire dont M. Velpeau a entretenu l'Académie des sciences dans la séance du 7 avril dernier. Comme nous avons publié la relation de ce fait avec des détails suffisants (*Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 266), nous n'y revenons pas ici, et nous nous bornons à insérer les réflexions dont M. Gouraud a fait suivre son observation. On trouvera, d'ailleurs, un résumé de celle-ci dans le rapport de M. Lancereaux, que nous insérons presque entièrement, en ayant soin d'indiquer par des points les endroits qui ont dû, faute d'espace, subir une suppression. A. D.

Remarques de M. Gouraud.

Ce qui me semble digne d'intérêt dans l'observation précédente, c'est le siége même de l'embolie. D'après les quelques recherches que j'ai pu faire dans les ouvrages allemands et français, et entre autres dans le mémoire du docteur Cohn (de Breslau) et la thèse du docteur Ball, l'embolie pulmonaire siége le plus souvent dans les ramifications de l'artère pulmonaire, et quelquefois dans le tronc lui-même; mais je n'ai vu nulle part qu'il fût question du caillot migratoire faisant saillie dans l'infundibulum : c'est pourquoi j'ai cru devoir spécifier en tête de cette observation le siége du caillot sanguin.

La longueur de l'embolie en question explique parfaitement la manière dont les choses ont pu se passer. Au moment où l'extrémité supérieure du coagulum a rencontré dans les branches de l'artère pulmonaire un rameau correspondant à son calibre, elle a dû s'arrêter; mais alors une notable partie du cylindre existait encore dans le ventricule, et c'est ainsi qu'après quelques contractions ventriculaires les circonvolutions emboliques ont pu se former, s'ajouter l'une à l'autre de manière à oblitérer une partie de l'infundibulum et le commencement de l'orifice pulmonaire. C'est au niveau de cet orifice, en effet, à peu près vers le point correspondant aux sygmoïdes, que se trouve replié le bout inférieur du coagulum, repoussé en haut par la force du ventricule. Cet enroulement s'explique d'autant mieux que la force musculaire ne pouvait plus servir à faire progresser le caillot, dont l'extrémité supérieure était arrêtée d'une façon définitive; il fallait bien que cette force eût un résultat actif; elle s'est alors employée à replier le caillot dans la portion du tronc pulmonaire, qui était encore perméable. On comprend dès lors facilement qu'un caillot de 8 millimètres de diamètre ait pu oblitérer un tronc vasculaire d'un calibre beaucoup plus large.

Quant au caillot fémoral, comment s'est-il formé? D'une part, il existe des traces évidentes de phlébite en certains points; dans ce cas-là, point de difficulté. Mais les adhérences sont loin de régner dans toute l'étendue du caillot; ne peut-on pas dire que la pression excentrique, due à l'infiltration sanguine au niveau de la fracture, a déterminé la formation d'un coagulum, lequel, jouant le rôle de corps étranger, a permis au sang des veines situées au-dessus de la fracture de se coaguler?

Reste maintenant à savoir comment l'embolie s'est séparée du caillot fémoral. La malade a fait un mouvement brusque dans son lit; mais cela est évidemment insuffisant pour expliquer le départ du caillot migratoire. Il paraît plus simple d'attribuer, sous toutes réserves toutefois, le départ de l'embolie aux manœuvres qui ont été nécessaires pour appliquer le bandage inamovible; d'autant plus que, dans le cas actuel, il a été indispensable, pour faire sécher l'appareil, de fléchir la cuisse sur le bassin; or, dans cette position, en admettant que la pression exercée par la bande qui suspendait le membre de la malade ait ébranlé le cylindre sanguin, il est clair que l'action de la pesanteur devenait alors favorable à la migration du caillot. Quant à la mort subite, elle trouve bien sa raison d'être dans la suspension complète et *instantanée* de l'hématose.

Rapport de M. le docteur E. Lancereaux.

...L'historique (de l'embolie) a déjà, à plusieurs reprises, été fort bien fait... Il n'est peut-être pas inutile cependant de rappeler ici à qui revient l'honneur de la découverte et de la démonstration de l'embolie pulmonaire. Il est bien certain que quiconque a fait une autopsie et rencontré des végétations à peine adhérentes aux valvules du cœur ou dans tout autre point de l'appareil circulatoire, a dû penser que ces produits pouvaient à un moment donné être emportés par le courant sanguin; mais il ne suffisait pas d'avoir cette pensée et d'oser la jeter sur le papier pour établir le phénomène important de l'embolie, il fallait encore donner la démonstration du fait. Or, van Swieten d'abord, le professeur Virchow ensuite, le premier par des expériences, le second à la fois par des expériences et des observations, ont mis hors de doute cette question aujourd'hui palpitante d'intérêt. C'est à eux qu'appartient sans contredit la découverte des embolies du système à sang noir. Je n'ai, pour mon compte, rien découvert; mais je crois avoir apporté à l'appui des opinions et des observations de ces deux habiles expérimentateurs des faits qui en sont une démonstration rigoureuse et, pour ainsi dire, mathématique. (Lancereaux, *Gazette médicale*, 1861, et *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1862.)

L'embolie pulmonaire n'est pas une maladie, mais un accident plus ou moins grave qui se rencontre de préférence dans le cours ou à la fin de certaines maladies, et encore dans des circonstances spéciales, comme dans les cas de traumatisme. Toutes les maladies qui s'accompagnent de cachexie favorisent la coagulation du sang et la production de l'embolie pulmo-

naire ; aussi cet accident est-il fréquent dans le cours des affections cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, etc.; dans la convalescence des maladies graves, comme la fièvre typhoïde, la variole, etc.; et encore dans l'état puerpéral où à la cause générale de coagulation sanguine spontanée s'ajoute souvent une cause toute locale. Les plaies, les amputations, les fractures, les tumeurs sont autant de conditions locales pouvant amener la coagulation du sang veineux, et plus tard l'embolie. C'est une cause de ce genre qui existe dans le fait de M. Gouraud, dont voici le résumé en peu de mots :

« Une femme de quarante-six ans, bien portante d'ailleurs, entre à l'hôpital de la Charité pour une fracture de la jambe droite compliquée d'un épanchement sanguin considérable. On applique un appareil de Scutter et des compresses résolutives. Tout va bien, la jambe diminue de volume. Trois semaines plus tard, le premier appareil est remplacé par un bandage dextriné. Le lendemain matin, la malade est toujours bien ; mais après quelques heures, palpitations de cœur violentes, cris, lividité et mort en quelques minutes.

» A l'*autopsie*, le tibia du côté droit offre deux solutions de continuité ; le péroné est fracturé en un seul point ; un épanchement sanguin infiltre toute l'épaisseur des parties molles de la région ; les veines de la jambe droite présentent, dit l'observation, de petites concrétions qui deviennent nettes et volumineuses dans la veine fémorale, la veine iliaque externe et commune, et jusque dans la partie inférieure de la veine cave. La concrétion fibrineuse est ferme, élastique, rouge foncé ou rosé, adhérente sur plusieurs points à la face interne du vaisseau ; la jambe et les veines de gauche sont parfaitement saines. De la partie inférieure de la veine cave au cœur, sang liquide ; dans l'infundibulum du ventricule droit et dans l'artère pulmonaire existe un caillot pelotonné en forme de sangsue d'une longueur de 36 centimètres, d'un diamètre beaucoup moindre que celui du tronc où il se rencontre, d'une coloration rosée ou rouge foncé, et non homogène. Les poumons sont engoués, mais encore crépitants. »

Pour vous rendre un compte exact de ce fait, permettez-moi, messieurs, de le suivre dans son évolution et dans ses détails, afin d'en examiner successivement les points les plus saillants. Une femme se fait une fracture ; des vaisseaux sont rompus, du sang est épanché. L'hémorrhagie s'arrête, le sang se résorbe, rien de plus commun ; mais en même temps se forment dans les veines du membre fracturé des caillots qui en occupent bientôt toute la longueur. Quelle est donc la cause de cette coagulation veineuse? Autrefois l'explication eût été facile à donner, on l'eût trouvée dans l'inflammation des parois du vaisseau ; aujourd'hui la chose est moins simple, et la phlébite, si elle existait, serait plutôt regardée comme consécutive. M. Gouraud, d'ailleurs, nous dit que la face interne de la veine obturée ne présente pas de traces d'inflammation, si ce n'est toutefois au niveau de la saphène, où le caillot s'est déchiré plutôt que de se détacher de la paroi veineuse correspondante. Or, cette condition n'est pas un caractère absolu de la phlébite, et, dans tous les cas, elle est nécessairement ici, et cela en raison de son siége, postérieure au coagulum sanguin. L'état général de la malade n'a pas paru davantage prédisposer au phénomène de la coagulation veineuse, et, par conséquent, c'est à la lésion locale qu'il nous faut en demander la raison. On la trouve, ce me semble, dans les conditions suivantes : le sang coagulé dans le foyer de la fracture a nécessairement comprimé et bouché les vaisseaux rompus, mais en même temps des coagulums ont dû se former aux extrémités de ces vaisseaux et, comme c'est la règle, remonter jusqu'aux premières valvules. De là suppression de la vis *à tergo*, stase du sang qui provient des collatérales, coagulum nouveau commençant cette fois au niveau des nids valvulaires ; ces derniers coagulums s'allongent peu à peu ou deviennent à leur tour la cause de nouvelles coagulations, jusqu'à ce que le vaisseau veineux principal soit complétement obstrué.

De cette façon, on le comprend, messieurs, la cause de la thrombose veineuse est surtout le ralentissement du courant sanguin, c'est encore l'influence qu'exerce une concrétion fibrineuse sur le sang qui la baigne. Ce que je dis dans le cas actuel pour les veines des membres peut se présenter dans d'autres régions du corps, et ainsi s'expliquerait la coagulation du sang des veines du crâne et des sinus dans les cas de fracture ou de carie des os crâniens. Quelques observateurs à la vérité, Von Dusch par exemple, trop peu partisans de la phlébite, prétendent même que la thrombose veineuse qui vient compliquer un phlegmon n'est pas la conséquence de l'état inflammatoire du vaisseau, mais du trouble circulatoire qui existe dans la région malade. C'est là une vue que nous nous bornons à signaler sans vouloir en prendre la défense.

Reconnaissons seulement qu'il est des conditions toutes locales susceptibles d'amener la coagulation du sang. Ajoutons à celles qui viennent de vous être indiquées l'état variqueux, la diminution ou la perte de contractilité des veines, les tumeurs qui les compriment, et tout ce qui entrave la circulation veineuse.

Les causes générales agissent, d'une part, en diminuant la force d'impulsion du cœur et la contractilité des vaisseaux ; d'autre part, en faisant subir au sang des modifications qui, jusqu'à ce jour, sont restées en grande partie inconnues. Un fait important à signaler, c'est que, sous l'influence même des causes générales, c'est toujours dans les points où la circulation a de la tendance à se ralentir que commence la coagulation. Ainsi que je l'ai dit récemment (voy. *Société médicale des hôpitaux*, 26 mars 1862, et *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 237), c'est vers les points où se trouve la limite d'action des forces de pression et d'aspiration dues, la première à la contraction du cœur, la seconde à l'expansion thoracique, que la coagulation du sang veineux se rencontre le plus fréquemment. Mais alors si le vaisseau renferme des valvules comme les veines des membres, c'est tantôt au niveau d'un éperon, tantôt dans un nid valvulaire que la fibrine se dépose tout d'abord. De là formation de coagulums différents dans leur forme, dans leur volume et encore dans leurs résultats, lorsqu'ils viennent à émigrer.

Le caillot qui a son origine au niveau d'un éperon (veines cave inférieure, fémorale, etc.) se prolonge, d'une part, dans le vaisseau collatéral, d'autre part dans le vaisseau principal, où il acquiert une disposition fort bien étudiée d'abord par Virchow, et plus tard par MM. Charcot et Ball. Le caillot qui commence à se former dans un nid valvulaire présente une forme et des caractères sur lesquels je crois avoir insisté le premier ; il offre à l'une de ses extrémités le moule d'un ou de deux goussets valvulaires ; son autre extrémité est arrondie ou conoïde, et sur sa longueur on aperçoit des empreintes de valvules, très lisses et très nettes. L'une de ses faces, celle qui est en contact avec la paroi, est légèrement striée, jaunâtre ou marbrée ; l'autre face, qui est libre et baignée par le sang, est brunâtre et grenue. La longueur de ce dernier coagulum varie entre quelques millimètres et plusieurs centimètres ; son volume peut devenir considérable, puisqu'il se forme en général dans les plus gros vaisseaux ; aussi est-il la cause la plus fréquente des morts subites. Il est, en outre, en raison de ses caractères, la preuve la plus positive de l'embolie de l'artère pulmonaire, quand il vient à se rencontrer dans ce vaisseau entièrement dépourvu de valvules....

Ce que nous avons dit touchant la coagulation du sang dans les veines a dû vous permettre de saisir à l'avance les caractères des caillots emboliques. Voici ce qu'apprend l'observation : dans le cas où le caillot est unique et quand la mort a été subite, c'est toujours le tronc de l'artère pulmonaire ou encore l'infundibulum qui se trouve obstrué. Le sang dans le cœur est ordinairement noir et fluide comme dans la mort par asphyxie. Je ne pense pas, pour mon compte, qu'un seul embolus arrêté dans l'une des divisions de l'artère puisse amener cet accident funeste. Ordinairement les caillots emboliques sont mul-

tiples, et toujours, je le répète, si la mort a été rapide, on les trouve ou bien dans le tronc de l'artère pulmonaire, ou bien dans ses principales branches. En général les plus petits de ces caillots, situés au-devant des éperons, n'occupent que rarement des divisions de cinquième ordre ; ce sont les divisions de deuxième, troisième ou quatrième ordre qui les renferment le plus habituellement. Dans quelques cas spéciaux connus sous la dénomination d'embolies capillaires, on a pu voir cependant de fines concrétions occuper les plus petites branches. La forme des caillots migratoires est ordinairement cylindrique, leurs extrémités sont tantôt régulières, lisses et conoïdes; tantôt elles sont rugueuses, déchirées; tantôt enfin une seule extrémité est déchirée, tandis que l'autre est polie et conique. C'est dans les cas où les deux extrémités sont lisses et non déchirées que se rencontrent, sur le corps du caillot, des empreintes valvulaires et à l'une des extrémités un ou deux moules de valvule. Les caillots déchirés à leurs extrémités sont généralement dépourvus d'empreintes et de moules, mais ils sont parfois canaliculés; quand une seule extrémité est déchirée, l'autre extrémité est généralement conique. La même différence que nous avons constatée dans les caractères des caillots veineux se retrouve par conséquent dans les caillots de l'artère pulmonaire, et il existe entre les coagulums veineux et ceux de l'artère pulmonaire une ressemblance telle, qu'il faut nécessairement reconnaître que les caillots des veines ont dû être transportés dans cette artère.

Outre les caractères que je viens de signaler, les caillots emboliques diffèrent des coagulations qui se forment un peu avant ou immédiatement après la mort, par leur élasticité, leur coloration brunâtre ou marbrée, et l'état de la fibrine qui s'y trouve toujours en voie de régression. Les caillots de la mort sont mous, œdémateux, aplatis, ramifiés et n'obturent qu'incomplétement le vaisseau qui les contient. Les coagulations qui durant la vie se forment primitivement dans les branches de l'artère pulmonaire (autochthones), diffèrent des embolies par leur forme, leur siége et l'absence des caractères que nous avons mentionnés ci-dessus. Dans quelques circonstances elles sont facilement confondues avec le caillot embolique, c'est quand des concrétions fibrineuses sont venues s'ajouter à ce dernier, mais il est toujours facile, à l'aide d'une section et de l'examen microscopique, de reconnaître le noyau central de l'embolus. Si le volume des caillots emboliques est très variable, leur longueur offre surtout des différences très grandes: ainsi, tandis que les uns peuvent avoir seulement quelques millimètres, il en est d'autres qui ont une longueur de plusieurs centimètres ; ceux que j'ai vu produire la mort subite avaient 5 centimètres de long ; celui que M. Gouraud décrit dans son observation a une longueur vraiment extraordinaire, 36 centimètres. Je me suis demandé s'il ne s'était pas glissé quelque erreur dans la mensuration, et je suis disposé à le croire, surtout en voyant la veine fémorale et une partie de la veine iliaque remplies par un coagulum fibrineux : dans ces conditions, il faut nécessairement supposer que le caillot embolique occupait primitivement la plus grande étendue de la veine cave; hypothèse peu probable, puisque aucun symptôme ne révélait l'obstruction de cette veine durant la vie. Je suis ainsi, pour ma part, porté à croire que des coagulations secondaires ont été comprises dans la mensuration. Quoi qu'il en soit, il est certain que des caillots très longs peuvent être charriés par le torrent circulatoire, et un caractère important et propre à ces derniers, c'est qu'ils sont courbés, pelotonnés, tantôt dans le tronc même de l'artère pulmonaire et dans l'infundibulum, comme dans le cas de M. Gouraud, tantôt dans l'une des principales divisions de l'artère pulmonaire, ainsi que j'ai eu l'occasion de le voir et de le montrer à la Société.

Tels sont, messieurs, les différents caractères des caillots migratoires, ceux qui permettent de reconnaître leur origine primitive. Après un certain temps, ces caractères font défaut, et il devient très difficile de savoir si un coagulum rencontré au sein l'artère pulmonaire est autochthone ou migratoire. La seule circonstance qu'on puisse alors invoquer en faveur de l'embolus, c'est la coexistence d'une thrombose veineuse. Le phénomène qui rend l'embolus méconnaissable est important et vraiment remarquable ; il nous fait comprendre combien les procédés de la nature sont simples et peu variés. En effet, le caillot qui séjourne au contact de la paroi artérielle détermine une légère irritation, en vertu de laquelle une matière blastématique d'abord exsudée entre la paroi vasculaire et la concrétion fibrineuse ne tarde pas à s'organiser ; peu à peu cette substance s'étend au pourtour du bouchon, elle forme bientôt une espèce de cupule dans laquelle celui-ci se trouve contenu, puis enfin elle l'enveloppe complétement et l'enkyste, de telle sorte qu'après un temps qui souvent n'est pas fort long, le coagulum fibrineux de l'artère pulmonaire se trouve entouré de toute part par une membrane parfaitement organisée. Dans cette membrane l'examen microscopique découvre une substance amorphe plus ou moins granuleuse, des noyaux embryoplastiques, des cellules allongées, et surtout des fibres de tissu conjonctif ; au milieu de ces éléments, on est parfois assez heureux pour trouver des capillaires, quelques granulations libres, des débris de globules rouges, de l'hématine amorphe ou cristallisée.

A mesure qu'une couche organisée se développe et s'épaissit au pourtour du caillot fibrineux, qui joue évidemment le rôle d'un corps étranger vis-à-vis de la paroi artérielle, la fibrine subit des modifications importantes, elle perd son aspect fibrillaire, elle devient de plus en plus granuleuse, et au bout d'un certain temps elle n'est plus constituée que par des granulations libres, protéiques ou graisseuses, et parfois quelques rares corpuscules granuleux. Lorsqu'on se donne la peine de suivre ce travail, ainsi que je le fais depuis plus d'un an, on reconnaît qu'il n'est pas sans exister un certain rapport entre l'enveloppe organisée et son contenu, et que la fibrine se trouve généralement dans un état de désagrégation et de liquéfaction d'autant plus avancées que la membrane de nouvelle formation est plus ancienne et plus épaisse. Dans certains cas on peut voir cette membrane comme ridée et revenue sur elle-même, ou ne formant plus qu'un simple cordon fibreux au centre duquel existent encore des granulations plus ou moins nombreuses....

Mais, messieurs, c'est assez longtemps m'étendre sur des questions purement théoriques, disons en peu de mots quel est l'état des poumons dans les cas d'embolie pulmonaire, et passons aux considérations pratiques qui découlent de notre fait et de l'expérience acquise jusqu'à ce jour. Il est évident pour tous que l'embolus qui vient obturer le tronc de l'artère pulmonaire et donner lieu à la mort subite, ne peut causer aucun désordre important dans le parenchyme pulmonaire ; en supposant que l'altération consécutive fût possible, elle n'aurait pas un temps suffisant pour se produire. Mais en est-il de même quand un coagulum venant à siéger dans une division importante obture complétement son calibre? La réponse à cette question me paraît claire et précise ; cependant elle se trouve soumise à des interprétations contradictoires qu'il nous faut chercher à élucider. Le professeur Virchow, qui n'a généralement laissé que peu de chose à ajouter à plusieurs de ses remarquables travaux, s'était posé cette question, et pour la résoudre il avait invoqué non-seulement les faits pathologiques, mais encore l'expérience. Il résulte de ses observations que, dans aucun cas, l'obstruction, si complète qu'elle soit, de l'une des divisions de l'artère pulmonaire, ne produit l'altération du parenchyme, et surtout la gangrène des poumons. D'autres observateurs ont constaté le même fait, et s'il m'est permis d'invoquer ici le résultat de mes connaissances à cet égard, je puis affirmer à la Société qu'il m'est arrivé de constater à plusieurs reprises l'obturation complète de plusieurs divisions, et même d'une des deux branches principales de l'artère pulmonaire, sans qu'il y eût de lésion appréciable dans le parenchyme correspondant, à part toutefois une légère diminution de volume, de l'anémie ou de l'œdème. Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer sont fort précis à cet égard.

aussi ai-je pu dire (Lancereaux, *Gaz. méd.*, 1861, p. 640, *Note relative à quelques faits d'obstruction des veines et de l'artère pulmonaire*) que l'artère pulmonaire est un organe d'hématose, et que les poumons doivent puiser leurs éléments de nutrition dans les artères bronchiques. Mon opinion n'est pas changée à l'heure qu'il est, mais elle s'est fortifiée de faits nouveaux. Vous trouverez cependant, dans la thèse de M. Ball, deux observations à l'aide desquelles cet habile collègue cherche à démontrer la possibilité de la gangrène comme conséquence de l'obstruction de l'une des divisions de l'artère pulmonaire. J'ai lu avec attention ces deux observations, et cependant je ne puis partager l'avis de M. Ball. Toutefois, si vous me demandiez quelle était la cause productrice de la gangrène dans ces deux cas, il me serait difficile de vous donner une réponse exacte, et cela parce que les observations manquent de détails; il n'est pas dit, en effet, s'il existait des points gangréneux sur quelques parties du corps; on ne parle pas davantage de la nature de la phlébite: circonstances importantes cependant, comme vous le verrez bientôt, pour la détermination de la cause de la gangrène. Ces deux faits sont donc incomplets, ils ne peuvent rien prouver. Ce que je sais, en tous cas, c'est qu'ils ne démontrent pas la possibilité d'une gangrène consécutive à l'obturation d'une branche de l'artère pulmonaire.

Les coagulations pulmonaires ne sont pas cependant, croyez-le bien, sans exister quelquefois en même temps qu'une lésion du parenchyme des poumons, qu'elles en soient ou non la cause productrice. L'apoplexie pulmonaire se trouve fréquemment associée à l'obstruction des branches artérielles; mais remarquez, messieurs, que c'est en général dans le cours des affections du cœur, et surtout quand il y a dégénération graisseuse des parois artérielles, que se rencontre cette coïncidence; remarquez, en outre, que dans cette circonstance le coagulum sanguin, toujours situé immédiatement derrière le noyau apoplectique, n'a ni la forme, ni la coloration, ni les caractères que nous avons attribués aux caillots emboliques, et vous reconnaîtrez que cette coagulation sanguine est évidemment autochthone, qu'elle n'est pas la cause, mais bien l'effet de l'apoplexie. Il peut en être de même dans certains cas de tuberculisation, de pneumonie et même de gangrène, et, si l'on n'y prend garde, la cause est facilement confondue avec l'effet.

Il est cependant, il faut bien le reconnaître, des conditions spéciales du caillot embolique qui peuvent donner lieu aux deux dernières altérations que nous venons de mentionner, à savoir, la pneumonie et la gangrène. Ces conditions tiennent à un état particulier d'altération des tissus au sein desquels se forme la thrombose. Qu'une coagulation se produise au milieu d'un foyer purulent ou gangréneux, le coagulum, formé en partie de fibrine, en partie d'autres éléments, possède des propriétés en vertu desquelles il va transformer les tissus qui plus tard se trouveront à son contact; c'est de cette façon que l'on voit souvent apparaître des abcès métastatiques dans les poumons chez les individus atteints de thrombose suppurée des sinus cérébraux, et mieux encore chez les femmes affectées de métrite ou de phlébite suppurée; c'est encore d'après le même mécanisme que l'on trouve parfois des foyers gangréneux dans le cerveau, chez les individus qui ont primitivement une gangrène pulmonaire, et la gangrène des poumons dans les cas où des eschares, comme cela arrive fréquemment chez certains paralytiques, viennent à se produire à la région sacrée. Des parcelles de fibrine ou des fragments de tissus imprégnés de pus ou de matières septiques deviennent le point de départ de foyers secondaires, les uns purulents, les autres gangréneux; et sans vouloir expliquer de cette manière tous les abcès métastatiques et la généralisation des foyers gangréneux, il faut néanmoins reconnaître qu'il existe en cela une cause bien démontrée de la généralisation de ces diverses altérations. Virchow a, dans un cas, trouvé à l'intérieur des vaisseaux compris dans un foyer gangréneux du cerveau la même substance qui se rencontrait à l'intérieur des veines pulmonaires correspondant à un foyer gangréneux des poumons. J'ai eu moi-même l'occasion de constater un fait analogue, et dans un grand nombre de cas d'infection purulente, avec foyers métastatiques des poumons, j'ai remarqué dans les caillots fibrineux de l'artère pulmonaire ou du cœur droit de petits corps arrondis, miliaires, blancs, qui, à l'examen microscopique, offraient une couche très mince de fibrine à leur circonférence, et de nombreux globules de pus à leur centre. Ce fait, qui n'a pas encore été signalé, je pense, n'est cependant pas sans avoir une grande valeur, au point de vue de la théorie de l'embolie, puisque ce n'est pas seulement dans les vaisseaux qui aboutissent au foyer purulent que se rencontrent les matières septiques, mais dans le cœur lui-même, c'est-à-dire sur un point du parcours de ces mêmes matières. Nous pouvons résumer ces dernières considérations, messieurs, en disant que les altérations des poumons qui existent parfois en même temps que l'embolie, ne sont jamais le résultat d'un obstacle au cours du sang, mais qu'elles sont ordinairement la conséquence de propriétés spécifiques propres à l'embolus. Disons encore que dans quelques cas la coagulation fibrineuse est la conséquence de l'altération même du poumon, ainsi qu'il arrive, en général, dans la plupart des cas d'apoplexie des poumons, et quelquefois dans le cours d'une pneumonie ou de la tuberculisation.

Les conséquences pratiques à tirer du fait de M. Gouraud méritent enfin quelque attention de notre part : nous trouvons, en effet, dans cette observation une condition qui est déjà mentionnée dans d'autres faits, dont l'un, en particulier, est dû à Klinger (voy. l'*Union médicale*, 1855, t. IX, n° 154); nous voyons, dans ces différents cas, que la mort subite a suivi de peu de temps la compression exercée à l'aide d'un bandage sur le membre affecté de thrombose. Vous savez qu'il était assez d'habitude autrefois, d'appliquer un bandage compressif sur un membre atteint d'œdème et même de phlébite, quand disparaissait la période d'acuité de l'inflammation. Eh bien! le moyen est loin d'être sans danger, et il doit nécessairement être proscrit. Mais, en outre, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, fracture, amputation, etc., on pourra soupçonner l'existence d'une thrombose veineuse, ne sera-t-il pas prudent, de la part du chirurgien, de s'abstenir autant que possible d'une compression exagérée, s'il ne veut exposer son malade à des accidents plus ou moins graves. C'est surtout quelque temps après le début de la coagulation sanguine, lorsque la fibrine commence à se désagréger, qu'on fera bien d'éviter ce moyen; on devra, pour la même raison, n'essayer aucune espèce de manœuvre sur le membre lésé, et faire conserver au malade le repos le plus absolu. Il a suffi, en effet, dans un certain nombre de cas, d'un effort un peu exagéré, comme j'ai pu le voir à deux reprises différentes, pour amener le décollement d'un caillot sanguin et la mort subite. Des causes occasionnelles du genre de celles que je viens d'indiquer se trouvent signalées dans la plupart des cas de mort subite par embolie; c'est vous dire combien il est urgent d'être précautionneux vis-à-vis des malades atteints de thrombose veineuse (1).

(1) Après la lecture de ce rapport, M. *Éd. Labbé* a rappelé que plusieurs auteurs français avaient signalé la migration des caillots avant Virchow. M. *Lancereaux* a répondu qu'il ne s'agissait alors que de thromboses et d'embolies *artérielles*, et que personne n'avait parlé du transport des thromboses *veineuses* avant Virchow, si ce n'est Van Swieten. Sur une remarque de M. *Guyot*, relative à la fréquence des embolies, M. *Lancereaux* a répondu : « Les chiffres que j'ai donnés sont des chiffres approximatifs. J'ai bien 75 observations de coagulations dans les artères pulmonaires. Il est possible que, parmi elles, il y ait un nombre un peu plus grand que je ne l'ai indiqué de caillots *post mortem* ; mais j'ai peut-être aussi élevé un peu trop le nombre des autopsies que je crois avoir faites. Déduction faite de côté et d'autre, la proportion que j'ai donnée doit être exacte. »

Digitized by Google

III

CORRESPONDANCE.

De l'érysipèle; statistique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Notre confrère et ami M. le docteur Le Fort, dans une appréciation d'un TRAITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE (voy. *Gaz. hebd.*, n° 46, p. 732), a trouvé l'occasion de parler de recherches particulières que ce chirurgien affectionne et qu'il a faites sur les hôpitaux anglais. Des chiffres ayant trait à l'érysipèle en Angleterre ont été mis en avant; en 1861, à Guy's Hospital, il y eut, sur 4867 malades, 28 individus atteints d'érysipèle.

Nous nous inscrivons, monsieur, contre cette statistique que M. Le Fort a prise toute faite, parce qu'elle n'est point une statistique régulière, parce qu'elle ne saurait être comparée même aux statistiques incomplètes qu'on obtient en consultant les registres administratifs des hôpitaux de Paris.

1° Les hôpitaux anglais ne ressemblent nullement à nos hôpitaux; on n'y reçoit point indistinctement tous les malades. Il en résulte que, pour constituer une statistique de malades analogue à celle qui existe dans nos hôpitaux, il faudrait prendre plusieurs malades des hôpitaux anglais, beaucoup de ceux qui sont soignés dans les dispensaires et un bon nombre de ceux qui occupent *Consumption's Hospital*.

2° M. Le Fort doit savoir que les pancartes anglaises qui servent à établir les statistiques ne contiennent souvent, à côté du diagnostic de la maladie et du traitement sommaire, que ces mots : *allant mal* ou *en traitement* (voy. *Thèse de M. Topinard*, Paris, 1860). Nous ne supposons pas, d'une autre part, que, malgré leur esprit méthodique, les Anglais ne commettent jamais ni oublis ni erreurs. Et lorsque nous voyons ce qui se passe en France, nous doutons d'une supériorité exceptionnelle obtenue ailleurs. Nous ne citerons qu'un fait : Dans les salles Sainte-Vierge et Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité en 1861, nous avons recueilli 63 observations d'érysipèle, et, sur le livre administratif, il y a seulement 25 cas marqués.

Nous avons tenu, monsieur le rédacteur, à mettre vos lecteurs en garde contre de telles statistiques, qui pourraient paraître une objection sérieuse à nos conclusions. Il n'y a, à notre avis, de statistiques utiles et vraies que celles faites avec des observations.

Cette lettre n'a pas pour but de défendre la statistique de ce genre que nous avons rapportée. Outre les objections de détails et de forme qu'a produites le bibliographe, elle n'a encore rencontré que des contradictions étayées sur des bruits répandus, des communications personnelles et des analogies quelquefois un peu forcées.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. D[r] A. DESPRÉS.

M. Després n'a pas eu la main heureuse en choisissant le sujet de sa réclamation. Nous répondrons une fois de plus à un argument qui se reproduit toujours le même :

1° Que Guy's Hospital, grâce à la libéralité de son fondateur, ne demande rien aux souscriptions; qu'il reçoit *indistinctement* tous les malades, blessés, fiévreux, vénériens, dartreux, etc.;

2° Que tous sont reçus quand les médecins le jugent à propos, *quelle que soit leur nationalité, et toujours sans payement.*

Quant à la statistique dressée et publiée par le docteur Steele lui-même, elle est faite sur des feuilles spéciales (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 195); M. Malgaigne en a remis de notre part un exemplaire à l'Académie de médecine, et, quand notre illustre maître vante une statistique après l'avoir vue, les plus difficiles peuvent sans scrupules s'en contenter sur parole, surtout quand ils ne la connaissent pas. Voilà tout ce que nous pouvons répondre à la réclamation de notre confrère et ami M. Després. LÉON LE FORT.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la curabilité des abcès du cerveau*, par M. *Flourens*. — Un morceau de bois, de fer, un caillou, une balle de plomb, d'étain, etc., introduits dans le cerveau y déterminent toujours des abcès, et l'on trouve des exemples d'abcès produits par toutes ces causes dans les livres de chirurgie.

La balle de plomb, comme corps étranger, produit d'abord un abcès, et ensuite, pénétrant par son propre poids dans le tissu de l'organe, elle y détermine une plaie de l'espèce la plus singulière. C'est une sorte de trou fistuleux, un canal, qui règne dans toute l'étendue du trajet qu'elle a parcouru, et qui ne s'oblitère que très lentement.

L'abcès commence très peu de temps après l'introduction de la balle. Dès les premières dix ou douze heures il y a du pus. Ce qu'il y a de plus admirable, c'est que tout le pus est résorbé du quarantième au cinquantième jour. L'animal guéri, il ne reste jamais de pus dans le cerveau.

Une fois maître de produire des abcès à volonté et de ne produire que des abcès, des abcès sans hémorrhagies (chose infiniment précieuse pour l'étude séparée des deux ordres de phénomènes que j'avais en vue : les abcès et les apoplexies), j'ai porté des balles dans toutes les parties de l'encéphale : dans les lobes ou hémisphères du cerveau proprement *dit*, dans le cervelet, dans toutes les régions du cervelet, dans les couches optiques, dans les tubercules quadrijumeaux, etc., j'ai sondé le cerveau dans toutes ses profondeurs.

Dans toutes ces plaies, dans tous ces abcès du cerveau, produits artificiellement, je n'ai jamais vu se former de membrane cicatricielle ni de membrane ou de poche qui contînt le pus.

M. Flourens conclut de ses expériences que c'est le cerveau, le cerveau proprement dit tout entier, qui est l'organe de l'intelligence, et que l'âme n'y occupe aucun siége spécial.

— M. *Esmein* adresse un supplément à son MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU SYSTÈME D'AÉRATION DES SALLES DES HÔPITAUX. (*Comm.:* MM. Velpeau, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un rapport adressé par M. *P. de Pietra-Santa* à M. le ministre d'État sur la mission scientifique qui lui avait été confiée pour l'étude des climats du midi de la France.

THÉRAPEUTIQUE. — *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'ipécacuanha*, par M. *G. Pécholier*. (Présenté par M. Cl. Bernard.) — Ces expériences ont été faites sur des lapins et des grenouilles avec l'ipécacuanha, l'émétine médicinale et l'émétine pure. Après plus de cinquante essais, M. Pécholier a constaté chez ces animaux :

1° Une diminution considérable dans le nombre et l'énergie des battements du cœur et des pulsations. Ainsi des lapins, qui, avant l'expérience, avaient de 160 à 200 pulsations par minute, voyaient, sous l'influence de doses d'émétine allant de 5 milligrammes à 5 centigrammes, le nombre des pulsations tomber à 120, 100 et même 92 par minute.

2° Une diminution également considérable dans le nombre

Digitized by Google

des respirations, qui, de 150 environ par minute, tombaient à 50, 40 et même 32. En même temps les poumons de tous les lapins morts par l'action de l'émétine, ou sacrifiés pendant qu'ils étaient sous l'influence de cette substance, étaient pâles et exsangues. Ce phénomène était rendu évident par la comparaison de ces poumons avec les poumons d'autres lapins sacrifiés au moment où ils jouissaient de toute leur santé.

3° Un abaissement de 1, 2 ou 3 degrés dans la température de la bouche, de l'oreille et de l'aisselle, tandis que la température du rectum restait stationnaire ou même s'élevait de 0°,5 à 0°,7.

4° Des efforts constants de vomissement, l'hypérémie de l'estomac et de la moitié supérieure de l'intestin, la disparition de la glycose du foie.

5° Un amoindrissement de l'activité du système nerveux, du collapsus, la paralysie des nerfs sensitifs, tandis que la motricité nerveuse et la contractilité musculaire sont diminuées, mais en partie conservées. Ces derniers faits ont été constatés sur des grenouilles empoisonnées par l'émétine, puis décapitées. A ce moment le pincement de toutes les parties de la peau ne déterminait aucune action réflexe, tandis que l'excitation galvanique des nerfs des membres (spécialement des nerfs lombaires) et celle des muscles causaient des contractions musculaires, beaucoup plus faibles cependant que dans une grenouille saine également décapitée.

Des résultats expérimentaux qui précèdent, nous concluons que l'ipécacuanha exerce sur les lapins et les grenouilles une action contro-stimulante.

En est-il de même chez l'homme? Ici nous pensons que l'analogie peut bien fournir des présomptions, mais pas de certitude. L'expérience clinique seule donne la dernière sanction à l'affirmation d'un fait de thérapeutique ; or, notre expérience clinique est en parfait accord avec nos expérimentations physiologiques. Si, en effet, employé à de faibles doses, l'ipécacuanha peut, par la réaction qui suit le vomissement, produire des phénomènes secondaires d'excitation, donné en infusion à la dose de 2, 3 ou 4 grammes dans 120 grammes de véhicule et par cuillerées toutes les une ou deux heures, il nous a toujours montré une action contro-stimulante. Cette dernière action paraîtra précieuse dans un grand nombre de pneumonies, surtout si l'on se rappelle l'état pâle et exsangue des poumons, constaté par nous sur nos lapins émétinés.

— M. *Dorner* adresse de Rorschach (Suisse), une nouvelle lettre écrite en allemand concernant son mode de traitement du choléra-morbus. (*Renvoi à la commission du prix Bréant.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus sur le service médical des deux hôpitaux de Vienne (Autriche) de 1856 à 1859. — *b.* Des comptes rendus d'épidémies, par MM. les docteurs *Bocamy* (de Perpignan) et *Prieur* (de Gray). (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Fabas*; de Bagnoles (Orne), par M. le docteur *Bignon*, de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Tailhade*; et des hôpitaux militaires de Vichy, de Bourbon-l'Archambault et d'Amélie-les-Bains, par MM. les médecins en chef. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Fontan*, médecin-major de première classe, sur l'emploi du courant voltaïque pour la recherche des projectiles dans les tissus de l'économie humaine. (*Comm* : MM. Gavarret et Larrey.) — *b.* Un mémoire sur un nouveau genre de dentiers à base amovible et plastique, par MM. les docteurs *Andrieu* et *Delabarre*. (*Comm.*: MM. Oudet et Malgaigne.) — *c.* Un mémoire de M. *Bourrel*, vétérinaire, spécialiste pour les maladies des chiens, sur un nouveau moyen de prévenir la rage inoculée. (*Comm.*: MM. Renault, Bouley et Reynal.) — *d.* Un mémoire sur la phthisie des horlogers, par M. le docteur *Perron* (de Besançon). (*Comm* : MM. Patissier, Barth et Roger.) — *e.* Le compte rendu des vaccinations pratiquées en 1862 à la maison centrale de Fontevrault, par M. le docteur *Fraisse*. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* signale une lettre par laquelle M. *Bernutz* se désiste de sa candidature pour la place vacante dans la section d'accouchements; mais il fait observer que, le rapport de la section devant être lu aujourd'hui en comité secret, la demande de M. Bernutz doit être considérée comme non avenue.

M. le docteur *Beyran* communique le modèle et la description d'un uréthrotome à rotation qu'il vient de faire construire par M. *Charrière*. (*Comm.* : M. Ségalas.) — M. *Charrière* adresse le modèle et la description d'un *insufflateur* et d'un *inspirateur* pour le larynx, instruments imaginés par M. le docteur *Fournié*. — M. *Charrière* envoie aussi le modèle et la description du *stylet explorateur*, qu'il a construit avec M. *Émile Rousseau*, sur les indications de M. le professeur *Nélaton*, pour démontrer la présence du projectile dans la blessure du général Garibaldi.

A l'extrémité du stylet se trouve une boule en porcelaine servant à enlever par un frottement même très léger une parcelle de métal.

M. *J. Cloquet* fait hommage, au nom de M. le professeur *Capelletti* (de Trieste), d'un TRAITÉ D'OPHTHALMOLOGIE en 4 volumes. Il présente ensuite une observation de dystocie occasionnée par une tumeur fibreuse de l'utérus, par M. le docteur *Julliette*.

M. *le président* rend compte de la cérémonie d'inauguration de la statue d'Esquirol, qui a eu lieu samedi dernier à la Maison impériale de santé de Charenton.

M. *Baillarger* est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé, à cette occasion, au nom de l'Académie. Ce discours est accueilli par de vifs applaudissements.

Lecture.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Poggiale*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Boudet* et *Tardieu*, achève la lecture de son Rapport sur un mémoire de M. Lefort, intitulé : EXPÉRIENCES SUR L'AÉRATION DES EAUX, ET OBSERVATIONS SUR LE RÔLE COMPARÉ DE L'ACIDE CARBONIQUE, DE L'AZOTE ET DE L'OXYGÈNE DANS LES EAUX DOUCES POTABLES. PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DE CES EAUX.

Après avoir rappelé les titres scientifiques de M. Lefort, auteur de nombreux travaux de chimie, et particulièrement d'un excellent traité de chimie hydrologique, M. Poggiale fait ressortir, en quelques mots, l'importance de la question des eaux potables au point de vue de la santé des populations, et croit que le moment est venu de soumettre cette question à l'examen de l'Académie et à l'épreuve d'une discussion sérieuse.

Il se propose d'étudier successivement les caractères physiques des eaux potables, leur filtration et leur rafraîchissement, les expériences si intéressantes de M. Lefort sur l'aération des eaux, leur composition chimique, le rôle des sels et des matières organiques; enfin, dit-il, après avoir spécialement examiné les eaux de sources et de rivières, la commission émettra un avis, et elle espère que l'Académie voudra bien donner sa haute approbation aux conclusions de son rapport.

Caractères physiques des eaux potables. — L'eau destinée à la boisson doit être limpide, incolore, inodore, aérée et d'une saveur fraîche et pénétrante.

La *limpidité* est un caractère essentiel de l'eau potable..... Les eaux de sources sont généralement limpides à toutes les époques de l'année. Les eaux de rivières, au contraire, sont troubles, notamment dans les temps de crues..... L'eau de la Seine est trouble pendant 179 jours de l'année..... Le limon contenu dans l'eau de la Seine est composé de : matières or-

Digitized by Google

ganiques 3,39 ; carbonate de chaux et de magnésie, 60,31 ; acide silicique, 36,60..... Les matières organiques ne sont pas nuisibles si elles se trouvent dans l'eau en faible quantité et non altérées ; mais si, au contraire, leur proportion est élevée ou si elles ont éprouvé un commencement de fermentation, l'eau doit être considérée comme insalubre..... Lorsque la température ambiante s'élève à 20 ou 25 degrés et que l'eau est renfermée quelque temps dans des réservoirs, la fermentation putride produit des principes gazeux, lesquels donnent naissance aux affections du tube digestif.....

On a imaginé un grand nombre de procédés pour la *clarification* et pour la *filtration* de l'eau..... Jusqu'ici les appareils les plus ingénieux n'ont pas permis de clarifier rapidement et à bon marché des masses considérables d'eau..... Le système même des galeries filtrantes, comme celles de Toulouse, ne donne pas constamment de bons résultats, et l'on a souvent besoin de recourir aux filtres artificiels..... Les galeries filtrantes de Toulouse et de Glasgow fournissent, depuis plusieurs années déjà, un volume d'eau beaucoup moins considérable..... Quelques personnes ont eu la singulière pensée d'employer ce moyen pour filtrer l'eau de Seine ; mais un pareil filtre ne donnerait que de l'eau chargée de sulfate de chaux et exactement semblable à celle des eaux des puits de Paris..... Aucun procédé connu ne paraît donc propre à filtrer l'eau nécessaire au service d'une grande ville..... Les filtres actuellement en usage n'agissent, d'ailleurs, que d'une manière mécanique, ne débarrassent l'eau que des matières tenues en suspension, et n'absorbent pas les substances organiques putréfiées et les gaz provenant de leur décomposition. Quant aux filtres employés dans l'économie domestique, leur principal inconvénient consiste en ce que l'eau se dépouille de son air et de son acide carbonique, en traversant la pierre calcaire dont ils sont faits Les expériences de MM. Lefort, Lambert et Poggiale ont mis ce fait hors de doute. Il résulte de ces expériences que l'eau filtrée perd 3^{cc},12 d'air par litre, et que c'est par une simple action physique qu'elle abandonne, en traversant les corps poreux, une partie des gaz qu'elle renferme. Cette remarque avait été déjà faite très formellement par Parmentier, ainsi que le prouve une citation empruntée à son *Mémoire sur l'eau de la Seine*.

Température. — Rien n'est plus digne d'attention, dans l'étude des eaux potables, que leur température... Quelle que soit sa composition chimique, l'eau est toujours insalubre si elle n'est pas tempérée en hiver et fraîche en été... Généralement on s'accorde à reconnaître qu'une eau est bonne, sous le rapport de la température, quand elle marque de 10 à 14 degrés centigrades... La température des eaux de source est ordinairement entre 12 et 14 degrés centigrades, tandis que celle des eaux de rivière varie avec la température de l'atmosphère, et ces variations sont quelquefois considérables... L'eau de Seine peut aller jusqu'à 26 et 27 degrés... Les eaux de rivières sont donc, au point de vue de la température, inférieures aux eaux de sources : aussi toutes les populations recherchent celles-ci, et un grand nombre de villes sont alimentées, au prix de lourds sacrifices, par des eaux de sources.

Peut-on fournir à une ville, pendant les chaleurs de l'été, de l'eau de rivière à la température de 12 à 14 degrés? M. le rapporteur répond sans hésiter que le rafraîchissement de l'eau destinée à l'alimentation d'une ville présente encore plus de difficultés que le filtrage, et que, dans l'état actuel de l'industrie, nous ne possédons aucun moyen qui soit propre à rafraîchir des masses considérables d'eau. En effet, l'eau qui circule dans des conduits perd d'abord de la chaleur ; la température du sol s'élève graduellement, et ne tarde pas à se mettre en équilibre de température avec l'eau. M. Poggiale, après avoir constaté les inconvénients et l'insuffisance du procédé de M. Terme, déclare que les habitants des villes qui sont alimentées par des eaux de rivière boivent de l'eau tiède pendant les chaleurs de l'été, et de l'eau froide pendant l'hiver.

Les eaux de source arrivent-elles, après un long parcours dans un aqueduc, avec leur température initiale? Si l'aqueduc est bien établi, et à une profondeur suffisante, 1^m,50 ou 2 mètres au-dessous du sol, le succès n'est pas douteux. C'est ce que démontrent d'une manière incontestable les observations faites à Dijon sur les eaux du Rosoir, à Paris sur les eaux d'Arcueil, à Rome sur les eaux *Felice* et *Vergine*, sur l'*eau argentine* et sur l'*eau du Soleil*. D'après les remarques de MM. Commaille et Lambert, l'eau de ces dernières fontaines marque 15 ou 16 degrés centigrades quand le thermomètre s'élève, à l'ombre, à 28 degrés.

Aération des eaux. — Tous les hygiénistes et chimistes admettent aujourd'hui que les eaux, pour être potables, doivent contenir une certaine quantité d'air et d'acide carbonique ; les eaux privées de gaz sont fades et indigestes... L'oxygène et l'azote proviennent constamment de l'atmosphère, tandis que l'acide carbonique est fourni, en grande partie, par le sol que les eaux ont traversé, et en plus faible proportion par l'air ambiant... Il résulte des recherches de MM. Deville, Maumené, Boussingault, Péligot, Bineau, Dupasquier, Langlois et Poggiale, que les eaux de source de bonne qualité contiennent de 5 à 7 centimètres cubes pour 1000 d'oxygène, de 13 à 16 centimètres cubes d'azote, et de 17 à 39 centimètres cubes d'acide carbonique. Dans les eaux de rivière, on trouve de 6 à 9 centimètres cubes d'oxygène, de 13 à 20 centimètres cubes d'azote, et de 7 à 23 centimètres cubes d'acide carbonique... Les eaux de source renferment donc un peu moins d'oxygène et plus d'acide carbonique que les eaux de rivière.

M. Poggiale regarde comme mal fondée ou au moins comme mal formulée l'opinion d'après laquelle l'acide carbonique ne serait pas indispensable dans les eaux potables, et même en mesurerait ordinairement la mauvaise qualité. L'acide carbonique, au contraire, est aussi utile que l'oxygène et l'azote, et toutes les eaux potables de bonne qualité contiennent de l'acide carbonique. Ce gaz n'est un indice de la mauvaise qualité de l'eau que lorsque ses proportions sont considérables, parce qu'on y trouve alors peu d'oxygène et beaucoup de bicarbonate de chaux. Sous ce rapport, M. Lefort et M. Poggiale préfèrent aux sources des terrains cristallisés les eaux des terrains crayeux sédimentaires, lesquelles, par leur contact prolongé à l'air, ont dissous la plus grande quantité possible d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique, et contiennent du bicarbonate de chaux en proportion telle qu'elles dissolvent le savon sans produire de grumeaux. Ces eaux ne laissent rien à désirer, soit pour la boisson, soit pour l'usage domestique... Quand les eaux de source contiennent en moyenne 17 centimètres cubes d'azote et 8 centimètres cubes d'oxygène, elles doivent être considérées comme des eaux courantes... Toute eau de source qui reçoit pendant un certain temps le contact direct de l'air, perd par cela même le caractère de son origine première... Une eau de source vaut une eau courante toutes les fois qu'elle a reçu suffisamment le contact de l'air, qu'elle marque 15 à 25 degrés à l'hydrotimètre, qu'elle dissout le savon sans produire de grumeaux, et enfin que les bicarbonates sont les sels essentiels de sa minéralisation.

Combien de temps faut-il pour que les eaux de source se saturent des éléments de l'air? Quelles sont les conditions les plus favorables pour que ces eaux puissent être assimilées, sous le rapport de leur aération, aux eaux courantes? Telles sont les questions que M. Lefort a essayé de résoudre par l'expérience, et que la commission a étudiées avec le plus grand soin. M. Poggiale entre dans le détail de ces expériences, desquelles il résulte que l'eau absolument privée d'air et d'acide carbonique par l'ébullition reprend les volumes primitifs de ces gaz, presque immédiatement, après une agitation active, et au bout de deux heures et demie, par la simple exposition à l'air, sous une température de 15 à 17 degrés. L'eau du puits artésien de Passy absorbe les quantités nécessaires d'oxygène et d'azote au bout d'une demi-heure...

Digitized by Google

D'après ces considérations, on est amené à conclure que lorsqu'on veut alimenter une grande ville avec des eaux de source, il importe de les faire circuler dans des aqueducs aérés, et de les mettre à l'abri des matières organiques qui, par leur décomposition, altèrent l'eau et lui enlèvent de l'oxygène. Suivant M. Dugué, l'ingénieur a à sa disposition des moyens très actifs d'aération qui ont été adoptés dans certains aqueducs; et, dans leurs recherches sur les eaux potables du bassin de Rome, MM. Commaille et Lambert ont reconnu que les eaux de source qui alimentent Rome sont convenablement aérées.

Substances fixes et matières organiques. — D'accord avec Dupasquier, M. Poggiale soutient que les eaux potables doivent renfermer une certaine proportion de matières salines en dissolution. S'appuyant sur les expériences physiologiques de Chossat et de Boussingault, M. le rapporteur proclame notamment l'utilité du chlorure de sodium et du carbonate calcaire pour l'alimentation des animaux et la formation des os; et même, suivant lui, rien ne prouve que les autres principes, tels que le sulfate de chaux, le chlorure de calcium et l'azotate de chaux, soient nuisibles lorsqu'ils se trouvent dans l'eau en petite quantité. Ils ne sont dangereux que par leur excès.

Quelle est la quantité de matières salines que doit contenir une eau potable? Les eaux de bonne qualité renferment de 1 à 3 décigrammes de principes fixes par litre, dont 5 à 15 centigrammes de carbonate de chaux. Lorsque le poids des matières salines dépasse 5 décigrammes, les eaux potables sont très peu estimées. M. Lefort prouve qu'une eau potable doit marquer de 10 à 24 degrés à l'hydrotimètre, qu'elle doit contenir assez de sels minéraux pour contribuer au travail de l'ossification, qu'elle doit être beaucoup plus riche en bicarbonates alcalins et terreux qu'en sulfate de chaux, qu'elle doit avoir une composition constante à toutes les époques de l'année.

Considérées au double point de vue de leurs propriétés physiques et chimiques, les eaux douces, dites potables, doivent être divisées, suivant M. Lefort, en deux groupes distincts, ce sont : 1° les eaux courantes de ruisseaux et de rivières; 2° les eaux de sources, qui se subdivisent en eaux de sources des terrains sédimentaires et en eaux de sources des terrains cristallisés.

Les eaux de fleuves et de rivières soumises d'une manière incessante aux intempéries des saisons et à l'action de l'air, de la chaleur et de la lumière, présentent des caractères physiques qui varient constamment, suivant les saisons, l'état de l'atmosphère, la nature des terrains qu'elles traversent ou que traversent leurs affluents, et suivant aussi la longueur de leur parcours. C'est ainsi que la Seine contient beaucoup moins de matières fixes à Rouen qu'à Paris.

Les eaux de rivières se chargent, en outre, d'une quantité plus ou moins grande de matières organiques, provenant soit des pluies torrentielles, soit des plantes, soit des égouts dans lesquels sont versés les produits putrescibles, les déjections et les immondices des grandes villes. Ce dernier fait a été mis hors de doute pour l'eau de la Seine en aval de Paris, par les analyses de MM. Boussingault, Boudet, Bussy et Chatin.

Les eaux de rivières puisées loin des grands centres de population sont cependant justement estimées pour la boisson et pour les usages industriels; si elles sont assez souvent troubles, si leur température est variable, elles sont très aérées, d'une digestion facile, et ne contiennent généralement qu'une proportion peu élevée de principes minéraux.

Les eaux douces des terrains cristallisés, qui ont, suivant M. Lefort, leur point d'émergence direct dans les massifs des terrains primitifs, de transition et volcaniques, ont une température plus uniforme que les sources d'eaux plus superficielles. Elles sont beaucoup moins aérées que les eaux courantes et les eaux des terrains sédimentaires. Elles sont très limpides, et ont une saveur fraîche et agréable à toutes les époques de l'année. Leur degré hydrotimétrique est le plus souvent inférieur à 20. Elles sont riches en acide carbonique et en azote, mais la proportion d'oxygène y est généralement faible. La quantité de principes minéraux n'est pas très élevée. La faible proportion de matières salines contenues dans ces eaux, une alimentation mauvaise et insuffisante qui ne fournit pas aux hommes les sels nécessaires à la nutrition, pourraient être rangées parmi les causes des maladies endémiques que l'on observe dans les montagnes.

Les sources qui émergent des terrains sédimentaires renferment les substances des couches terrestres qu'elles ont traversées. Leur composition est, par conséquent, très variable, leur saveur est moins agréable que celle des eaux des terrains primitifs, leur température est plus uniforme que celle des eaux courantes, leur degré hydrotimétrique est souvent supérieur à 20, elles contiennent moins d'azote et d'oxygène que les eaux de sources, de rivières, et la somme des principes minéraux est ordinairement plus élevée que dans les eaux courantes.

Il existe donc des eaux de sources de bonne et de mauvaise qualité, comme il y a de bonnes et de mauvaises eaux de rivières.

Doit-on donner la préférence aux eaux de sources ou aux eaux de rivières pour l'alimentation d'une grande ville? La solution de cette question, qui a tant agité les esprits dans ces derniers temps, présente quelques difficultés; MM. Michel Lévy et Tardieu pensent même qu'on ne saurait établir une opinion à priori sur ce sujet, et que l'analyse chimique et l'expérience médicale peuvent seules prononcer sur leurs qualités.

Les eaux de sources sont préférables sous le rapport de la limpidité et de la température; mais généralement elles ne sont pas suffisamment aérées, et elles contiennent une proportion trop élevée de matières salines. Les eaux de rivières sont plus aérées et préférables au point de vue de leur composition chimique; mais elles sont souvent troubles, chargées de matières organiques tièdes en été et froides en hiver. Ces caractères généraux sont incontestables et admis par tout le monde. Ainsi un savant ingénieur, partisan des eaux de rivières, pense qu'à part la *température* et la *limpidité*, ces eaux sont excellentes. Nous sommes de cet avis, mais à la condition de les filtrer et de les rafraîchir; et ce sont là, il doit le reconnaître, de très graves inconvénients pour l'approvisionnement d'une grande ville.

En 1835, l'Académie des sciences, consultée par la municipalité de Bordeaux sur l'eau de sources et l'eau de la Gironde que plusieurs compagnies lui proposaient, avait exprimé la même pensée. Elle répondit, en effet, sur la proposition d'une commission composée de Thenard, Girard, Robiquet, MM. Dumas et Poncelet : « L'eau filtrée de la Garonne doit être préférée à celles qui lui sont opposées, si l'on ne veut avoir égard qu'à leur composition. Sous le rapport de la pureté, on ne saurait refuser la supériorité à l'eau de la Garonne filtrée; mais reste à savoir jusqu'à quel point la filtration d'une aussi grande masse d'eau est possible. Au reste, la commission n'hésite pas à reconnaître que la limpidité constante des eaux de sources, jointe à l'uniformité de leur température, doit militer en leur faveur et même leur mériter la préférence. Beaucoup de personnes, comme on le sait, répugnent à faire usage de l'eau de rivière, surtout quand cette rivière reçoit et charrie une partie des immondices de toute une grande cité. »

Votre commission, ajoute M. Poggiale, partage entièrement l'avis émis par l'Académie des sciences.

Quand on n'envisage cette question qu'au point de vue hygiénique, les eaux de rivières comme les eaux de sources peuvent être employées aux usages domestiques, si elles sont limpides, fraîches en été et tempérées en hiver, si elles ont une saveur agréable, si elles marquent à l'hydrotimètre de 10 à 18 degrés, comme le voudrait M. Belgrand, ou 25 degrés au plus, si elles sont aérées, si elles contiennent peu de matières organiques et assez de principes minéraux pour le travail de l'ossification, et enfin si l'observation médicale n'a révélé au-

Digitized by Google

cun fait qui prouve l'influence des eaux dans la production des maladies endémiques.

Mais les difficultés de la filtration et du rafraîchissement de grandes masses d'eau sont telles qu'on donnera forcément la préférence aux eaux de sources toutes les fois qu'elles seront assez abondantes, qu'elles présenteront les caractères que nous venons de retracer, qu'elles seront aérées comme les eaux de rivières, et qu'elles se rapprocheront de celles-ci par leur composition chimique. Toutefois, il est indispensable de conduire les eaux de sources depuis leur point d'émergence jusqu'aux réservoirs de distribution dans des aqueducs larges, aérés et couverts, afin qu'elles conservent leur fraîcheur, qu'elles soient saturées d'oxygène et d'azote, et garanties des intempéries des saisons.

La commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser à M. Lefort une lettre de remercîments et de renvoyer son travail au comité de publication.

M. *le président* annonce que deux orateurs sont inscrits pour la discussion sur le rapport de M. Poggiale.

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Jacquemier sur les candidatures pour la place vacante dans la section d'accouchements.

Voici la liste de présentation : 1° M. Blot, 2° M. Devilliers, 3° M. Laborie, 4° M. Bernutz, 5° M. Salmon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. MOREL-LAVALLÉE.

OVARIOTOMIE.

M. *Boinet* a présenté à ses collègues la femme qu'il avait opérée d'un kyste de l'ovaire et dont l'observation a été publiée par l'auteur lui-même dans ce journal.

Il a aussi montré la pièce anatomique, qui se compose d'une seule poche au fond de laquelle on voit une sorte de tumeur aréolaire que le microscope a reconnu être composée de tissu fibro-plastique.

Malgré l'existence de cette seconde tumeur contenue dans la première, M. *Houël* considère le kyste enlevé par M. Boinet comme un kyste uniloculaire, et, par conséquent, favorable au succès de l'opération. Les kystes que M. Houël a vus jusqu'ici étaient beaucoup plus volumineux et avaient dû présenter de plus grandes difficultés d'extraction. Quant au procédé de ligature du pédicule que M. Boinet a employé, Spencer Wells l'avait déjà mis en usage.

M. *Demarquay* ne pense pas que M. Boinet puisse attribuer le succès qu'il a obtenu aux précautions qu'il a prises. Les mêmes précautions ont été prises par d'autres sans qu'ils aient réussi. Les conditions de succès ou d'insuccès de l'ovariotomie pour des kystes de même espèce et à peu près de même volume restent jusqu'à présent indéterminées.

M. *Giraldès* déclare qu'il ne se résoudrait que très difficilement à pratiquer l'ovariotomie. Il s'abstiendrait si la malade avait plus de quarante à quarante-cinq ans ; il aurait recours alors à la ponction simple, qui peut n'être nécessaire que tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans et même tous les douze ou quinze ans. Il rappelle que, dans les hôpitaux de Londres, l'ovariotomie n'a pas encore donné un seul succès.

M. *Boinet* ne s'est décidé à opérer que parce que, après avoir fait sept ponctions suivies d'injections iodées, il voyait la malade dans un tel état d'affaiblissement que la mort était imminente. Les ponctions faites avant l'ovariotomie lui paraissent avantageuses, parce qu'elles diminuent le volume du kyste, ce qui rend l'opération plus facile ; parce qu'elles favorisent l'épaississement des parois du kyste, ce qui évite leur rupture pendant l'extirpation ; enfin parce qu'elles aident à poser le diagnostic sur la forme du kyste et sur ses adhérences.

Ce signe que M. Boinet tire de la rétraction du kyste après la ponction ne peut, de l'avis de M. *Demarquay*, être fourni par les kystes multiloculaires. L'existence du liquide dans le péritoine peut faire croire à l'absence d'adhérences superficielles ; mais il peut exister encore des adhérences profondes dans le petit bassin, et celles-ci sont très graves.

Reconnaître l'absence d'adhérences à la rétraction du kyste paraît tout à fait impossible à M. *Velpeau*. Les kystes de l'ovaire, s'ils se rétractent après la ponction, se rétractent si lentement et si peu que le résultat total est à peine appréciable. Chez les femmes qui guérissent après l'issue du liquide, les parois du kyste restent flasques, molles, et n'offrent pas de rétraction apparente. La tumeur que M. Boinet a trouvée dans la fosse iliaque, et qu'il a attribuée à la présence du kyste revenu sur lui-même, n'était autre que la tumeur fibro-plastique développée au fond du kyste. Quant au kyste, il était resté flottant et affaissé, mais non rétracté.

M. *Giraldès* ne croit pas non plus à la rétraction telle que l'entend M. Boinet. L'exploration du ventre ne la lui a pas fait découvrir chez une malade qui avait été guérie d'un kyste de l'ovaire par plusieurs injections iodées. Chez une autre malade qui avait subi une injection iodée et qui était morte d'apoplexie quinze jours après, on trouva le kyste affaissé, mais non rétracté.

M. *Boinet* n'admet pas non plus que la rétraction se produise immédiatement, mais il l'a vue se produire souvent après trois ou quatre mois, et il a pu sentir, dans ces cas, les kystes rétractés former une tumeur dans l'une des fosses iliaques.

Dr P. CHATILLON.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Carie de l'extrémité inférieure du cubitus gauche; résection; carie consécutive des os du poignet, par M. ARRACHARD.

OBS. — Henri D..., âgé de vingt et un ans, entre à l'hôpital le 18 août 1860. Peintre de profession, il faillit tomber de son échelle ; dans le mouvement qu'il fit pour se retenir, il heurta violemment l'extrémité inférieure du bras gauche. Cet accident remonte à trois mois. Pendant quelque temps, il se manifesta de ce côté un peu de douleur et de rougeur ; puis ces phénomènes disparurent. Le malade se croyait guéri, lorsque, il y a quatre semaines environ, la peau rougit, s'ulcéra et donna issue à du pus sanieux. Maintenant autour de l'ulcération, siégeant à trois travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, il y a un décollement assez considérable ; le stylet glisse d'abord sur le côté interne de l'os, et finit par accuser une dénudation que l'on peut évaluer à un centimètre carré. Cette altération siége surtout en dedans et en avant ; il est difficile, même en recourbant fortement le stylet, de bien explorer toute la partie malade. L'aspect général indique un tempérament lymphatique, bien que la peau n'en porte pas de stigmates indélébiles. Malgré ces mauvaises conditions, considérant que chez ce jeune homme l'élément scrofuleux n'était pas très marqué, qu'il était arrivé à l'âge adulte ; comptant n'avoir qu'à ruginer l'endroit carié, et, dans le cas où l'étendue de la lésion nécessiterait la résection, sur la régénération de l'os par le périoste, après avoir expliqué au malade tout ce qui pouvait arriver, je lui proposai de l'opérer.

Le 22 août, je fis sur le bord interne du cubitus une incision de 8 à 10 centimètres. Il me fut facile alors de m'assurer que la carie pénétrait plus loin que ne l'avait accusé le stylet, la partie antérieure de l'os était altérée. Après avoir détaché le périoste avec grand soin dans tous les points accessibles, j'essayai de passer une aiguille pour conduire la scie à chaîne. Cela fut impossible, à moins de comprendre dans la section des fibres musculaires, et par suite le périoste. Afin de parer à cette difficulté, et n'ayant pas de sonde à résection, j'isolai les parties molles avec deux spatules passées l'une au-dessus, l'autre au-dessous, et je fis agir la petite scie à main. Restait l'extrémité inférieure à détacher. Ne voulant pas pénétrer dans l'articulation du carpe, et ne me trouvant pas suffisamment à l'abri de cet accident par la présence du cartilage inter-articulaire, je modifiai le procédé classique. Deux spatules furent appliquées comme précédemment au-dessus de l'articulation ; leur écartement ne

Digitized by Google

pouvant être assez grand pour faire agir la scie, je coupai le cubitus avec une cisaille. Je parvins ainsi à laisser un centimètre au moins de tissu osseux. La plaie fut remplie de charpie.

La portion reséquée mesurait 5 centimètres et demi de longueur. L'altération de l'os était encore superficielle ; elle occupait la face interne et la face antérieure ; il n'y avait nulle trace de tubercule.

Pendant les quelques jours qui suivaient l'opération, il y eut de la tuméfaction considérable au niveau de la plaie ; jamais le poignet ne fut le siége d'aucune douleur. Peu à peu, grâce à un traitement général et à des applications de perchlorure de fer, la plaie se rétrécit, mais très lentement. Lorsque je quittai le service, à la fin de septembre, elle n'était pas cicatrisée. Pendant l'hiver, M. Parise enleva un petit fragment osseux ; c'était sans doute tout ou partie de l'extrémité inférieure qui avait été respectée. La main ayant de la tendance à se porter en dedans fut maintenue par une attelle. Au commencement d'avril 1861, la plaie était presque complétement cicatrisée. Mais le poignet devenait douloureux ; plus tard je dus ouvrir un abcès de ce côté, et par cette ouverture je constatai l'altération du carpe. Le malade sortit de l'hôpital à la fin de mai. (*Bulletin médical du Nord*, octobre 1862.)

— L'observation d'Arrachard nous présente un exemple d'insuccès des résections incomplètes. Il est probable que dès le moment de l'opération, les os du carpe étaient plus ou moins envahis. Le chirurgien crut devoir éviter avec soin l'ouverture de l'articulation, cependant Orret, MM. Green, Fergusson, Stanley, etc., ont montré par des exemples assez nombreux déjà que la résection complète du poignet peut être suivie de succès ; lorsque l'extrémité articulaire d'un os est malade, il paraît préférable de l'enlever, plutôt que de chercher à éviter l'ouverture de l'articulation, car il est rare que la lame osseuse respectée ne soit pas elle-même malade. L'opération n'a donc pas guéri la maladie, et l'extension de la carie amènera ce qu'a voulu éviter l'opérateur, l'ouverture de l'articulation.

Vésicatoires volants appliqués sur les paupières dans les inflammations oculaires, par M. Courty.

M. Velpeau, il y a longues années déjà, préconisa l'emploi du vésicatoire volant appliqué sur les paupières dans les cas d'inflammations oculaires. Ce moyen, vanté auparavant par Woolhouse et Assalini, fut repoussé par presque tous les spécialistes, et, malgré les succès obtenus par M. Velpeau, on se contenta, comme on le fait encore journellement, d'appliquer les vésicatoires sur la région temporale. M. Courty les applique directement sur les paupières mêmes, et il publie dans le Montpellier médical (novembre 1862) vingt observations qu'il cite comme pouvant permettre d'apprécier l'innocuité du vésicatoire, son efficacité, sa manière d'agir et les indications de son emploi.

Jamais son application n'a été suivie de douleur ou d'aggravation dans les symptômes. L'efficacité n'est pas douteuse dans les cas simples, dans les conjonctivites franches, aiguës, modérées. La dimension ordinaire du vésicatoire doit être en général celle d'une pièce de 5 fr. On peut remplacer les cantharides par l'ammoniaque et appliquer sur la paupière, soit de la pommade de Gondret, soit un disque de toile trempé dans l'alcali volatil. Dans ce cas, on recouvre une pièce d'argent d'un carré de toile fine pliée en double, dont les angles, relevés vers l'une des faces de la pièce, servent à la maintenir appliquée sur la peau comme un cachet de bureau, tandis que le plein, déployé sur l'autre face et humecté avec de l'ammoniaque, détermine en peu d'instants le soulèvement de l'épiderme.

Au bout de cinq ou six heures, quelquefois plus tôt, la phlyctène est produite. On panse simplement avec du beurre frais, et l'on maintient l'appareil avec une bande. Si la tendance à la dessiccation ne se montre pas assez vite, il faut substituer au beurre le cérat opiacé.

Polypes muqueux des fosses nasales ; extirpation, par M. Lawrence.

Les polypes fibreux naso-pharyngiens nécessitent parfois pour leur extirpation des opérations préliminaires, mais seulement lorsque leur implantation est sur la face inférieure de l'apophyse basilaire, sur la base du crâne en un mot. Le plus souvent, l'opération préalable a été l'extirpation du maxillaire supérieur ; mais, dans ces derniers temps, M. Huguier a proposé et pratiqué la section horizontale de cet os, qu'il repousse en dehors pendant l'extirpation du polype et qu'il replace ensuite, faisant ainsi une sorte d'ostéoplastie.

M. Lawrence, ayant à traiter un homme de vingt-deux ans, atteint de polypes des fosses nasales, tenta de les arracher avec des pinces ; mais l'extirpation fut incomplète, et le malade, en présence d'une récidive, voulut une opération radicale. M. Lawrence détacha le nez par deux incisions verticales partant du sac lacrymal de chaque côté et descendant jusqu'au sillon naso-labial, puis une troisième incision transversale coupa la sous-cloison, qui fut avec l'épine nasale antérieure la cloison dans toute sa hauteur coupée avec des cisailles. Le nez fut relevé sur le front, les polypes furent enlevés, puis le nez fut remis en place et assuré par quelques sutures. La réunion fut parfaite en quelques jours. (*Medical Times and Gazette*, 1862, t. XI, p. 491.)

— Ce procédé, dont M. Lawrence se regarde comme l'inventeur, n'est pas nouveau. Il a été imaginé, il y a cinq ans, par M. Marius Desprez, et a fait le sujet de sa thèse inaugurale ; et l'auteur le proposait pour l'extirpation des polypes nasaux et naso-pharyngiens. M. Michon, en 1857, eut recours à ce procédé pour extirper un polype des fosses nasales.

Autant qu'il est permis de le dire sans avoir vu le malade, et lorsque le chirurgien est M. Lawrence, nous pensons que les opérations préliminaires sont rarement utiles lorsqu'il s'agit de polypes muqueux et nasaux. Cette question était agitée il y a quelques jours à la Société de chirurgie et unanimement résolue dans ce sens. L'opération de M. Desprez, pratiquée pour l'extirpation d'un polype nasal, ne devrait être faite que pour les polypes nasaux fibreux ou fibro-muqueux, dont le point d'insertion est difficile à atteindre ; appliquée au traitement des polypes pharyngiens, elle présente, comme celle de M. Huguier, ce désavantage que la restauration immédiate des parties déplacées ne permet pas de surveiller et d'arrêter les récidives qui se font au lieu d'implantation.

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, tome II (année 1861). — Un fort vol. in-8 ; chez Victor Masson et fils.

Plus d'une fois, dans ce journal, et notamment l'année dernière, en parlant du tome Ier des Bulletins de la Société d'anthropologie, nous avons fait ressortir toute l'opportunité de cette institution, et nous n'avons pas hésité à prédire de belles destinées à une œuvre si éminemment utile. En moins de trois ans, cette Société a pris un tel développement, que sa rapide prospérité a dépassé même nos prévisions. Grâce à de hautes adhésions, grâce au concours de maîtres illustres, grâce au zèle et aux lumières de ses fondateurs, elle n'a pas eu à lutter contre les rudes épreuves d'un laborieux enfantement, ni à traverser cette période d'obscurité, d'hésitation et de découragement où vont échouer si fatalement tant d'entreprises naissantes. — Dès l'abord, celle-ci a marqué son rang parmi les corps savants les plus distingués ; et aujourd'hui elle compte glorieusement au nombre de ses titulaires, de ses associés ou de ses correspondants, presque tous les professeurs et les écrivains qui se sont rendus fameux dans la science de l'homme ou dans l'étude des races humaines. Tous les jours, des matériaux importants s'ajoutent à ses archives, et des richesses nouvelles viennent grossir le trésor de ses collections ; enfin, ses *Bulletins*, rédigés avec un talent singulier, publiés avec

une scrupuleuse exactitude, et confiés aux soins éclairés d'un éminent éditeur, dont le dévouement et le concours intelligent n'ont jamais fait défaut aux intérêts de la science et des Sociétés savantes, ses *Bulletins*, dis-je, véritables modèles de clarté et de précision scientifique, répandent au loin le fruit de ses travaux et l'éclat de ses discussions.

Parmi les questions récemment débattues au sein de la Société d'anthropologie, il en est peu qui aient été plus magistralement traitées que la question de la crâniologie. La discussion n'a pas tenu moins de huit séances; elle occupe une grande partie du II^e volume des *Bulletins*, et même elle empiète sur le tome III. La longueur des débats s'explique aisément par l'intérêt et par l'importance du sujet. On peut dire, en effet, que la tête c'est presque tout l'homme. C'est par elle surtout, par la beauté de sa structure et la noblesse de ses proportions, que l'homme se distingue du reste des animaux; et c'est en elle que les anthropologistes, à quelque école qu'ils appartiennent, cherchent plus spécialement les caractères distinctifs des races et des individus.

Mais, tandis que les uns attachent une grande valeur au *volume* de la tête et notamment à celui de son segment supérieur, le crâne, les autres, sans dédaigner absolument les évaluations métriques, ne leur accordent qu'une signification relative et tout à fait secondaire, et placent bien au-dessus les appréciations tirées de la *forme*.

Ces deux doctrines ont été développées et soutenues contradictoirement, devant la Société d'anthropologie, avec un grand déploiement d'érudition, une rare énergie de conviction et un véritable assaut d'éloquence, par quelques-uns des membres les plus autorisés et les plus compétents, notamment par M. Gratiolet et par M. Broca.

Dans la séance du 21 février 1861, M. Gratiolet, dissertant sur le crâne d'un Mexicain Totonaque, récemment présenté à la Société, se prend à déclarer « que les recherches sur la cavité crânienne n'ont à ses yeux *presque* aucune signification; qu'il n'y a aucun rapport *constant* entre le développement de l'intelligence et celui de la masse encéphalique; qu'on peut être très médiocre avec un gros cerveau, et très éminent avec un cerveau plus petit que la moyenne; enfin, que c'est la forme et non le volume qui fait la dignité du cerveau. »

Et là-dessus, M. Broca de protester au nom de tous les crâniologues présents et passés. Dépouillant toutes les statistiques, rappelant les travaux et invoquant l'autorité de Sœmmering, de Wenzel, de Tiedemann, de Desmoulins, de Sims, de Huschke, de Bergmann, de van der Hœven, de Aitken Meigs, de Wagner, de MM. Parchappe et Lélut, rappelant toutes les pesées du cerveau et toutes les mensurations du crâne pratiquées dans les cinq parties du monde, M. Broca a dressé d'une main habile et avec une précision, une rigueur, dignes d'un expert en comptabilité, le bilan de la crâniométrie et de la docimasie cérébrale. Malgré l'importance et l'autorité de pareils témoins, l'orateur ne s'est pas contenté de produire leurs dépositions sans examen et de fournir ses preuves sans vérification. M. Broca n'est point de ces esprits aveuglément dociles et imbus d'une orthodoxie fétichiste, qui s'inclinent et qui jurent sur la parole du maître : il est de ces disciples de saint Thomas qui veulent voir et toucher avant de croire. Donc, pour donner plus de force et de certitude à sa démonstration, avant de se servir des documents que la science mettait en ses mains, il les a soumis à l'épreuve décisive d'un recensement sévère, d'un contrôle impitoyable et d'une discussion approfondie; s'aidant de procédés numériques plus exacts et plus rigoureux, il a refait les calculs, révisé les chiffres, épuré les tableaux, écarté les éléments hétéroclites ou douteux, corrigé les défauts, redressé les erreurs et refondu les statistiques de ses devanciers. Ces critiques et ces rectifications ont porté principalement sur les tableaux de M. Rodolphe Wagner, dont M. Gratiolet s'était fait une arme contre les pesées cérébrales. M. Broca a si bien retouché les calculs de l'anatomiste allemand, qu'il est parvenu à leur donner une signification diamétralement opposée, et qu'il a pu les faire servir au triomphe d'une cause, dont ils paraissaient être d'abord la plus éclatante condamnation.

C'est donc avec cet ensemble de riches matériaux, convenablement choisis et soigneusement remaniés, que M. Broca s'est efforcé de résoudre cette question : « L'intelligence, considérée soit chez les individus, soit chez les races, est-elle en rapport avec le poids et le volume du cerveau? — Notre éminent collègue démontre que les faits et la théorie fournissent de concert une réponse affirmative mais non absolue; qu'en général, et toutes choses égales d'ailleurs, le volume et le poids de l'encéphale, envisagés suivant les sexes et suivant les âges, varient dans le même sens que la puissance intellectuelle; que la masse cérébrale augmente jusqu'à trente ans, acquiert son maximum de développement de trente à quarante ans, reste à peu près stationnaire de quarante à cinquante ans, et diminue notablement dans la décade suivante : selon lui, la limite *minimum* du poids du cerveau chez l'adulte, limite au-dessous de laquelle l'intelligence disparaît et fait place à l'idiotie, est de 907 grammes pour la femme et de 1049 grammes pour l'homme; la limite moyenne *maximum*, au delà de laquelle l'intelligence s'élève au-dessus du vulgaire, est de 1262 grammes pour la femme et de 1414 grammes pour l'homme; si bien que le poids du cerveau chez l'homme est plus considérable que chez la femme d'une quantité moyenne d'environ 10 pour 100. M. Broca rappelle, à cette occasion, que la femme est *en moyenne* un peu moins intelligente que l'homme; mais, en même temps, il proteste avec raison contre la tendance trop générale à exagérer la différence du niveau intellectuel entre les deux sexes. En effet, dans un semblable parallèle, on ne saurait trop tenir compte de l'organisation propre à la femme, et de la prédominance qui en résulte chez elle pour certaines aptitudes; on ne pourrait oublier, non plus, sans une sorte de déni de justice, la part inégale que la *société* fait à l'homme et à la femme dans la répartition des bienfaits de l'enseignement et de l'éducation. Jusqu'à présent, tous les avantages, tous les priviléges sur ce point ont été pour l'homme, toutes les réserves, toutes les restrictions pour la femme. Sans prétendre ravaler nos vrais mérites, savons-nous bien exactement ce qu'il adviendrait de cette suprématie de l'esprit, de cette souveraineté de l'intelligence dont nous tirons tant vanité, si nos colléges, nos écoles spéciales, nos facultés et nos académies étaient ouvertes à l'autre moitié du genre humain? L'histoire des temps passés et l'histoire contemporaine ne sont-elles pas là pour répondre que le savoir, le talent, l'élévation de l'esprit, la sûreté du jugement, l'étendue et la variété des connaissances, le génie, le courage, ne sont point l'apanage exclusif de l'homme, et que plusieurs femmes, bénéficiant du privilége d'une situation exceptionnelle, ont porté haut la gloire de leur sexe dans les sciences, dans les arts, dans les lettres, dans la politique et même dans les combats.

Cela dit, nous ne pouvons qu'adhérer aux conclusions si sages et si réservées que M. Broca tire de ses recherches relativement à l'objet principal de son discours. Tenant compte de la complexité de structure et de fonctions de l'encéphale et de l'influence que doit nécessairement exercer le développement plus ou moins grand des parties affectées à la sensibilité et à la motilité, suivant la taille et la vigueur musculaire, M. Broca admet que des hommes égaux en intelligence pourront avoir des cerveaux inégaux en poids, et réciproquement; qu'un homme supérieur pourra avoir le cerveau moins lourd qu'un homme ordinaire; mais il déclare aussi que, d'une manière générale, en considérant les faits dans leur ensemble, en opérant sur un grand nombre de cerveaux, pour s'élever au-dessus de quelques cas particuliers plus ou moins exceptionnels, on trouve, soit chez les individus, soit chez les races, un rapport *approximatif* entre la masse du cerveau et la capacité intellectuelle. Ce rapport n'est pas constant, dit-il, mais il

Digitized by Google

n'est pas douteux ; la proportion n'est pas rigoureuse, mais elle est réelle. Le cerveau des hommes illustres en fournit la preuve éclatante ; sans parler des cerveaux de Descartes, de Pascal et de Cromwell, dont le poids surprenant n'offre pas tout le degré d'authenticité désirable, on sait positivement que celui de Cuvier pesait 1829 grammes et celui de lord Byron 1807 grammes, c'est-à-dire près de 400 grammes de plus que le poids moyen des cerveaux d'adultes.

Le volume du cerveau, ajoute M. Broca, n'est qu'un des éléments de la puissance intellectuelle ; la *forme* de cet organe est un élément non moins important ;... à côté de la question de masse, il y a la question de *structure*, à côté de la quantité il y a la *qualité* : et, afin que personne n'en puisse douter, M. Broca consacre la plus grande partie de sa seconde dissertation (séance du 2 mai 1861) à l'étude des circonvolutions cérébrales et de leur structure. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion des localisations cérébrales.

On voit que la doctrine de M. Broca sur le volume du crâne et le poids du cerveau n'a rien d'absolu. Il semble donc qu'avec de pareilles réserves elle aurait pu facilement trouver grâce devant M. Gratiolet ; mais non ! M. Broca a jeté tant de chiffres, tant de calculs, tant de statistiques à la tête de son éminent contradicteur, qu'il l'a étourdi, si je puis ainsi dire, et lui a complétement donné le change sur ses idées. M. Gratiolet a donc répliqué à M. Broca, comme si celui-ci eût proclamé l'existence d'une relation constante, nécessaire, fatale, absolue, entre la capacité crânienne et la capacité intellectuelle, et comme s'il eût tenté d'exalter la valeur cubique de l'encéphale au détriment de ses avantages morphologiques. Dans un discours très vif, très brillant de forme et tout étincelant d'esprit et d'érudition, l'orateur a signalé les difficultés intrinsèques et extrinsèques de la mensuration du crâne et de la docimasie cérébrale. Insistant sur l'insuffisance et l'imperfection des procédés généralement usités, il a fait ressortir ce qu'il y avait de contradictoire dans les documents invoqués par M. Broca, ce qu'il y avait de défectueux dans les calculs, d'erroné dans les statistiques, et partant d'incertain, d'illogique et d'inexact dans les conséquences qu'on en voulait tirer. Pourquoi donc M. Gratiolet a-t-il appuyé si fort sur ce point ? Est-ce que M. Broca, comme nous l'avons dit plus haut, n'a pas reconnu lui-même les défauts, les imperfections et les erreurs de la plupart des calculs et des statistiques ? Est-ce qu'il s'est servi de ces documents tels qu'il les a trouvés dans les auteurs ? N'a-t-il pas eu soin, avant de les utiliser, et pour pouvoir mieux en tirer des déductions précises, de leur faire subir des amendements préalables et des corrections nécessaires ? Le tableau de Wagner a seul trouvé grâce devant M. Gratiolet. Est-ce donc que ce tableau même est plus irréprochable que ceux de M. Sims et de M. Parchappe ? Nullement ; M. Broca l'a suffisamment prouvé. Pourquoi donc M. Gratiolet l'a-t-il accepté si volontiers, sans tenir compte des critiques de son savant contradicteur ? La raison, la voici : c'est que le tableau de M. Wagner démontre, selon M. Gratiolet, le néant des pesées cérébrales en masse, de l'emploi de la balance réduite à elle-même. Mais que devient cet argument en face des rectifications apportées par M. Broca au tableau primitif, original, de M. Wagner ?

On sait qu'au-dessus du poids M. Gratiolet place la forme du cerveau. Il consacre au développement et à la démonstration de cette opinion tout le savoir et tout le talent qu'on est en droit d'attendre d'un des anatomistes les plus habiles et des physiologistes les plus éminents de notre époque. Il étudie les modifications que l'âge et la race impriment à la forme de l'encéphale, et de cette étude il conclut que les lobes frontaux ont une dignité physiologique supérieure, qu'ils sont, pour ainsi dire, la fleur du cerveau.

Mais M. Gratiolet n'est pas un anatomiste pur, ni un physiologiste vulgaire ; c'est encore un philosophe, non point un de ces philosophes qui se perdent dans les nuages des spéculations transcendantes ou dans l'abîme d'une métaphysique insaisissable ; non, il appartient à cette école de juste-milieu, qui s'efforce de concilier, dans l'étude de l'homme, l'élément dynamique et l'élément matériel, et de saisir leurs rapports et leurs réactions réciproques, au lieu de trancher ce difficile problème par le procédé plus commode et plus expéditif du doute ou de la négation. Il est donc une chose qu'il met encore au-dessus des attributs anatomiques du cerveau, au-dessus du poids et de la forme, c'est l'énergie vitale, la puissance intrinsèque de l'organe. Les considérations physiologiques que l'orateur fait valoir à l'appui de cette doctrine portent l'empreinte de profondes et solides méditations sur ce grave sujet, et franchement il est difficile de résister à la force des raisons qu'il allègue. Cependant ces raisons n'ont pas été du goût de M. de Jouvencel, qui s'est fâché tout rouge de ce que M. Gratiolet avait l'audace de faire intervenir la psychologie dans le débat. Nous croyons, avec M. Gratiolet, que la psychologie est d'assez bonne maison pour avoir ses entrées dans la Société d'anthropologie, et qu'une étude de l'homme ne saurait être ni sérieuse, ni complète, si l'on se borne à la connaissance du cadavre et de la matière morte, et si l'on ne cherche pas à approfondir, en dépit de ses obscurités, le mystère de la vie, des forces organiques et du dynamisme intellectuel.

Mais revenons au duel scientifique de MM. Broca et Gratiolet. Aussi bien, en y regardant de très près, et en allant au cœur même de la querelle, voit-on clairement que les deux adversaires ne sont pas aussi loin de s'entendre qu'ils n'en ont l'air. En effet, que dit M. Broca ? « Qu'il existe entre la masse cérébrale et la puissance intellectuelle un rapport *approximatif*, que la *forme* du cerveau est un élément d'appréciation non moins important que le volume, qu'à côté de la masse il y a la *structure*, à côté de la quantité la *qualité*. — Que soutient, à son tour, M. Gratiolet ? « Qu'il n'y a *aucun rapport constant* entre le développement intellectuel et le développement cérébral, que la perfection cérébrale et intellectuelle suppose une certaine *masse* et une certaine *forme*, que la forme importe plus que le poids, et qu'au-dessus de la forme il y a la *force* qui vit dans le cerveau, etc. »

On le voit donc, entre M. Gratiolet et M. Broca le désaccord est plus apparent que réel ; il est plus à la surface qu'au fond, et plus dans les mots que dans les choses. Tous les deux tiennent compte de la masse et de la forme, l'un plus et l'autre moins ; au-dessus ou à côté de la masse et de la forme, tous les deux placent un autre élément : pour celui-ci c'est la structure ou la qualité ; pour celui-là c'est la force vitale ou le dynamisme cérébral. Au demeurant, le débat se réduit entre les deux savants champions à une affaire de plus ou de moins, et à une question de terminologie ; aussi,

La discussion finit-elle
Par baiser d'amour fraternelle.

M. Auburtin, M. Périer, M. Baillarger ont exprimé des opinions à peu près semblables. A leurs yeux, le poids n'est pas tout dans la mesure des fonctions de l'encéphale, et l'intelligence ne dépend pas uniquement de la masse du cerveau ; ici comme partout ailleurs la fonction est en rapport avec l'organe ; et il faut tenir compte, non-seulement du volume, mais encore de l'essence, de la nature, de la qualité de la trame organique. Le crâne de Descartes a fourni à M. Périer l'occasion d'exposer des recherches historiques du plus vif intérêt. Contrairement à l'assertion de M. Gratiolet, qui s'était fait un argument de l'exiguïté d'un crâne équivoque, sinon apocryphe, de l'auteur du Discours sur la méthode, M. Périer, invoquant le témoignage irrécusable d'Adrien Baillet, réhabilite la tête de l'illustre philosophe, et prouve qu'il l'avait « un peu grosse par rapport au tronc, avec un front large, un peu avancé, mais presque en tout temps couvert de cheveux jusqu'aux sourcils. »

A. Linas.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Digitized by Google

VII

VARIÉTÉS.

Inauguration de la statue d'Esquirol. — Samedi dernier, c'était grande fête à la Maison impériale de Charenton. M. Parchappe, inspecteur général des établissements d'aliénés, délégué par M. le ministre de l'intérieur, et entouré de M. de Fontanes, directeur, de MM. les docteurs Calmeil, médecin en chef, Gustave Deguise, chirurgien en chef, Rousselin, médecin adjoint, et de MM. les membres de la commission consultative, inaugurait, dans la cour d'honneur, la statue d'Esquirol, œuvre suprême du statuaire Toussaint, qu'une mort prématurée vient de frapper dans la force de l'âge et du talent.

La place d'Esquirol était bien là, dans cette maison-modèle, agrandie, transformée, embellie par ses soins, reconstruite d'après ses plans, et toute pleine encore du souvenir de ses bienfaits et de son génie; elle était bien là, au milieu de ces aliénés qu'il avait tant aimés, qu'il avait soignés avec un si grand dévouement, avec une si tendre sollicitude, et auxquels il avait consacré le plus beau de son intelligence et donné le meilleur de son cœur. L'œuvre réformatrice d'Esquirol, l'impulsion féconde qu'il a imprimée aux progrès de la pathologie mentale, l'influence bienfaisante de ses doctrines sur la thérapeutique des aliénés, les services rendus par sa généreuse initiative à la cause sainte de ces pauvres déshérités, ont été caractérisés par M. Parchappe en des termes remplis de noblesse et d'élévation. M. Baillarger, dans un discours remarquable et souvent éloquent, qu'on regrette de ne pouvoir reproduire, a rendu un touchant et légitime hommage aux éminentes qualités, au rare mérite et aux immortels travaux de son illustre maître. La belle vie d'Esquirol, comme médecin, comme philanthrope, comme hygiéniste, comme philosophe, a trouvé encore des panégyristes habiles et bien inspirés dans MM. Delapalme, de Fontanes, Calmeil, Trebuchet et Delasiauve, parlant respectivement au nom de l'administration et du service médical de Charenton, du Conseil d'hygiène publique et de la Société médico-psychologique. De nombreux et sincères applaudissements ont souvent prouvé aux orateurs qu'ils étaient les fidèles interprètes des sentiments de l'assemblée.

La famille d'Esquirol et celle de M. Mitivié, son neveu, son fils adoptif, son successeur à la Salpêtrière, le digne continuateur de son œuvre et le dépositaire de ses doctrines, assistaient à cette imposante cérémonie. On y remarquait aussi la plupart de ses élèves, de ses anciens amis et beaucoup d'hommes importants dans la médecine, la magistrature, le barreau, les lettres et la presse, entre autres, pour ne nommer que les nôtres, MM. Rayer, Bouillaud, Cloquet, Larrey, Trélat, Tardieu, Béclard, Moreau (de Tours), Falret, Voisin, Cerise, Brierre de Boismont, Archambault, Caffe, Amédée Latour, Lunier, Dumesnil, Labitte, etc.

Et maintenant que la France, en élevant une statue à Esquirol, a fait son devoir et payé sa dette envers ce grand homme, espérons que Toulouse, sa ville natale, n'hésitera plus à réparer un oubli qui, en se prolongeant, serait de l'ingratitude; et qu'elle s'empressera de placer au Capitole, dans la salle des Illustres, le buste d'un de ses plus glorieux enfants, d'un homme de bien, qui sera, sans contredit, une des plus pures et des plus nobles figures de notre siècle, d'un médecin célèbre, dont le nom est inscrit déjà, à côté de celui de Pinel, parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

A. L.

Miss Garrett, élève en médecine à l'Université anglaise de St-Andrew, n'a pu obtenir du sénat académique le grade de *doctoresse*. Miss Garrett a fait appel devant la Cour de l'Université.

— La commission administrative de l'Association générale des médecins de France s'est réunie extraordinairement le 23 novembre, et a rédigé, séance tenante, sur la proposition de M. Michel Lévy, président de la Société centrale, une adresse de condoléance à M. Rayer, relativement aux troubles qui ont éclaté à la séance solennelle de rentrée de la Faculté. Les membres de la commission générale se sont ensuite rendus au domicile de M. Rayer, et l'ont assuré de leurs plus vives sympathies. M. le doyen s'est montré extrêmement touché de cette démarche. (*Gazette des hôpitaux.*)

— M. le professeur Bouillaud a ouvert son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 25 novembre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Les visites auront lieu à huit heures, et les leçons à neuf heures.

— M. le docteur Fourgeaud, médecin-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour quatre places d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris a commencé lundi.

Le jury est composé de MM. Rayer, président; Tardieu, Cruveilhier, Grisolle, Piorry, Bouillaud, Monneret, Dubois (d'Amiens) et Michel Lévy. Les concurrents inscrits sont : MM. Archambault, Bucquoy, Desnos, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Frémineau, Fournier, Hervieux, Jaccoud, Lancereaux, Luys, Menjaud, Peter, Pinel (Ph.), Racle, Raymond, Sandras et Vidal.

— M. le docteur Binet, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Pontorson (Manche), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe).

— Nous apprenons que M. Malgaigne a donné sa démission de ses fonctions de chirurgien de la Charité.

— Par un arrêté en date du 10 de ce mois, M. le préfet de police vient de rappeler une ordonnance antérieure par laquelle défense est faite d'ouvrir dans Paris aucun amphithéâtre particulier de dissection, soit pour professer l'anatomie, la médecine préparatoire, soit pour disséquer et *manœuvrer* sur les cadavres les opérations chirurgicales. Pareille défense est faite pour les hôpitaux, hospices et maisons de santé. Les dissections et exercices d'anatomie ne pourront être faits que dans les pavillons de la Faculté de médecine et à l'École anatomique de Clamart.

— Le docteur Grand-Boulogne, envoyé au Mexique par M. le ministre de la guerre, a été frappé par l'épidémie. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il est en pleine convalescence, et qu'il a déjà pris un service au nouvel hôpital militaire. (*Moniteur de l'armée.*)

— M. Ch. Lasègue, agrégé, commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses aujourd'hui vendredi 28 novembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté.

Ce cours sera divisé en deux parties : 1° leçons théoriques sur les généralités de l'aliénation mentale, les lundis et vendredis, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté; 2° à dater du 16 janvier, leçons cliniques à l'hôpital Necker.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Les climats du midi de la France, mission scientifique ayant pour objet d'étudier leur influence sur les affections chroniques de la poitrine, premier rapport à S. Exc. le ministre d'État, par le docteur *Prosper de Pietra-Santa*. In-18 de 63 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

Traitement du croup ou angine laryngée diphthéritique, par *Fischer* et *Brichetau*. Mémoire couronné par la Société impériale des sciences de Lille. In-8 de 105 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Maladies des femmes, métrite chronique, par le docteur *P. Boufier* et madame *Boufier*, sage-femme de première classe. In-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr. 25

Handbuch der praktischen Medicin (Manuel de médecine pratique), par le professeur *Hermann Lebert*. 3e édition. 2 vol. in-8 de 2165 pages. Tubingue, Laupp.

The Renewal of Life, Clinical Lectures illustrative of the Restorative System of Medicine, given at Saint-Mary's Hospital (Le renouvellement de la vie, lectures cliniques explicatives du fortifiant système de médecine), par *Thomas Chambers*. In-18 de VIII-430 pages. Londres, Churchill. 12 fr. 50

PRIX D'ABONNEMENT POUR LES PAYS ÉTRANGERS, PAR LA POSTE, A LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

	Par année.	
Portugal, Suisse	25	»
Italie	26	»
Angleterre, Espagne, Égypte et Turquie, Grèce, Pays-Bas	27	»
Autriche, Bade, Bavière, Belgique, Danemark, Hanovre, Hesse, Villes libres, Pologne, Prusse, Russie, Saxe, Suède	28	»
Australie, Canada, Colonies, Cuba, États-Unis, Mexique, Nouvelle-Grenade (voie anglaise)	29	»
Asie, Brésil, Chine, Cochinchine, Inde, Réunion, Moldavie	31	»
États-Romains	34	»
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36	»

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 5 DÉCEMBRE 1862. — N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Recherche des projectiles dans les plaies d'armes à feu : M. Toutan et M. Fontan. — Influence de l'électricité sur l'absorption. — De la rage canine dans l'Orient. — Prophylaxie de la syphilis chez les souffleurs de verre : MM. Diday et Chassagny. — Un mot d'histoire sur la docimasie optique. — II. **Travaux originaux.** Statistique médicale : Recherches sur le rapport existant entre le nombre des mort-nés et celui des décès dans la ville de Paris pendant treize années (1846 à 1858). — III. **Revue clinique.** Hôpital militaire du Val-de-Grâce : M. Colin. — Pathologie interne : Observation d'ictère grave (mort en deux jours); atrophie aiguë du foie. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** Arrêt de développement du larynx dans deux cas de surdi-mutité. — Laryngoscopie. — Fracture de la rotule. — Guérison par l'application de la griffe de M. Malgaigne. — Adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcères syphilitiques. — Transfixion par une barre de fer. Guérison. — VI. **Variétés.** Mort de M. Robert. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Lettres médicales sur le Mexique.

I

Paris, 4 décembre 1862.

RECHERCHE DES PROJECTILES DANS LES PLAIES D'ARMES A FEU : M. TOUTAN ET M. FONTAN. — INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ABSORPTION. — DE LA RAGE CANINE DANS L'ORIENT. — PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS CHEZ LES SOUFFLEURS DE VERRE : MM. DIDAY ET CHASSAGNY. — UN MOT D'HISTOIRE SUR LA *docimasie optique*.

La GAZETTE DES HÔPITAUX du 29 novembre contient, outre le court résumé d'une leçon de M. Nélaton sur la blessure de Garibaldi et sur les moyens de constater la présence d'une balle dans une plaie, quelques renseignements intéressants sur la recherche des projectiles, soit à l'aide d'un stylet, soit par l'application d'un courant voltaïque.

La GAZETTE rappelle que, dans une thèse pour le doctorat en chirurgie (*Essai de classification des tumeurs*, etc., Paris, 1851), M. Toutant, ancien chirurgien de la marine de l'Etat et actuellement praticien à Marans (Charente-Inférieure), décrit un instrument explorateur de son invention, qu'il a fait exécuter et employé dans la pratique. Cet instrument consiste en un trocart semblable à celui dont on se sert pour les ponctions exploratrices, mais portant une entaille près de sa pointe. Le trocart étant introduit dans la plaie, sa pointe protégée par la canule, on cherche à l'enfoncer dans le corps étranger. Quand on suppose qu'il y a pénétré plus ou moins et que l'entaille a pu en recevoir quelques parcelles, on fait rentrer le trocart dans sa gaîne, et on retire le tout. Il ne reste plus qu'à examiner la nature du corps ainsi ramené de la plaie.

L'instrument explorateur de M. Toutant peut assurément rendre des services, mais il ne saurait être d'une application aussi générale ni aussi inoffensive que le stylet à porcelaine-biscuit de M. Nélaton, et il nous semble qu'il doit atteindre moins sûrement son but. Si le trocart est un peu fort, il n'est pas indifférent de l'enfoncer ainsi à tout hasard dans une plaie, notamment dans les cas où le corps résistant serait une surface articulaire. S'il est de très petite dimension, il ne pourra supporter, sans danger de rupture, la pression néces-

FEUILLETON.

Lettres médicales sur le Mexique.

Première lettre (suite). — Voy. le n° 47.

SOMMAIRE. — Vera-Cruz. — La fièvre jaune (*Vomito prieto*). — L'épidémie de 1862.

J'arrive à une autre question importante, au traitement :

Il ne fallait point songer cette année, sauf dans quelques cas très rares, aux émissions sanguines. Du reste, le moyen préconisé quand même autrefois par M. Belot (de la Havane) n'a pas donné, que je sache, même entre ses mains, des résultats bien satisfaisants, et il a dû être abandonné à la Havane, ou à peu près.

A Vera-Cruz, on a eu recours exclusivement à la méthode évacuante employée depuis longtemps, mais grossièrement, par les habitants du pays. On administrait au malade, à plusieurs reprises, 45 grammes d'huile de ricin, et on lui donnait comme boisson de grandes quantités de thé chaud non sucré, pour favoriser la transpiration et l'élimination par la peau ; on aidait cette médication par des lavements huilés, de petits lavements camphrés quand les selles devenaient sanguinolentes ou trop foncées, et on entassait le malade sous les couvertures. Il ne changeait nullement de linge pendant tout le cours de sa maladie. Cette coutume, qui était populaire, avait été respectée par les médecins.

Comme on manquait de glace, on combattait les hoquets, les vomissements par l'eau gazeuse, les vésicatoires à l'épigastre, etc.

On promenait fréquemment des sinapismes sur les extrémités inférieures et supérieures, et on les laissait fort longtemps, si bien qu'on déterminait parfois de véritables plaies. Le malheureux officier d'ordonnance don j'ai parlé plus haut était couvert de ces plaies, qui s'étaient tapissées de couennes grisâtres et avaient revêtu un caractère tout à fait gangréneux.

Je ne connais qu'un malade à qui l'on fit de nombreuses

Digitized by Google

saire pour le faire pénétrer dans un corps métallique, surtout si le projectile est de fer; et l'entaille, qui doit être nécessairement placée tout près de la pointe, facilitera encore la production de cet accident. Il est douteux, d'ailleurs, qu'un trocart d'acier, même un peu gros, puisse jamais pénétrer jusqu'au niveau de l'entaille dans un projectile de fer. On ne sait, il est vrai, si, dans ce cas, le stylet de M. Nélaton serait plus utile; mais, pour ce qui concerne les projectiles de plomb, son efficacité, si fortement présumée par la théorie, vient d'être rendue manifeste par une mémorable application, et il a de plus le très grand avantage d'être sans danger.

Relativement à l'emploi du courant voltaïque, la Gazette des hôpitaux relate une expérience faite le 12 novembre à l'hôpital militaire de Marseille par M. le docteur Fontan, aidé des conseils de M. Favre, et qui est un premier essai du procédé d'investigation imaginé par le professeur de Marseille (*Gazette hebdomadaire*, n° 48, p. 755). Comme la description de ce procédé, envoyée par M. Fontan à la Gazette des hôpitaux, est plus détaillée que celle que nous avons empruntée à M. Figuier et en diffère même sous certains rapports, nous la publions *in extenso*.

L'ensemble de l'appareil dont il (M. Fontan) s'est servi se compose de : 1° un couple voltaïque de Smée à zinc amalgamé, assez faible pour ne pas produire d'électrolyse sensible par le contact de l'extrémité libre des rhéophores avec les divers tissus de l'économie humaine; 2° un galvanomètre (il a suffi d'une simple petite boussole de poche, circonscrite une fois suivant le sens de l'aiguille aimantée par un des fils conducteurs de la pile); 3° une sonde compliquée, comprenant elle-même : A. Une sonde métallique droite, coupée transversalement à la hauteur des yeux, et renfermant suivant sa longueur deux fils métalliques entourés de soie, terminés chacun par une aiguille d'acier dépassant de 7 dixièmes de millimètre, et engagés séparément, à leur extrémité inférieure, dans un petit cône d'ivoire qui les isole l'un de l'autre et de la sonde elle-même, tout en les maintenant d'une manière fixe dans l'intérieur du conduit. B. Une autre sonde métallique droite, d'un calibre suffisant pour recevoir intérieurement la première, fendue vers le pavillon dans la longueur de 5 centimètres, aux deux extrémités d'un diamètre perpendiculaire à celui des anneaux, et percée au sommet du bec de deux petits yeux, pour donner passage aux deux pointes d'acier de la première sonde; cette même sonde externe est, en outre, armée en avant des fentes d'une vis de pression servant à maintenir intérieurement la première.

La première sonde introduite dans la seconde, de façon que ses anneaux s'engagent dans les fentes de cette dernière, et les fils conducteurs qu'elle porte mis en communication avec les rhéophores, on pousse cette première par ses anneaux jusqu'à ce que l'extrémité des pointes d'acier effleure le plan convexe passant par les yeux pratiqués à l'extrémité du bec de la sonde externe; les deux sont fixées l'une dans l'autre au moyen de la vis de pression. L'exploration se pratique alors comme avec une sonde ordinaire; sitôt que l'on perçoit la sensation d'un corps résistant, on dégage la sonde interne, que l'on pousse par ses anneaux sur l'obstacle; les deux pointes d'acier se mettent ainsi en contact avec le corps résistant et établissent le courant voltaïque, si l'on a affaire à un corps métallique.

Nous avons fait connaître dans le dernier numéro le fonctionnement de cet appareil, et il est trop aisé, d'ailleurs, de comprendre que le contact des pointes d'acier avec le corps métallique amène une déviation de l'aiguille du galvanomètre. La relation de M. Fontan nous apprend seulement que ces pointes, dont les fils métalliques n'étaient pas tout d'abord pourvus, ont été ajoutés pour assurer le contact immédiat de l'appareil avec le projectile dans les cas où celui-ci serait fortement oxydé, ou recouvert de chair, ou engagé dans quelque débris d'habillement. Moyennant cette précaution, le galvanomètre a décelé la présence de vieilles balles rouillées, de boutons de métal préalablement recouverts de toile, de drap, de cuir, et enfoncés très avant dans les chairs.

Nous l'avons dit, si de semblables appareils, quelque simples qu'ils soient, ne le sont pas encore assez pour être d'un emploi usuel, ils n'en sont pas moins susceptibles de rendre des services dans certains cas difficiles. Quant aux pointes d'acier qui terminent les fils métalliques, elles ne sont pas passibles des mêmes objections que le trocart de M. Toutant, d'abord parce qu'elles ne font pas partie essentielle de l'appareil, ensuite parce qu'elles peuvent être assez aiguës pour ne produire jamais dans les tissus qu'une piqûre insignifiante.

— M. Trompeo a bien voulu nous envoyer son mémoire relatif à l'influence de l'électricité sur l'absorption, dont nous avons dit quelques mots (n°s 44 et 45), d'après la discussion dont il avait été le sujet à l'*Académie de médecine de Turin*. Nous en sommes d'autant plus obligé à notre éminent confrère que le sens de sa conclusion n'était pas ressorti tout entier, du moins pour nous, des remarques qui lui avaient été adressées par ses collègues. M. Trompeo regarde comme possible, comme certaine même (*non vi è dubbio*), ainsi que nous l'avions dit (p. 689), l'influence de l'électri-

---

applications de sangsues : c'était un officier qu'on avait livré entre les mains d'une garde-malade et qui s'était confié lui-même aux soins d'une espèce de médicastre allemand. Celui-ci lui appliqua à trois reprises des sangsues à l'épigastre. Le malheureux malade, de constitution sèche, de tempérament nerveux, entra de suite dans le délire, eut des hémorrhagies et succomba rapidement.

Chez les malades qui offraient de la rémission dans leur fièvre, on donnait quelquefois du sulfate de quinine, qui souvent paraissait agir efficacement.

Je terminerai ce sujet, déjà bien long, en répondant à cette question : Quel est le rayon de la fièvre jaune autour de Vera-Cruz?

Je ne veux point parler ici ni du Yucatan, ni de Campêche, où l'arrivée des étrangers fait aussi éclater, d'après Jourdanet (*Du Mexique, au point de vue de son influence sur la vie de l'homme*. Paris, 1864), de nombreuses épidémies.

On m'a affirmé qu'on était susceptible de ses atteintes, affaiblies, il est vrai, dans toutes les terres chaudes; plus on avance dans l'intérieur, plus on se rend indemne, si bien qu'à Cordova, c'est-à-dire à trente lieues de la côte, il est rare qu'on voie éclater les cas de vomito; je dis: il est rare, parce qu'un habitant m'a affirmé y avoir vu autrefois éclater quelques cas, et que jusqu'alors, pour ma part personnelle, je croyais que ce fût impossible. Je pense même, malgré les assertions qui m'ont été faites à cet égard, et dont je viens de rapporter les conséquences, je pense même, dis-je, qu'un individu qui n'aura apporté de Vera-Cruz aucun germe se trouvera, à deux lieues seulement de Vera-Cruz, à la Tejercia par exemple, qui est la première étape de nos troupes, hors de toute atteinte.

Mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut emporter très loin le germe de la maladie puisé à Vera-Cruz. Nous en avons eu de nombreux exemples, lors de notre départ de cette ville pour l'intérieur.

A notre première étape, il fallait déjà renvoyer deux hommes gravement atteints. L'aide de camp du général Douai, le

Digitized by Google

cité sur l'absorption des substances médicamenteuses; et, comme nous l'avions également compris, il déduit cette opinion de certaines inductions physiologiques ou thérapeutiques, non d'une démonstration expérimentale. Mais, nous sommes heureux de le constater, il avait institué des expériences, au nombre de cinq, sur les animaux vivants (deux lapins et trois grenouilles), et une expérience sur une grenouille morte; et c'est au résultat obtenu, résultat constamment négatif, qu'il a opposé les considérations théoriques auxquelles nous avons fait allusion.

Ces expériences ont consisté à appliquer, soit sur les cuisses d'un lapin, tantôt simplement rasées, tantôt dénudées par l'ablation d'un lambeau de peau; soit sur les membranes interdigitales ou sur les cuisses dénudées d'une grenouille, des substances différentes pour l'un et l'autre membre, et susceptibles de donner lieu, par leur réaction réciproque, à une coloration déterminée : de la teinture d'iode d'un côté et de l'amidon de l'autre, ou du soufre dilué et un sel de plomb, ou du lactate de fer et du cyanure ferro-potassique, etc. Le courant électrique était fourni par deux couples de Daniel, et soutenu pendant un temps variant de une heure à quatre heures.

Dans une septième expérience, deux lambeaux de toile vierge, lavés dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique, puis humectés, l'un avec la teinture d'iode et l'autre avec la solution d'amidon cuit, furent soumis à un fort courant de l'appareil à induction de Dubois-Reymond. On ne dit pas comment ces lambeaux étaient disposés l'un par rapport à l'autre, et l'on ne comprend pas bien de quelle manière on voulait éclairer par cette épreuve la question de l'absorption chez les animaux. Toujours est-il que la toile amidonnée ne se teignit pas en bleu. Il en fut de même avec du drap préparé de la même manière, tandis qu'il suffit, comme tous les chimistes et médecins ont pu en faire l'expérience personnelle, de verser quelques gouttes de teinture d'iode sur la première chemise venue pour produire une tache bleue.

M. Trompeo a raison de le dire, ces résultats d'apparence négative ne prouvent pas absolument que l'action d'un courant galvanique ne facilite pas le travail d'absorption, parce que les substances, ne pouvant passer d'une cuisse à l'autre que par le courant circulatoire, se trouvent d'abord énormément diluées, puis sont susceptibles de subir en route des transformations plus ou moins nombreuses. Mais on serait manifestement moins autorisé encore à tirer d'expériences négatives une solution affirmative, et, sous ce rapport, M. Trompeo va certainement au delà d'une induction légitime. Les effets thérapeutiques observés jusqu'ici après l'emploi de l'électro-endermie sont loin de suffire à dissiper l'incertitude laissée par l'investigation expérimentale.

Au reste, il y aurait plus d'une remarque à faire sur l'institution même des expériences. Avant de rechercher ce qui arrive sous l'action d'un courant galvanique, il faudrait déterminer ce qui arriverait sous la seule influence de l'absorption naturelle et sans l'aide de l'électricité. Quand on opère sur la peau, connue pour sa résistance à l'absorption, si la réaction de l'iode avec l'amidon se manifestait un peu promptement pendant l'application d'un courant électrique, on aurait d'assez bonnes raisons pour en faire honneur à ce courant. Mais quand on a enlevé la peau et qu'on a mis les substances en contact avec des surfaces incontestablement absorbantes, telles que le tissu cellulaire, que prouverait en faveur de l'électricité le fait de la réaction chimique, au bout d'un temps donné, si l'on ne sait pas quel temps elle mettrait à se produire en dehors de toute influence galvanique ? Mais on a vu que, même en plaçant les substances sur des parties fraîchement dénudées, elles ne donnaient aucun signe de réaction ; c'est donc que le passage de ces substances dans le sang, alors qu'il est indubitable (comme on peut le dire, par exemple, de l'iode dissous dans l'alcool), ne suffit pas, dans le temps que dure l'expérience, à produire le résultat qu'on attendait de la théorie ; et si l'on avait établi que ce résultat n'est pas obtenu, même après un contact de vingt-quatre, quarante-huit heures, ou plus, il deviendrait manifeste que les recherches d'électro-endermie, instituées comme on l'a vu, sont vaines et ne peuvent conduire à rien.

Quoi qu'il en soit, on peut assurer dès à présent que, si l'on veut arriver à quelque notion positive sur la question en litige, les expériences doivent être conduites de manière à ne pas amener la rencontre des deux substances, si elles sont solubles toutes deux, dans le torrent circulatoire, avant d'aller produire sur des points circonscrits du corps les effets qu'on en attend, — ou, si l'une d'elles seulement est soluble, à ne pas l'obliger à un long circuit et à mille chances de décomposition pour aller trouver l'autre substance. L'examen du sang veineux revenant d'une partie recouverte de teinture d'iode, par exemple, tantôt mise en contact avec deux rhéophores plus ou moins rapprochés, tantôt abandonnée à elle-même, est un des modes d'expériences qui se présentent le plus naturellement à l'esprit.

---

capitaine D... qui avait soigné son camarade l'officier d'ordonnance avec beaucoup de dévouement, et qui avait été très affecté de sa mort, se sentit tout à coup pris de malaise, de vomissements à la Soledad, et, de là, transporté dans une voiture, il ne fit que traîner une existence misérable jusqu'à Chiqui-Huite, où on le confia aux soins du médecin des zouaves qui étaient campés dans ces parages. D'autres hommes y furent aussi laissés dans les mêmes conditions et y moururent. Comme il n'y avait, en fait d'hôpital, que quelques mauvaises tentes, on évacua le capitaine D... sur Cordova, qui était à une petite distance; il y mourut le soir même de son arrivée.

Peut-être peut-il arriver qu'une personne ayant contracté le germe de la maladie à Vera-Cruz, et trouvant les moyens de gagner rapidement l'intérieur, Puebla, Mexico, par exemple, se remette facilement sous l'influence d'un nouveau climat et de nouvelles et plus considérables altitudes. Je ne connais cependant point de fait en faveur de cette thèse, mais les habitants du pays sont persuadés de la chose.

J'ai terminé mon étude sur la fièvre jaune; elle est loin d'être complète; mais ce n'a jamais été mon intention de faire une monographie sur ce sujet. J'ai seulement voulu présenter les caractères particuliers à l'épidémie de cette année, caractères qui, d'après les lettres qu'on m'écrit, persistent aujourd'hui malgré la prophétie que me décoche M. Dutroulau, en m'annonçant qu'en septembre j'observerai tout différemment.

« De bonnes mesures préventives, dit M. Dutroulau, voilà la première et la plus sûre défense contre le danger qui attend nos troupes à leur débarquement; et, en tête de ces mesures, il faut inscrire l'éloignement immédiat du littoral ou l'élévation au-dessus du niveau de la mer.... »

Ces réflexions sont très justes ; ce serait encore plus avantageux, quoique j'aie l'air de dire une naïveté, de ne pas passer du tout par tous les lieux infectés par la fièvre jaune. Mais est-il donc aisé, quand on débarque 10 ou 12 000 hommes, comme c'est le cas actuellement, de les mettre en marche de

Digitized by Google

— C'est une opinion encore fort répandue que la rage canine est absolument inconnue dans les pays orientaux. Cependant, des faits incontestables en ayant été rapportés, il a bien fallu reconnaître que cette opinion n'avait pas de fondement. On sait aujourd'hui, en effet, que, pour y être incomparablement plus rare que dans nos climats tempérés, la rage n'est pas pourtant plus exclue des contrées chaudes de l'Orient.

Un mémoire lu par M. le docteur Abbate, en décembre 1861, à l'*Institut égyptien*, relate quatre cas bien authentiques de rage observés en Egypte depuis dix ans. Mais, comme pour sacrifier à l'idée reçue, ce médecin s'est efforcé d'établir que les chiens enragés dont il s'agit dans les observations rassemblées par lui n'étaient pas des animaux du pays. En résumant ces observations et la discussion à laquelle elles ont donné lieu, nous allons voir ce qu'il faut penser de cette affirmation.

Le premier cas remonte à 1852. Un petit garçon qui se promenait avec sa mère à l'Affeth, village situé à une journée d'Alexandrie, fut mordu par un chien. Vingt-neuf jours après, ce petit garçon, devenu enragé, fut conduit à Alexandrie, où les docteurs Schreiber et Tarquart le soumirent à un traitement par le chloroforme. Soixante-douze heures après le premier accès, il était mort. Le chien qui l'avait mordu, et qui fut tué sur-le-champ, a été, dit M. Abbate, reconnu comme arabe. Des recherches minutieuses ont appris, en outre, à ce médecin, que l'animal arabe avait été lui-même antérieurement mordu par un chien européen. Il invoque sur ce point le témoignage de deux négociants européens qui habitaient le village à cette époque.

Le deuxième cas concerne un matelot grec mort à l'hôpital d'Alexandrie le 19 avril 1853, et auquel M. Abbate a donné des soins. Ce matelot aurait été mordu, d'après lui, par un chien enragé, dans l'île de Scarpantos, quarante jours avant son arrivée en Egypte. Il n'y a pas d'autre renseignement.

Le troisième cas est celui d'un cabaretier dalmate d'Alexandrie, mort enragé le 15 août 1861. « Cet individu possédait un petit chien qui, deux mois avant sa mort, aboyait continuellement nuit et jour; il cherchait à mordre les passants. Le cabaretier, las de l'entendre crier, le saisit d'une main et le fouette de l'autre; mais le petit animal le mord entre le pouce et l'index avec une ténacité telle que, pour le faire lâcher prise, le maître se voit forcé de lui couper le cou. » On ne dit pas de quelle race était ce chien; on dit seulement que, par sa petite taille, sa robe de fond blanc tachetée de noir et ses oreilles, il « s'éloignait complétement des chiens du pays ».

Enfin le quatrième cas est relatif à un fellah de la province de Behera, lequel a déclaré avoir été mordu par un chien, environ une trentaine de jours avant son entrée à l'hôpital d'Alexandrie. On n'a pas su si ce chien était indigène ou étranger. Le malade a présenté cette particularité que, ne pouvant prendre de l'eau, il suçait et avalait volontiers des morceaux de glace.

On voit, par ce qui précède, à quoi se réduisent les informations sur lesquelles l'auteur se base pour se prononcer, après les autres, en faveur de l'immunité absolue dont jouiraient, par rapport à la rage, les chiens égyptiens. Ces informations, déjà bien peu précises, perdent encore de leur valeur quand on les rapproche de l'affirmation de l'un des collègues de M. Abbate, M. d'Arnaud-Bey, qui déclare, dans la discussion, avoir vu dans le Sennar, où le contact avec les chiens européens n'était pas possible, deux chiens indigènes enragés.

Le reste de la discussion a été consacré à l'exposé de diverses opinions, et principalement d'une vue étiologique adoptée et développée par M. Abbate. Cette vue est celle qui attribue le développement de la rage à la non-satisfaction de l'instinct génésique parmi les chiens vivant en domesticité. A l'appui de sa thèse, l'auteur produit des affirmations déjà fort anciennes, dont nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs, mais qui sont fortement contredites aujourd'hui par M. Sanson, dans l'intéressante brochure qui a pour titre : *Le meilleur préservatif de la rage*, etc. M. Sanson établit, en effet, qu'il ne s'agit là que d'une simple *hypothèse*, qu'aucun fait positif n'est jamais venu confirmer. Et pourtant d'après M. Abbate, de nombreuses expériences du professeur Capello, de Rome (1810), du savant chimiste Taffoli, de Bassano (1844), auraient reproduit artificiellement la rage spontanée sous l'influence d'éréthismes vénériens contrariés. Il ajoute que ces expériences ont été confirmées depuis dans les écoles vétérinaires de Berlin, d'Alfort et de Milan.

Nous n'osons rien affirmer pour ce qui concerne les écoles étrangères dont il vient d'être parlé, quoiqu'il n'y ait point apparence que l'assertion puisse être exacte; mais, quant à celle d'Alfort, nous sommes autorisé à penser que ses mem-

---

suite? N'y a-t-il pas un énorme matériel, des vivres, des approvisionnements de guerre à descendre des flancs du navire, à charger sur des voitures? L'armée ne peut s'en aller sans que tous les préparatifs soient terminés; car c'est elle qui doit veiller à la sûreté de ce convoi; c'est ce convoi qui doit l'alimenter pendant une route de trente-cinq lieues, pendant son séjour dans l'intérieur du pays; ce sont ces approvisionnements de guerre qui doivent fournir des munitions pour plusieurs jours, pour plusieurs semaines, quand on ira attaquer. Il y a, dans cette guerre, des impossibilités matérielles contre lesquelles on se butterait en vain; j'en cite une des plus graves. Aussi a-t-on cru nécessaire de créer un nouvel hôpital à Vera-Cruz, en dehors de l'hôpital maritime, et l'on y a déjà compté de nombreuses victimes.

Je veux dire un mot de ces hôpitaux. A notre arrivée, il en existait deux; l'hôpital maritime, dirigé par M. Ganthelme, chirurgien principal de la marine, et qui se trouvait placé dans d'assez bonnes conditions comme construction, aménagement, aération, etc.

Le deuxième, qui portait le titre d'hôpital maritime n° 2, était l'hôpital militaire, dirigé par un médecin civil, M. de Castagny.

C'était un vieux bâtiment dont les autres parties avaient été affectées à des casernes, à des écuries, à des magasins.

Les salles affectées aux malades étaient constamment humides, mal éclairées, exposées à des courants d'air par défaut de portes.

L'air se renouvelait peu néanmoins dans ces grandes salles où l'on avait percé de toutes petites fenêtres: toutes ces conditions réunies en rendaient le séjour vraiment dangereux.

J'ai tout lieu de supposer que c'est cet hôpital que l'on vient d'évacuer; on aura aménagé, à cet effet, après l'avoir *écuré*, un magnifique bâtiment où le marbre est prodigué, autrefois caserne anglaise, depuis occupé par les Espagnols qui l'avaient rendu inhabitable en infectant les citernes, les fontaines, en

Digitized by Google

bres seront un peu surpris d'apprendre qu'ils ont enrichi la science d'une telle démonstration.

— La GAZETTE MÉDICALE DE LYON (1er et 16 novembre, et 1er décembre 1862) renferme de très intéressants articles de MM. Diday et Chassagny, sur la *prophylaxie de la syphilis chez les souffleurs de verre.*

L'origine et les progrès de cette question appartiennent presque exclusivement à l'École lyonnaise. Déjà M. Rollet (*Archives de médecine*, 1859) avait invoqué, comme preuve de la contagiosité des lésions secondaires, plusieurs cas de transmission de la syphilis entre ouvriers souffleurs de verre, par suite de plaques muqueuses buccales. Ces exemples se sont multipliés ; ils sont même à l'état permanent dans les verreries de Rive-de-Gier (Loire). Rien, en effet, ne favorise plus la transmission morbide que l'obligation pour un ouvrier de prendre immédiatement et de presser entre ses lèvres le tube de fer (canne) qu'un de ses camarades, atteint de lésions buccales, vient lui-même de tenir dans sa bouche.

Émus d'une propagation si rapide, qui compromettait non-seulement leur santé, mais leur subsistance, par les chômages qu'elle impose, les ouvriers ont adressé au maire de Rive-de-Gier une pétition, par laquelle ils indiquaient eux-mêmes le moyen préservatif suivant : « Faire visiter, tous les quinze jours, tous les ouvriers souffleurs de verre, et obliger les chefs d'ateliers à refuser d'admettre ceux qui ne seraient pas porteurs d'un certificat de santé délivré par le médecin. » Les signataires s'engageaient, d'ailleurs, à se soumettre à cette visite, d'autant moins pénible pour eux, qu'elle n'a besoin de porter que sur la bouche.

Le maire de Rive-de-Gier, faisant aussitôt droit à cette demande, a, par une lettre du 7 octobre 1862, invité tous les maîtres verriers à faire commencer cette visite dans leur établissement. Déjà, en effet, elle a eu lieu, et plusieurs ouvriers malades ont été signalés et mis à l'écart.

Ce moyen est excellent, et nous félicitons M. Diday du soin qu'il a mis à réaliser cette précieuse conquête. Cependant n'est-il pas à craindre que ces visites réitérées ne paraissent vexatoires aux ouvriers ? Pense-t-on qu'ils s'y prêteront toujours volontiers ? M. Chassagny (de Lyon) en doute ; et pour effectuer plus simplement la préservation, il conseille aux ouvriers de se servir d'un *embout*, dans lequel ils introduiraient la canne. Chacun aurait le sien, quoique la canne passât de main en main, comme les joueurs de haut-bois ou de basson qui prêtent leur instrument et gardent leur embouchure.

Ce procédé, s'il est facilement applicable, mérite d'être popularisé ; car, avec lui, l'ouvrier soigneux sera infailliblement préservé de tout contact infectant. Mais serait-il prudent de s'en rapporter, à cet égard, au soin que les ouvriers ont de leur santé ? Pas tout à fait : l'expérience prouve que souvent ils repoussent ou négligent le procédé le plus sûr, pour peu qu'il soit plus long ou plus incommode. Il faudrait donc trouver moyen de les forcer à se servir de l'embout ; et, dans ce but, nous ne voyons rien de meilleur que la combinaison formulée en dernier lieu par M. Diday : « Faire que l'embout entre dans la canne, et donner à l'extrémité de celle-ci un évasement tel, qu'il soit *impossible* à l'ouvrier d'introduire cette extrémité dans sa bouche. En deux mots, que, s'il veut travailler, il soit contraint d'employer l'embout.

— Lors de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, sur la *docimasie optique*, l'opposition très générale qu'a rencontrée le travail de M. Bouchut a laissé néanmoins incertaine, pour beaucoup de personnes, la question de savoir si l'application du microscope et de la loupe à l'examen des poumons des nouveau-nés était réellement dans la pratique des médecins experts ; et l'on faisait remarquer que l'emploi de ces moyens n'était recommandé, ni seulement indiqué, en France, dans aucun traité de médecine légale.

Nous trouvons, sur ce sujet, dans la GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia) du 21 novembre, une note de M. Camillo Platner, qu'il est de notre devoir de mentionner. M. Platner rappelle que Bernt, dans la première *centurie* de ses expériences sur la docimasie hydrostatique, tient toujours compte de l'examen *optique* des poumons, et que, dans le § 12 des Prolégomènes de cette centurie, il range formellement le microscope parmi les instruments nécessaires à l'examen des poumons des nouveau-nés : « Microscopium » manuale geminatum, ut in superficie pulmonum præsentes » aere extensæ cellulæ distinctius discerni possint. »

Ce membre de phrase est en effet très explicite, et ce n'est pas sans regret que nous contribuons à fournir, contre l'honorable M. Bouchut, une arme que ses adversaires avaient cherchée en vain. *On n'est jamais trahi que par...* ses amis.

A. DECHAMBRE.

---

remplissant les salles d'immondices, système que, du reste, ils pratiquaient dans toutes les maisons qu'ils habitaient en ville.

Est-ce un bien, est-ce un mal, la création d'un hôpital à Vera-Cruz, avec l'énorme agglomération de troupes qui vont s'y concentrer pendant quelques jours, jusqu'à ce que l'aménagement des convois leur permette de se mettre en route ?

Je crois que c'est une grande faute, et l'on commence à s'en apercevoir aujourd'hui ; sur les 1000 ou 1500 hommes qui sont débarqués, et dont une partie, heureusement, a quitté Vera-Cruz aujourd'hui, pour s'échelonner sur la route, on compte dix ou douze décès par jour. On peut dire que, dans des conditions aussi mal entendues, tout homme qui entre à l'hôpital atteint de fièvre jaune y meurt fatalement.

L'épidémie est grave cette année ; les vaisseaux même qui sont mouillés dans la baie de *Sacrificios*, considérée comme saine jusqu'alors, ne sont pas à l'abri du danger.

Un chirurgien principal de la marine, à bord de l'*Amazone*, qui n'était jamais descendu à terre, M. Rideau, est mort sur son navire. Le chirurgien de deuxième classe, M. Guymard, qui descendait de temps à autre à Vera-Cruz, emporte les germes de la maladie à bord de son vaisseau et y succombe.

L'épidémie s'étend, s'accroît bientôt sur tous les bâtiments, et l'on est forcé de convertir l'*Amazone* en bateau-hôpital ; chaque jour les victimes y sont nombreuses.

N'était-il pas plus rationnel d'établir, en guise d'hôpital, de grandes barraques à la Tejeria, à deux lieues seulement de Vera-Cruz ? Le chemin de fer y aboutit, d'où grande facilité de transports pour les vivres, les installations, le matériel d'hôpital. Pour ma part personnelle, je suis convaincu qu'on est, à cette faible distance, à l'abri des atteintes de la terrible maladie ; on respire déjà un air pur ; on a mis entre soi et Vera-Cruz une barrière que ne franchira jamais une épidémie, c'est-à-dire une forêt à senteurs balsamiques ; on marche sur un ter-

Après que M. le président de l'Académie de médecine eut annoncé la mort si regrettable de l'excellent Robert (voy. aux Variétés), et après une légère escarmouche sur la question des eaux potables, il a été procédé à l'élection d'un nouveau membre dans la section des accouchements. L'Académie a fait passer M. Devilliers avant M. Blot, mais en marquant, par une forte minorité, la place de ce dernier pour la première occasion. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Statistique médicale.

Recherches sur le rapport existant entre le nombre des mort-nés et celui des décès dans la ville de Paris pendant treize années, 1846 à 1858. Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur D. Deville.

(Suite et fin. — Voir le numéro 47.)

Maintenant que nous avons démontré l'accroissement des mort-nés par rapport à la mortalité générale, examinons quelles sont les causes de cet accroissement, et allons tout d'abord au-devant de quelques objections qui, pour Paris en particulier, ne nous paraissent nullement fondées.

La principale objection faite à l'accroissement que nous signalons est celle-ci : il y a cinquante ans, les mort-nés étaient confondus dans la mortalité générale ; cela est vrai, et c'est à peine si, dans quelques départements, il y a trente ans, on a commencé à les en distinguer. Ce n'est qu'en 1841 que, par les soins de l'administration, des instructions ont été données à tous les maires pour séparer les mort-nés des décès ordinaires ; et ce n'est même, à vrai dire, que depuis 1846 que l'état civil en France, à l'aide de tableaux statistiques, inscrit les mort-nés à part. Depuis cette époque l'accroissement est notable, puisqu'il était en 1846 de 3 pour 100, et que dix ans plus tard nous le trouvons de plus de 4 pour 100. Aussi n'avons-nous parlé des mort-nés en France qu'à titre de renseignement et comme point de comparaison. Mais à Paris il est impossible de faire la même objection. L'état civil des mort-nés est placé à part depuis trente-sept ans, et les dispositions qui ont été prises par l'administration sont telles, que le chiffre des mort-nés par rapport à la mortalité générale est parfaitement rigoureux ; et comme ce chiffre, dans l'espace de trois périodes, chacune d'environ dix ans, a toujours tendu à s'accroître, il faut nécessairement trouver une explication à cet accroissement.

Une ville comme Paris est, sans aucun doute, placée dans des conditions particulières. Il faut admettre que les mœurs y sont plus relâchées que dans le reste de la France, et reconnaître que la débauche et le libertinage y trouvent plus facilement à se produire. Les désordres divers qui sont la conséquence du vice et de l'inconduite en augmentant le nombre des naissances expliquent celui des mort-nés. C'est dans cet ordre d'idées qu'il faut chercher les éléments de cette mortalité, et pour nous qui, depuis treize années, étudions avec soin cet intéressant sujet, nous n'hésitons pas à attribuer l'augmentation des mort-nés aux avortements provoqués, et à l'administration trop fréquente du seigle ergoté par les sages-femmes.

C'est notre conviction, basée sur une longue observation, sur des aveux ou sur les faits de cette nature qui nous sont dévoilés.

Cette proposition posée et considérée par nous comme l'expression de la vérité, examinons la question des avortements provoqués, au point de vue médico-légal, philosophique et administratif.

En médecine légale, on entend par avortement l'accouchement avant terme provoqué avec une intention criminelle par des aliments, des breuvages, des médicaments, des violences, ou par tout autre moyen.

Le Code pénal, livre III, article 317, porte que quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.

Voilà la loi dans toute sa sévérité. Elle est parfaitement claire et précise. Est-elle juste? Est-elle en rapport avec nos mœurs, ne devrait-elle pas être modifiée dans ses dispositions et dans ses rigueurs? Abordons la question franchement. Il naît à Paris 37 697 enfants chaque année, et sur ce nombre on compte 11 749 enfants naturels, près du tiers. Nous avons pris le chiffre de l'année 1856.

La morale publique, la société, la religion même, tout réprouve la femme qui devient mère hors du mariage, et pourtant les passions sont les mêmes chez l'homme comme chez la femme ; la faute est la même, l'excuse ne l'est pas, et la femme supporte seule toutes les peines et toutes les misères qui, chez elle, sont la conséquence d'un moment de faiblesse ou d'entraînement des sens.

C'est une thèse que nous n'avons pas la prétention de traiter ici, où nous ne voulons qu'indiquer les points qui se ratta-

---

rain sablonneux. Les troupes ne faisaient que traverser Vera-Cruz, et les soldats qui, dans ce court passage, contractaient le germe de l'affection, étaient rares, et, dans tous les cas, transportés dans des lieux sains, étaient disséminés de façon à ne pas infecter le reste de l'armée. Celle-ci, du reste, était à l'abri des miasmes pestilentiels, et puis, cette question de contagion et de transmissibilité est loin d'être résolue aujourd'hui. L'essentiel est de fuir rapidement les foyers mêmes de l'infection. Quand tout était prêt, que les convois étaient formés, l'armée se mettait alors en marche vers l'intérieur, ayant laissé très peu de monde sur sa route. Le 1er régiment de zouaves en fournit un exemple frappant : il débarque et ne fait que traverser Vera-Cruz ; il ne perd qu'un homme, un commandant, qui avait une peur horrible de la maladie. Peut-être n'en ai-je pas encore fini avec ce sujet qui m'attire malgré moi, dont l'étude est difficile, mais neuve, et, par cela même attrayante. J'attends une lettre de mon ami le docteur de Castagny, qui va compléter mes renseignements, mes données, et peut-être m'indiquer, toujours sur le même terrain, une série nouvelle d'études.

A. Buez,

Aide-major attaché au corps expéditionnaire.

— M. Samuel Lee Bigelow (de Boston), docteur en médecine de la Faculté de Paris, auteur d'une excellente thèse *sur l'examen microscopique des calculs urinaires*, pendant longtemps un des praticiens les plus occupés parmi les familles des États-Unis résidant à Paris, est mort à l'âge de trente-six ans, le 1er novembre, à Hagerstown, d'une diarrhée bilieuse. Il était en dernier lieu inspecteur médical de la division du général Franklin dans l'armée du Potomac. Ses funérailles ont eu lieu à Worcester, près Boston, le 7 novembre.

— Par une omission involontaire que nous regrettons, et que nous nous empressons de réparer, nous avons oublié de nommer, parmi ceux de nos distingués confrères qui assistaient à la cérémonie d'inauguration de la statue d'Esquirol, MM. *Girard de Cailleux*, inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, et *Anthelme*, inspecteur général des asiles d'aliénés. A. L.

chent à notre sujet, mais qui offriraient aux moralistes de profondes méditations.

Toujours est-il que, quand les sens sont calmés, quand la femme se trouve seule, sans appui devant la société qui la flétrit et la repousse, on comprend que trop souvent elle doive être portée à faire disparaître les traces de sa faute, afin de se soustraire à toutes les misères que l'avenir lui prépare.

On comprend que devant tant et de si grandes infortunes la femme pense à se débarrasser du fruit de sa faute, qu'elle y soit poussée par de mauvais conseils ou par des conseils intéressés. On comprend que la cupidité lui offre les moyens d'arriver à ce but. De là les avortements fréquents que nos fonctions de médecin inspecteur de la vérification des décès nous mettent à même d'observer ou de soupçonner. De là aussi les nombreuses maisons d'accouchements où, malgré la surveillance active de l'administration, se pratiquent clandestinement les manœuvres coupables à l'aide desquelles la femme échappe à la situation malheureuse qui lui était réservée en devenant mère.

Certes nous sommes encore loin, sous ce rapport, des peuples de l'Asie, et surtout de la Perse, où l'on voit dans les grandes villes, comme Téhéran et Ispahan, des écriteaux portant : *maison d'avortement*. Là, les opérations à l'aide desquelles on procure l'avortement des femmes enceintes, non-seulement ne sont pas punies par la loi, quoique cependant la loi musulmane réprouve l'avortement, mais elles sont même considérées comme naturelles et comme ayant surtout un caractère d'humanité (1).

Nous avons dit dans le cours de ce travail que notre position de médecin inspecteur des décès nous avait souvent mis à même ou de recevoir des aveux d'avortements provoqués, ou de soupçonner que des manœuvres criminelles avaient été exercées. Nous avons dit aussi que, par son importance, cette question avait déjà fixé plusieurs fois l'attention de l'administration, et que le magistrat éminent qui est placé à la tête de l'édilité parisienne la considérait comme d'autant plus digne de toute sa sollicitude que, lorsqu'il était préfet de la Gironde, il avait par ses soins apporté de grandes et salutaires modifications dans tout ce qui concernait la police médicale d'une vaste et populeuse cité.

A l'époque où M. Orfila était membre de la commission municipale de la ville de Paris, et faisait partie du conseil supérieur d'inspection, il avait compris qu'il y avait quelque chose à faire, et le sujet intéressant des avortements provoqués allait être mis en discussion, lorsque les événements de 1848 vinrent arrêter les travaux que la commission avait formé le projet de mettre à exécution.

En effet, cette question des avortements provoqués est complexe et fort délicate à traiter, quel que soit l'aspect sous lequel on l'envisage. Le médecin inspecteur est, sans contredit, fonctionnaire public; il représente l'administration, et, comme tel, il a mission d'observer, de recueillir et porter à la connaissance du comité tous les faits relatifs aux décès qui lui paraissent devoir intéresser l'administration, la justice, la science, la morale ou l'humanité.

Ainsi il ne saurait y avoir de doute sur les devoirs qui lui sont imposés, et lorsqu'il découvre qu'une femme a succombé ou qu'un enfant est venu au monde prématurément, à la suite de manœuvres coupables, il ne doit pas hésiter à signaler le fait à l'autorité administrative, dont il est le représentant.

Mais, généralement, voici comme les choses se passent : lorsque le médecin inspecteur se présente pour procéder à l'examen du corps d'un enfant déclaré mort-né, il trouve quelquefois la mère de cet enfant souffrante ou malade même très dangereusement. Il questionne soit la famille, soit l'entourage, soit la patiente. S'il soupçonne que des manœuvres criminelles ont été pratiquées, il tâche de savoir la vérité, et presque toujours les assistants nient ou disent ne rien savoir.

Si un aveu lui est fait, c'est, la plupart du temps, de la femme elle-même qu'il le tient, au milieu de la douleur et des craintes de la mort. C'est une sorte de confession faite au médecin en réclamant ses conseils et son aide devant le danger. Evidemment l'aveu n'est pas fait à l'homme de la loi. Et cela est si vrai que, si la malheureuse femme qui avoue en pleurant sa faute, et la résolution qu'elle a prise ou qu'on lui a conseillé de prendre, savait que cet aveu sera porté à la connaissance de l'administration et de la justice, si elle savait qu'elle sera compromise, que ses paroles vont lui faire encourir, à elle et à ceux qui l'ont aidée, une peine sévère, à coup sûr elle ne parlerait pas. C'est au médecin, toujours paternel et discret, qu'elle s'adresse, et la plupart du temps même en lui demandant le secret.

Voilà comment il nous arrive d'être fréquemment, et j'appuie sur ce mot, initiés aux manœuvres coupables qui amènent la délivrance prématurée de tant de femmes.

Voilà comment aussi nous pouvons affirmer que l'accroissement des enfants mort-nés reconnaît principalement pour cause les avortements provoqués.

On voit combien la position du médecin est difficile, et combien son embarras doit être grand en présence d'une situation véritablement exceptionnelle. Si l'aveu est fait au médecin à titre de secret, doit-il et peut-il le divulguer? Et, à la rigueur, ne tomberait-il pas sous le coup de l'article 378 du Code pénal, qui porte : que les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, les sages-femmes et autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qui leur sont confiés, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 francs à 500 francs?

Supposons un instant que le médecin inspecteur auquel une femme confie qu'on s'est livré sur elle à des manœuvres criminelles pour la faire avorter s'empare de cette confidence, et en fasse l'objet d'un rapport à l'autorité, évidemment celle-ci se trouvera, et avec raison, saisie, et devra intenter une action judiciaire. Mais, dans ce cas, la femme inculpée ne pourra-t-elle pas, et ne lui suggérera-t-on pas la pensée de dire qu'elle n'a fait connaître son crime au médecin que sous le sceau du secret, et que si elle avait pu supposer un moment que ses aveux seraient transmis à la justice, elle se serait bien gardée de les faire, et ne pourrait-elle pas, à bon droit, invoquer l'article 378 du Code pénal, et intenter un procès au médecin?

Sans aucun doute, l'action de celui-ci serait justifiée, et l'autorité le prendrait sous son égide.

Toutefois, cette question, envisagée au point de vue des difficultés qu'elle présente, fournit matière à réflexions. Aussi est-ce en considération de ces difficultés mêmes que l'autorité administrative s'est préoccupée et se préoccupe encore d'un sujet dont la solution importe à la fois à la justice, à la sécurité des familles et à la morale publique.

Nous croyons en avoir dit assez sur cette matière, et avoir prouvé que ce n'était pas sans raison que nous avions soulevé dans ce mémoire la question des avortements provoqués. Et comme, dans notre pensée, l'accroissement des mort-nés tient essentiellement à ce que, de jour en jour, il se pratique un plus grand nombre d'avortements, il était nécessaire de bien préciser la portée de notre opinion, et de faire connaître à l'Académie tout ce qui se rattache à ce point du sujet que nous traitons.

La seconde proposition que nous avons formulée au commencement de ce travail, c'est que si l'accroissement des mort-nés reconnaît pour cause principale les avortements provoqués, il trouve aussi son explication dans l'administration trop fréquente du seigle ergoté au moment de l'accouchement, alors qu'il y a paresse ou inertie de la matrice, et, le plus souvent, défaut de patience de la part du médecin ou de la sage-femme.

(1) Ici se trouvaient placés quelques renseignements qui nous avaient été communiqués sur les avortements en Orient, et particulièrement en Perse. Nous ne croyons pas devoir livrer à l'impression des faits que nous n'avions cités qu'à titre d'étude philosophique.

Digitized by Google

Nous rappellerons que nous avons établi dans notre mémoire sur l'action du seigle ergoté dans la parturition que, sur 515 enfants mort-nés que nous avons visités dans l'espace de quatre années, nous avons trouvé qu'indépendamment de 22 avortements provoqués, avoués ou reconnus, de 44 cas où nous avons pu soupçonner que des manœuvres criminelles avaient été pratiquées, 72 fois il avait été administré du seigle ergoté plusieurs heures avant l'accouchement, et que, dans notre conviction la plus profonde, la mort de ces 72 enfants tenait à l'administration de cette substance.

Dans cette assertion si positive de notre part, il n'y a ni idées systématiques, ni idées préconçues. Il y a une vérité dont nous nous sommes efforcé de faire la démonstration ; vérité qui s'établira avec le temps, c'est notre conviction, et qui, bien certainement, aurait pour chacun de vous, messieurs, la valeur d'une certitude, si vous étiez appelés à faire seulement pendant quelques mois le service de la vérification des décès.

De tout ce qui précède, il résulte la preuve mathématique que le nombre des enfants mort-nés à Paris tend toujours à s'accroître, et que depuis trente ans il a constamment été en augmentant. Ce résultat, ce sont les relevés de l'état civil qui l'établissent, puisque le nombre des mort-nés était en 1829 de 5 pour 100 et une fraction, en 1839 de 9,91 pour 100, et qu'il est en 1859 de 11 pour 100.

Et comme à un accroissement de cette nature il faut une explication, tout en reconnaissant qu'on peut assigner à cette augmentation du nombre des mort-nés des causes diverses, nous estimons que les principales sont les avortements provoqués et l'emploi trop fréquent du seigle ergoté dans le travail de la parturition.

Là se bornent les conclusions que nous croyons devoir tirer de tous les documents que nous venons de présenter à l'Académie.

Il ne nous reste plus en terminant ce travail qu'à former le vœu que le motif qui nous l'a dicté soit pris en considération par l'Académie et par l'administration.

La question des avortements provoqués est, sans aucun doute, d'une solution difficile, mais elle n'est pas au-dessus de la prudence, des lumières et de la ferme volonté de l'autorité. Elle intéresse tellement la société, que nous sommes convaincu qu'elle éveillera toute la sollicitude des hommes qui, par leur position, sont appelés à être les gardiens vigilants de la loi et de la morale publique.

Quant à l'administration du seigle ergoté, que nous considérons comme une des causes qui déterminent fréquemment la mort des enfants au moment de la délivrance, nous pensons que l'Académie pourrait en faire un objet d'étude et nommer une commission qui ne chercherait nullement à faire prévaloir telle ou telle opinion, mais qui, en s'entourant de toutes les observations acquises à la science, en examinant leur valeur et en réunissant tous les documents désintéressés, sincères, qui existent sur cette importante question, pourrait éclairer l'administration, formuler des préceptes, et déterminer si depuis la loi de l'an XI et les différents arrêtés qui régissent la matière, les sages-femmes peuvent faire des ordonnances ; et, dans le cas contraire, si elles ne sont pas passibles d'une peine. Elle déciderait si le seigle ergoté est un médicament, et s'il ne doit pas être classé dans la catégorie des substances que les pharmaciens ne peuvent délivrer que sur une ordonnance du médecin.

Enfin, cette commission apporterait dans la mission qui lui serait confiée cet esprit sévère, mais toujours consciencieux, qui caractérise si bien toutes les décisions académiques.

Nous ajouterons, pour ne rien omettre de ce qui peut élucider le sujet que nous traitons, que, dans une séance du comité d'inspection des décès, alors que nous étions réunis mensuellement, nous disions que, portant plus particulièrement nos investigations sur les mort-nés, notre attention s'était arrêtée sur un fait dont il nous était impossible de nous rendre compte, à savoir, que chez les enfants mort-nés, on en trouve un plus grand nombre ayant de sept mois à sept mois et demi de vie utérine. M. Tardieu avait abondé dans ce sens et avait corroboré notre assertion. Seulement, le comité, tout en reconnaissant que c'était là un fait notoire et vrai, n'avait pu se l'expliquer.

Ceci posé, en 1860, étant placé à la Société de médecine du département de la Seine à côté du docteur Devilliers, dont le corps médical connaît le profond savoir et la grande intelligence, nous lui disions : Dans notre inspection de tel jour nous sommes allé visiter un enfant mort dans le sein de sa mère depuis environ dix jours, accouchement fait par vous. Oui, nous répondit M. Devilliers, un fœtus de sept mois, né d'un père syphilitique, cela est plus fréquent qu'on ne le pense, et c'est un point de la science sur lequel il serait important d'appeler l'attention des médecins-accoucheurs. Quand je reçois, ajoutait M. Devilliers, un enfant de sept mois à sept mois et demi, mort depuis un certain nombre de jours, et que je ne trouve pas à cette mort de cause appréciable, j'établis, à priori, qu'il y a de grandes présomptions pour que cet enfant soit né de parents ayant ou ayant eu la syphilis ; et, presque toujours, si je provoque une explication de la part du père, j'apprends qu'il a eu plusieurs affections syphilitiques, généralement mal traitées, ou traitées seulement en partie. Et si j'examine l'enfant, *souvent* je trouve chez celui-ci des signes certains de la syphilis.

Maintenant, pourquoi la mort chez ces fœtus a-t-elle lieu le plus fréquemment de sept mois à sept mois et demi? Je l'ignore ; cependant je dois ajouter que chez ces enfants le placenta est généralement atrophié. Cette atrophie ne se produirait que successivement et par le fait de la contagion, laquelle aurait probablement une période d'incubation ; de telle sorte que l'effet morbide, résultat de l'affection syphilitique, ne déterminerait l'atrophie du placenta et la mort du fœtus que dans un laps de temps d'environ sept mois.

Du reste, M. Devilliers a publié un mémoire SUR L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES NOUVEAU-NÉS, et il a adressé à l'Académie en 1853, un travail étendu sur l'influence du traitement antisyphilitique pendant la grossesse. Dans ce dernier travail il s'est occupé accessoirement de l'influence de la syphilis sur le fœtus.

L'Académie n'a pas fait de rapport, seulement les conclusions des mémoires de M. Devilliers ont été publiés dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE et dans les journaux de l'époque.

M. Depaul aurait aussi émis quelques idées sur le même sujet.

L'opinion de M. Devilliers nous paraît de nature à devoir être prise en considération ; elle viendrait à l'appui de nos observations, et serait une des causes de l'augmentation des mort-nés.

Enfin, nous dirons aussi que M. le docteur Jacquemin, médecin praticien des plus honorables, et à qui rien de ce qui se publie dans le monde savant n'est étranger, pense que l'augmentation des mort-nés pourrait tenir en partie à ce que, de nos jours, on fait la déclaration des décès d'enfants mort-nés ayant seulement quelques mois de vie fœtale, tandis qu'il y a à peine quelques années, on n'apportait pas dans ce service la vigilance établie actuellement. Souvent les jeunes fœtus étaient soustraits de diverses manières à l'attention de l'administration, et n'étaient pas, par conséquent, inscrits sur les registres de l'état civil.

Telles sont, messieurs, les considérations que nous a suggérées l'ensemble des faits réunis dans ce travail. Telles sont aussi les propositions qu'il était de notre devoir de soumettre à l'Académie et à l'autorité administrative (1).

(1) A ce travail se trouve joint un tableau statistique indiquant le relevé de la mortalité générale à domicile dans la ville de Paris pendant treize années, de 1846 à 1858, avec le rapport des enfants mort-nés pendant le même nombre d'années.

Digitized by Google

Recherches sur le rapport existant entre le nombre des mort-nés et celui des décès à domicile c
pendant treize années, de 1846 à 1858.

	1846	1847	1848	1849	1850	1851	1852	1853	1854	1855
Ier Arrondissement.										
Mortalité totale......	1701	1807	1742	2713	1678	1698	1779	1963	2272	1993
Nombre des mort-nés...	168	173	160	170	147	113	211	222	177	178
Rapport.............	10	10	11	16	11	15	8	9	13	11
IIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1666	1819	1798	2625	1573	1782	1738	1890	2328	1890
Nombre des mort-nés...	182	196	204	175	168	189	201	205	217	207
Rapport............	9	9	9	15	9	9	9	9	11	9
IIIe Arrondissement.										
Mortalité totale......	1023	1183	1124	1580	897	1006	1049	1105	1396	1180
Nombre des mort-nés...	126	120	159	133	133	157	169	137	162	164
Rapport............	8	10	7	12	7	6	6	8	9	7
IVe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	851	858	811	1333	710	815	754	815	851	622
Nombre des mort-nés...	130	120	99	93	95	99	118	87	75	68
Rapport...........	7	7	8	14	7½	8	6	9	11	9
Ve Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1992	2112	1960	3110	1753	1806	2133	2278	2805	2332
Nombre des mort-nés...	263	240	236	227	225	245	245	239	318	276
Rapport............	8	9	8	14	8	7½	9	9½	9	8½
VIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	2113	2101	2214	3360	1890	2036	2059	2276	2757	2495
Nombre des mort-nés...	236	233	201	221	268	261	248	226	243	234
Rapport...........	9	9	11	15	7	8	8	10	11	10½
VIIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1481	1547	1415	2232	1257	1348	1366	1502	1724	1389
Nombre des mort-nés..	185	147	140	138	171	168	146	156	162	150
Rapport...........	8	10	10	16	7	8	9	10	10	9
VIIIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	2423	2466	2459	3728	2279	2546	2608	3420	3899	3628
Nombre des mort-nés...	183	162	182	183	196	221	224	291	308	294
Rapport............	13	15	14	20	12	12	12	12	13	12
IXe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1128	1072	1148	1820	953	984	1081	1317	1546	1209
Nombre des mort-nés. .	132	129	127	156	144	174	154	178	185	165
Rapport...........	9	8	9	12	7	6	7	7	8	7
Xe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1911	2009	1914	3081	1720	1859	1884	2202	2624	2424
Nombre des mort-nés..	152	142	155	145	148	174	164	173	188	167
Rapport	13	14	12	21	12	10	11	13	14	14
XIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	1361	1405	1294	1916	1261	1337	1377	1511	1713	1656
Nombre des mort-nés...	195	168	198	209	206	214	220	191	199	237
Rapport............	7	8	7	9	6	6	6	8	9	7
XIIe Arrondissement.										
Mortalité totale.......	2384	2438	2362	4640	2113	2202	2381	2756	3658	3087
Nombre des mort-nés...	353	350	348	337	278	304	279	355	369	341
Rapport............	7	7	7	14	8	7	9	8	10	9
Total gén. de la mortalité	20034	20817	20241	32147	18084	19419	20209	23125	27572	23905
Total gén. des mort-nés.	2305	2180	2209	2187	2179	2319	2379	2460	2603	2481
Rapport..	9	10	9	15	8	8	8½	9	10	10
Rapport pour 100.....	11,50	10,47	10,91	6,80	12,04	11,93	11,77	10,63	9,44	10,37

La mortalité totale, pour toute la ville de Paris, a été pendant treize années de 292 724 décès, sur lesquels o
rapport des mort-nés aux décès se trouve par conséquent être de 1 sur 9, ou de 10,87 pour 100; mais si
riques, qui ont été en 1849 de 19615 et en 1854 de 8500, en tout 28115, il ne reste plus que 264 609 dé
mort-nés aux décès se trouve alors être de 12,3 pour 100.

Digitized by Google

III

REVUE CLINIQUE.

Hôpital militaire du Val-de-Grâce. — M. Colin.

Pathologie interne.

Observation d'ictère grave (mort en deux jours); atrophie aiguë du foie. (Recueillie par M. le docteur Dumayne, médecin stagiaire.)

Cette observation m'a semblé remarquable par la netteté frappante avec laquelle elle reproduit tous les traits de l'affection si bien étudiée par Frerichs sous le titre de *Suppression de la fonction du foie par atrophie aiguë*.

Maintenant que certains faits se produisent, d'après lesquels des praticiens très distingués croient devoir mettre en doute soit la spécialité, soit même la réalité de cette entité morbide, il est peut-être intéressant de publier un nouveau cas d'ictère grave qui vient consacrer de la manière la plus rigoureuse le type décrit par le professeur allemand.

Obs. — Le nommé Buriot, âgé de vingt et un ans, soldat depuis six mois à la deuxième section d'ouvriers d'administration (caserné à Grenelle), éprouve le 28 octobre dernier quelques symptômes d'embarras gastrique, courbature, inappétence, mais continue à faire son service à la manutention jusqu'au 31 octobre.

Ce jour-là, il se présente, ayant un léger ictère, à l'infirmerie de son corps, située au quartier Saint-Pierre (quai de Billy). Le soir même il veut retourner à la caserne de Grenelle; quelques instants après, on le rencontrait sur le pont d'Iéna, en proie à une extrême agitation, puis s'affaissant sur lui-même; il fut en cet état ramené à l'infirmerie, où son délire éclata plus violent, et où, pendant toute la nuit, il dut être maintenu dans son lit par deux de ses camarades.

Le lendemain, 1er novembre, on l'apporte dans l'après-midi au Val-de-Grâce (salle 26, n° 33), service de M. Colin, qui le vit à huit heures du soir. A ce moment, l'agitation qui avait motivé tout d'abord l'emploi de la camisole, faisait place au coma; il ne restait qu'un peu de contracture des membres supérieurs et du trismus; pupilles également et considérablement dilatées, insensibles à la lumière et à toute excitation, cachées en partie sous les paupières supérieures. Légère expression de douleur quand on pince fortement la peau. Du reste, abolition complète des facultés intellectuelles.

La peau est assez fraîche, le pouls un peu irrégulier et petit, à 90; la respiration fréquente, mais encore assez douce et facile.

La chemise est colorée en jaune foncé par l'urine qui coule involontairement. Le médecin de garde a de plus constaté dans la journée la suffusion ictérique cutanée, actuellement inappréciable à la lumière artificielle. Ces deux motifs empêchent de porter le diagnostic qui, sous tout autre rapport, paraissait le plus logique : méningite aiguë.

On pratique alors une exploration plus attentive de l'abdomen, et l'on constate que dans l'hypochondre droit la sonorité intestinale remonte jusqu'à la huitième côte, où l'on passe directement au son pulmonal, sans intermédiaire de la matité hépatique. La percussion, pratiquée à plusieurs reprises sur la ligne mamelonnaire, donne, de la manière la plus nette, le même résultat.

Prescription : On avait appliqué dès l'entrée vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux jambes, de la glace sur la tête; le trismus s'oppose à l'administration de toutes boissons par le haut, et les lèvres par un mouvement de sputation, repoussent tout ce qu'on veut faire prendre au malade. (Lavement purgatif, vésicatoires aux cuisses.)

Le 2, à la visite du matin, coma profond, résolution complète des quatre membres, persistance du trismus et du renversement des globes oculaires; pupilles toujours très dilatées; l'ictère est très évident, sans être plus foncé que la veille. La percussion de l'abdomen donne toujours le même résultat. La respiration est haute, bruyante (30 par minute); le pouls a pris un accroissement remarquable (130), et beaucoup d'irrégularité. (Diagnostic : ictère grave par atrophie aiguë du foie.)

Le même jour à trois heures, état asphyxique, pouls misérable, à 140; un peu de moiteur à la peau.

Mort à cinq heures du soir.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Le sternum étant enlevé ainsi que la paroi abdominale antérieure, on constate que le foie est complètement recouvert en avant par le poumon droit et par la masse intestinale. Son bord tranchant n'apparaît qu'en relevant le diaphragme vers la cavité thoracique.

Abdomen. L'estomac est distendu par des gaz et par un litre environ de liquide brunâtre, couleur chocolat au lait. La grande courbure présente un peu de rougeur mamelonnée. Quelques granulations psorentériques dans l'intestin grêle.

Le foie est notablement diminué de volume; le lobe gauche surtout paraît réduit au moins de moitié, et ses bords sont recoquevillés en dessous. Le poids de l'organe non lavé, pesé immédiatement, est de 900 grammes; sa couleur, pâle à la périphérie, est d'un jaune rhubarbe uniforme à la coupe, et l'on n'y distingue plus une seule granulation rouge.

L'examen microscopique du parenchyme hépatique ne révèle qu'une quantité considérable de granulations moléculaires et de globules graisseux de toute dimension. Çà et là apparaissent quelques cellules déformées, infiltrées de gouttelettes graisseuses. Toutes les préparations examinées sont d'une identité et d'une netteté remarquables.

La vésicule, comme ratatinée à sa surface, ne renferme qu'une demi-cuillerée de mucus grisâtre, très poisseux, faiblement coloré en brun; liberté complète des conduits biliaires.

La rate, un peu molle, est normale comme poids et comme volume.

Les reins, d'une coloration jaune dans la substance corticale, présentent des stries brunâtres très foncées le long des tubes de Bellini (substance médullaire), qui donnent lieu à un aspect marbré par le contraste des deux substances. Le microscope y découvre également une grande quantité de graisse.

Thorax. — Le cœur est petit, intimement appliqué, sans adhérence, au feuillet externe du péricarde, vu l'absence de tout liquide dans cette poche séreuse.

Le ventricule gauche, très dur et contracté comme dans l'état désigné sous le nom d'hypertrophie concentrique, ne renferme aucun caillot. Absence également de sang liquide ou coagulé dans le ventricule droit. Coloration jaunâtre de la substance musculaire, mais surtout de l'endocarde.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons sont revenus sur eux-mêmes, comme par l'effet de l'extrême viduité de cette cavité; tous deux sont rouges, violacés, partout crépitants, et donnent à la coupe, par la pression, un écoulement de sang noir spumeux.

Crâne. — Dès que la calotte osseuse est enlevée, le cerveau revient aussi sur lui-même, et semble d'un volume inférieur à la contenance de la cavité crânienne.

Les méninges, examinées avec le plus grand soin, sont complétement normales; absence de liquide intra-arachnoïdien, d'où aspect brillant et légèrement onctueux de cette membrane séreuse.

La consistance du cerveau est remarquable. Cet organe ne s'affaisse pas, et placé sur la table d'autopsie, il se tient ferme comme après une légère macération dans l'alcool. Cette consistance semble tenir en partie à l'absence de toute sérosité dans les ventricules, dont la surface présente aussi l'aspect luisant de l'arachnoïde.

On ne trouve aucun épanchement sanguin dans les systèmes celluleux et musculaire, excepté à la partie antérieure du cinquième espace intercostal gauche, où existe sous la plèvre pariétale une ecchymose arrondie, d'un centimètre de diamètre, en rapport sans doute avec la mort par asphyxie.

Réflexions. — En résumé, pendant deux jours ictère bénin en apparence, puis explosion de phénomènes formidables qui, en moins de quarante-huit heures (du vendredi à huit heures du soir au dimanche à cinq heures), entraînent la mort, cette deuxième scène elle-même scindée en deux périodes bien nettes, l'une d'excitation, l'autre de collapsus, comme dans les méningites, dont tous les traits et ceux de la forme la plus rapidement mortelle semblent reproduits chez notre sujet; seulement il y avait en plus un léger ictère!

Et pourtant l'autopsie nous révèle l'intégrité complète en apparence et des méninges et des centres nerveux; n'est-on pas amené forcément, devant ces troubles fonctionnels, à supposer tout d'abord ce que l'analyse a prouvé déjà dans des cas analogues, une intoxication du sang?

Quoi qu'il en soit, ce nouveau fait, le premier que j'ai observé, et qui seul m'a pleinement convaincu, qui a vivement frappé aussi un de mes maîtres, dont le savant concours m'a été si utile pour l'étude de ces lésions anatomiques, est un type bien évident et irrécusable de l'affection décrite par Budd,

Digitized by Google

Rokitansky, et surtout par Frerichs dans son TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU FOIE.

Il y a bien eu, chez notre sujet, absence et de pétéchies et d'hémorrhagies par les muqueuses; mais Frerichs ne les note que dans un certain nombre de cas, les pétéchies ayant manqué chez un tiers de ses malades, les hémorrhagies chez la moitié.

N'est-il pas logique de conclure de cette première considération qu'il faut hésiter à regarder l'ictère grave comme en rapport surtout avec le trouble de la fonction hématosique du foie, et non avec celui de la sécrétion biliaire?

Il y a eu également, chez ce malade, absence de vomissements, fait infiniment plus rare, qui distinguerait peut-être ce cas particulier d'un cas de fièvre jaune. Rappelons cependant qu'à l'autopsie on a trouvé l'estomac rempli d'un de ces liquides d'une couleur spéciale, due à des éléments sanguins altérés, et dont le rejet, s'il avait eu lieu, eût sans doute été qualifié d'hématémèse.

Enfin le volume de la rate était normal, comme chez trois des malades observés par le professeur de Berlin. Quant à la viduité des cavités splanchniques, d'où retrait du cerveau après l'ouverture du crâne, des poumons après l'enlèvement du sternum, pelotonnement étroit du cœur dans son enveloppe, faits qui semblent tenir à la suppression des exhalations séreuses, elle paraît avoir été partiellement mentionnée par Budd, qui note l'atrophie aiguë du cerveau comme coexistant avec l'atrophie du foie (Frerichs).

Mais à côté de ces quelques détails, qui constituent la physionomie propre de ce cas particulier, combien tout l'ensemble de sa symptomatologie ne vient-il pas consacrer le tableau de l'ictère grave décrit par Frerichs comme conséquence de l'atrophie aiguë du foie? Ainsi :

1° L'affection a été sporadique (caractère poussé ici à l'extrême, pour ainsi dire, ce cas étant le premier observé dans un hôpital aussi fréquenté que le Val-de-Grâce, depuis que l'attention est portée vers cette maladie).

2° Le sujet était dans les conditions d'âge les plus favorables au développement de l'ictère grave (vingt à trente ans, Frerichs).

3° La maladie n'a duré que deux jours après l'explosion (le terme ordinaire est de deux à cinq jours, suivant Frerichs, quelquefois vingt-quatre heures, rarement plus d'une semaine).

4° La terminaison a été funeste, comme dans tous les cas, ou à peu près.

5° L'évolution de la maladie confirmée s'est divisée en deux périodes bien nettes : l'une de délire, où le malade cherche toujours à se lever (Frerichs); l'autre de coma, où les pupilles se dilatent, où la respiration devient suspirieuse, puis stertoreuse, pendant que le pouls monte à 120, 130 pulsations, en offrant des intermittences (Frerichs).

6° Le foie atrophié s'était dérobé à la percussion de l'hypochondre, où le doigt ne trouvait plus que les sonorités pulmonale et intestinale, signe précieux sur lequel insiste précisément Frerichs, quand l'ictère grave se développe sous les allures de la méningite, et qui a contribué à déterminer notre diagnostic. A l'autopsie se confirmait naturellement cette disposition du foie, caché derrière le poumon et l'intestin, ainsi que le représente la figure 33 de l'ouvrage allemand (p. 174).

7° L'ictère était léger, et Frerichs insiste sur ce point.

8° Enfin identité encore entre les lésions décrites par cet auteur et celles que nous a révélées, chez notre sujet, l'examen soit général, soit microscopique du foie, réduit au moins d'un tiers, de la vésicule biliaire, des reins et des autres viscères.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

M. *Pouchet*, qui avait adressé à l'Académie une suite de travaux concernant la question des *générations spontanées* comme pièces de concours pour le prix proposé sur cette question, annonce aujourd'hui l'intention de n'être point compris dans le nombre des concurrents; il ajoute qu'il a fait part de cette résolution à plusieurs des membres de la commission avant qu'ils eussent pris connaissance de son œuvre, et par conséquent avant que leur jugement pût être porté.

M. *Rayer* présente, au nom de M. *H. Gintrac*, professeur agrégé de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux, un travail très étendu *sur la pellagre observée dans le département de la Gironde*. En sa qualité de médecin, M. *Gintrac* fut chargé, en 1860, par M. le préfet du département, de visiter certaines localités désignées par divers médecins cantonaux comme foyers de cette affection. C'est à l'année 1818 d'ailleurs qu'on peut faire remonter son apparition, et c'est dans les landes de la Teste qu'elle fut d'abord observée par le docteur Hameau, qui en fit en 1829 l'objet d'une communication à la Société de médecine de Bordeaux.

Le travail de M. Gintrac sera réservé pour être soumis à la commission chargée de décerner le prix que l'Académie a proposé sur cette question.

CHIRURGIE. — *Ovariotomie pratiquée le 29 septembre 1862 : deuxième opération, deuxième succès*, mémoire de M. *Kœberlé* (extrait par l'auteur).

OBS. — Madame V... (de Phalzbourg), âgée de trente-sept ans, mère de quatre enfants, d'une très belle constitution, douée d'un embonpoint prononcé, avait été ponctionnée il y a un an pour un kyste de l'ovaire. Depuis, la maladie ayant fait des progrès, la malade a résolu d'être débarrassée de sa tumeur par l'extirpation. L'ovariotomie a été pratiquée le 29 septembre, en présence de plusieurs de mes collègues et confrères. L'opération a duré deux heures. Il a fallu pratiquer une incision de 30 à 32 centimètres dans la paroi abdominale, qui était épaisse de 4 à 6 centimètres, pour en extraire une tumeur formée par des kystes multiloculaires du poids de 2400 grammes, et dont une loge contenait 7 litres et demi de liquide épais et brunâtre. Il existait une hernie ombilicale. L'épiploon était très adhérent à la tumeur, qui offrait en outre des adhérences lâches du côté de l'excavation pelvienne, où il se déclara une hémorrhagie capillaire assez persistante. Les deux ovaires ont dû être extirpés; leurs pédicules n'avaient pas plus de 1 et demi à 2 centimètres de longueur. L'épiploon a dû être lié en masse à cause des nombreuses ligatures qu'il aurait fallu faire; en deux autres points, des artères et des veines ont dû être étreintes séparément. L'incision a été réunie par plusieurs points de suture superficiels et profonds, et par une suture sèche au collodion. Les extrémités libres des ligatures de l'épiploon et des ovaires ont été momifiées et rendues imputrescibles par du perchlorure de fer. Des applications d'une solution de sulfate de fer ont arrêté l'inflammation, qui tendait à s'étendre rapidement le deuxième jour. Le pouls n'a pas dépassé 90 pulsations, et à partir du huitième jour il est resté constamment à 75 pulsations. La suppuration a été insignifiante, et n'a jamais exhalé une odeur putride. Les pédicules enfoncés à une profondeur de 8 centimètres ont été maintenus à découvert par un appareil dilatateur en plomb. L'opérée a été anesthésiée d'une manière complète pendant l'opération; elle n'a guère éprouvé de douleur que pendant huit à dix heures. Les premiers jours elle a été mise dans un état d'anhydrémie aussi complet que possible pour faciliter la résorption des liquides épanchés. Il n'est survenu aucun accident à partir du quatrième jour, où l'opérée a eu quelques vomissements consécutifs à une tympanite stomacale. La plaie a été maintenue béante à son extrémité inférieure, pendant près d'un mois, par des tubes en caoutchouc, jusqu'à sa cicatrisation parfaite. Actuellement la cicatrice est linéaire, et offre une longueur de 13 centimètres. Madame V... jouit d'une santé excellente. Toutes les fonctions s'opèrent à merveille. Les règles n'ont pas reparu.

Ma méthode opératoire consiste : 1° à nettoyer exactement la cavité abdominale avant la réunion de la plaie; 2° à momi-

fier, à dessécher le pédicule de la tumeur ovarique et les parties libres des ligatures avec du perchlorure de fer; 3° à maintenir à l'extérieur, à découvert, les pédicules et les ligatures, et à les conserver imputrescibles jusqu'à ce qu'il se soit formé des adhérences péritonéales suffisamment solides; 4° à mettre l'opérée dans un état d'anhydrémie aussi complet que possible les premiers jours de l'opération, pour favoriser la résorption des liquides épanchés, etc; 5° à s'opposer à l'inflammation, à éviter la stagnation des liquides, et à empêcher leur putréfaction par l'usage de la glace, du perchlorure et du sulfate de fer : de cette manière on combat la péritonite simple, et l'on évite la péritonite putride, qui sont les causes de mort les plus fréquentes chez les opérées d'ovariotomie; 6° à mettre les malades dans de bonnes conditions physiques, chimiques, physiologiques pour l'opération. 7° Les dispositions mécaniques du pansement, les instruments dont je me sers, et dont les principaux me sont personnels, concourent à assurer la réussite dans les cas les plus défavorables.

L'usage du perchlorure de fer comme agent momificateur des tissus exposés à se putréfier rapidement et à produire une infection putride des plaies, et celui du sulfate de fer comme agent antiputride astringent, constituent à mes yeux une véritable innovation thérapeutique de médecine préventive.

Les observations détaillées de mes deux opérations démontreront, je l'espère, que l'ovariotomie, qui compte déjà de si beaux succès en Amérique et en Angleterre, fournira en France des résultats bien plus remarquables encore, lorsque les malades, moins effrayées par les insuccès récents, n'attendront plus pour se faire opérer qu'elles soient arrivées à la dernière période d'une maladie incurable par tout autre moyen. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert.)

M. *Moura-Bourouillou* adresse quelques remarques sur une communication récente de M. *Fournier* : ÉTUDE PRATIQUE SUR LE LARYNGOSCOPE. (*Comm.* : MM. Velpeau, Rayer, Cl. Bernard.)

M. *Neucourt* adresse de Verdun (Meuse), comme pièce de concours pour le prix Montyon de 1863, un mémoire sur les maladies chroniques. (*Réservé pour la future commission.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, les deux suivantes :

1° Un mémoire italien de M. le professeur *Paolini* (de Bologne) sur l'affection cutanée connue sous le nom d'*ichthyose*. M. Paolini cite de nouveaux cas de transmission de la maladie par voie de génération, et discute le genre d'altération que subit la sécrétion épidermoïque dans cette affection.

2° Une nouvelle publication de M. *Devay* sur le danger des *mariages consanguins*, dans laquelle l'auteur conclut en ces termes : « Dans l'état où est arrivée la question, le médecin est suffisamment éclairé pour combattre les alliances consanguines, soit dans ses écrits, soit dans son enseignement, soit enfin dans les conseils particuliers qu'il est appelé à donner à ses clients. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Cressant* (de Guéret) et *Gabiot* (de Bar-sur-Seine). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un mémoire sur l'altération des ongles à la suite des maladies longues et graves, par M. le docteur *Jobert* (de Guyonvelle). — *c*. Une observation d'épidémie de cowpox à la vacherie du couvent de la Grande-Chartreuse, par M. le docteur *Pascal*. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un recueil d'observations de varioles anomales, par M. le docteur *Larroque* (de Massenbe). (*Commission de vaccine.*) — *b*. Une observation intitulée : *Tumeur fibro-celluleuse interstitielle de l'utérus; obstacles à l'accouchement; perforation du crâne; céphalotripsie; phlegmatia alba dolens; mort*, par M. le docteur *Devilliers*. (*Comm.*: M. Chailly.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Martin fils*, accompagnant l'envoi d'une brochure *sur les eaux de Narbonne au point de vue hygiénique*. (*Comm.*: M. Poggiale.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Charles Robin* qui, en qualité d'exécuteur testamentaire du docteur *Ernest Godard*, informe l'Académie que la famille de ce jeune et regrettable savant tient à la disposition de la Compagnie une somme destinée à la fondation d'un prix.

M. *le Président* fait part de la mort de M. le docteur *Robert*, membre titulaire, dont les obsèques auront lieu à Sainte-Clotilde, jeudi matin, à onze heures précises.

Puis il annonce que l'Académie tiendra sa séance solennelle mardi prochain, 9 courant, à trois heures.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Gibert* s'étonne qu'on nie la possibilité de boire de l'eau de rivière fraiche en été dans les grandes villes. Le rafraichissement de l'eau de la Seine est, selon lui, tellement simple, tellement vulgaire, qu'il ne connait personne qui n'ait à sa disposition les moyens de rafraichir l'eau destinée à la boisson et aux usages domestiques.

On révoque également en doute l'efficacité de la filtration en grand. Mais la compagnie des Célestins sert d'excellente eau filtrée à tous les ménages de Paris depuis cinquante ans.

M. *Poggiale* répond qu'il ne nie pas la possibilité de rafraichir de petites quantités d'eau, mais là n'est pas la question. Il s'agit de savoir s'il existe des procédés efficaces et économiques pour obtenir ce résultat en grand, et pour satisfaire aux exigences d'une grande ville. A cet égard, il maintient ce qu'il a déclaré dans son rapport, à savoir que le procédé de rafraichissement en grand pour les eaux potables n'a pas encore été trouvé.

Les moyens de filtrage en grand sont également défectueux et insuffisants, quoi qu'en dise M. Gibert; et les filtres domestiques ne sauraient échapper aux reproches justement fondés que leur a adressés M. Lefort dans ses remarquables recherches.

M. *Robinet*. Il est possible que ni M. Gibert, ni aucun des membres de cette Académie ne boivent de l'eau chaude en été; mais l'immense majorité des habitants de Paris ne jouit pas du même avantage; d'ailleurs, tous tant que nous sommes, si nous voulons avoir de l'eau fraiche en été, nous sommes obligés de la rafraichir par des moyens artificiels. L'administration municipale de Paris, dans un esprit fort libéral et assurément très louable, veut faire disparaitre cet état de choses, qui constitue un privilége pour quelques habitants; elle veut que désormais tout le monde, pauvres comme riches, boive de l'eau fraiche en été, de l'eau tempérée en hiver; elle veut que cette eau puisse être puisée, avec ses excellentes qualités, à la fontaine publique, à la borne-fontaine. Si la discussion s'engage sur ce sujet particulier, j'espère démontrer que l'édilité parisienne en dérivant sur Paris les eaux de la Dhuis aura complétement satisfait, sous ce rapport, aux exigences de l'hygiène.

Quant au filtrage, il est incontestable que les procédés généralement usités sont imparfaits, et qu'ils ne sont pas économiques. Ils fournissent une eau d'une limpidité souvent équivoque, et que la plus accréditée des compagnies, celle des Célestins, débite à raison de 5 francs le mètre cube, tandis que l'eau filtrée par la ville dans les fontaines marchandes n'est vendue que 90 centimes le mètre cube. La ville de Paris désire mieux faire encore, en fournissant bientôt de l'eau d'une pureté irréprochable à tous les habitants. On peut donc apprécier, dès ce moment, si les avantages et le progrès sont du côté du régime actuel des eaux ou du côté du régime futur.

M. *Poggiale* regrette que le débat se soit si promptement engagé sur la question spéciale de la Seine et de la Dhuis. Tel n'a pas été l'objet de son rapport. Il a, à dessein, écarté cette question délicate, pour ne s'occuper d'une manière exclusive que du problème général des eaux potables. Pourquoi faire

Digitized by Google

intervenir ainsi, sans motif, une question incidente de nature à passionner le débat?

M. *J. Cloquet* demande à être inscrit pour la discussion.

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

A la liste de présentation dressée par la section, et que nous avons publiée dans notre dernier numéro (p. 764), l'Académie a ajouté le nom de M. *Mattei*.

Au premier tour de scrutin, M. *Devilliers* obtient 35 voix; M. *Blot*, 26; M. *Laborie*, 8; M. *Mattei*, 1; un bulletin blanc.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 69, et la majorité 35, M. *Devilliers* obtient 43 suffrages; M. *Blot*, 24; M. *Laborie*, 1; un bulletin blanc.

En conséquence, M. *Devilliers* est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU 5 DÉCEMBRE 1862.

Rapport de présentation du docteur Cominges, par M. *Costilhes*.

Rapport sur les publications des travaux de la Société.

Élection d'un vice-président, d'un secrétaire annuel, d'un membre du conseil d'administration.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

DES THORACENTÈSES SANS ÉCOULEMENT DE LIQUIDE.

M. *Bouchut* avait parlé, dans la dernière séance (voy. n° 46, p. 730), de trois thoracentèses pratiquées par lui et par M. Beau, et qui n'avaient donné issue à aucun liquide. Il avait pensé que le fait pouvait s'expliquer par un état gélatineux de l'épanchement contenu dans la plèvre, tout en avouant qu'aucune autopsie ne lui avait encore prouvé l'existence d'épanchements de cette nature. Depuis cette époque, il a assisté à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Léger, à l'autopsie d'un vieillard dans la plèvre duquel on avait trouvé une collection de matière gélatiniforme, colloïde, du volume des deux poings. Cette observation plaiderait en faveur de l'hypothèse qu'il avait émise.

M. *Empis* ne regarde pas ce fait comme concluant, car rien ne prouve que la coagulation de cette matière gélatiniforme ait eu lieu du vivant du malade. Quelle que pût être la consistance d'un épanchement gélatineux, la ponction devrait toujours amener au dehors un peu de matière filante, comme on le voit journellement pour les kystes gélatineux de l'ovaire. M. Empis croit donc qu'il faut chercher une autre explication de ces thoracentèses sèches. Chez une vieille femme atteinte de pleurésie chronique, il a lui-même pratiqué une ponction infructueuse; il ne sortit alors que quelques cuillerées de liquide. La malade ayant succombé dix jours après, il recommença l'opération sur le cadavre, et ne donna encore issue qu'à une ou deux cuillerées de liquide. L'ouverture du thorax lui en révéla la cause; le poumon était transformé en une masse grisâtre, indurée, et ne pouvait plus se dilater par l'insufflation. Dès lors, le liquide était retenu par le vide, comme lorsqu'on pratique une ponction à travers la paroi d'un vase clos hermétiquement. Cette circonstance serait une raison de plus pour ne pas trop différer la thoracentèse, et ne pas attendre que le poumon ait cessé d'être extensible.

Quant à l'oppression, elle ne fournit pas une indication précise pour l'opportunité de l'opération, car elle n'est pas proportionnelle à la quantité de l'épanchement, mais plutôt à l'intensité de l'inflammation. D'après cela, l'oppression serait plutôt une contre-indication, car elle prouverait que l'inflammation étant encore persistante, l'épanchement pleural pourrait se reproduire, et même devenir purulent. Dans ce cas, M. Empis préfère employer les moyens médicaux.

M. *Moutard-Martin* partage l'opinion de M. Empis. Sans nier la possibilité d'un épanchement gélatineux, il se rappelle que la coagulation des liquides évacués par la thoracentèse s'opère souvent en quelques minutes après leur sortie de la plèvre, et que rien ne prouve que la coagulation n'ait pas eu lieu après la mort dans le dernier fait cité par M. Bouchut.

M. *Bouchut* reconnaît parfaitement la réalité de la cause physique signalée par M. Empis. Mais quand le poumon est assez altéré pour retenir le liquide, parce qu'il ne peut plus se distendre, il s'agit d'une maladie incurable; or, dans les deux cas où il a pratiqué la thoracentèse sans écoulement de liquide, comme dans le cas de M. Beau, la résolution s'est faite en quelques jours, et la respiration s'est rétablie avec ses phénomènes stéthoscopiques. Il ne s'agit donc pas de la même lésion. Dès lors, la thoracentèse infructueuse ne pourrait s'expliquer que par la présence d'un caillot ou par le décollement de la plèvre. Or, il a introduit d'abord un stylet, puis une longue aiguille à tricoter qu'il a fait pénétrer à 10 ou 15 centimètres de profondeur jusqu'à la colonne vertébrale, et qui lui a donné la sensation d'un instrument libre dans une grande cavité. M. Bouchut n'a présenté l'état gélatineux de l'épanchement que comme une hypothèse; il regrette que cette explication ne satisfasse pas M. Moutard-Martin, mais celui-ci n'a pas non plus prouvé l'impossibilité de cette cause d'insuccès.

M. *Chauffard* n'admet pas non plus l'explication de M. Bouchut; un épanchement gélatineux ne pourrait pas avoir assez de consistance pour ne rien laisser écouler du tout; il pense d'ailleurs que la coagulation suppose deux conditions, le refroidissement et la séparation d'avec les tissus suivants. Il impute l'insuccès de M. Bouchut à la présence de fausses membranes considérables dans la plèvre. Il en a vu qui mesuraient jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur, et comme leur consistance était très molle, la sensation de manœuvre libre dans une cavité, que M. Bouchut dit avoir perçue, ne prouve pas qu'il n'y ait pas eu de fausses membranes.

M. *Béhier* a vu des faits analogues à ceux dont parle M. Chauffard; il a pratiqué infructueusement la ponction d'une plèvre que l'autopsie a montrée pleine de fausses membranes, qui en comblaient entièrement la cavité.

M. *Barthez* croit que c'est, en effet, le cas le plus général, et il a rencontré aussi des cavités pleurales remplies de fausses membranes qui enkystaient une certaine quantité de sérosité. Cependant il a vu un cas qui se rapproche de ceux de M. Bouchut. Chez un enfant qu'il soignait avec MM. Vigla, Blache et Trousseau, ce dernier fit successivement deux ponctions, qui n'amenèrent que quelques cuillerées de sang pur, qui se coagulait dans la canule en une gelée transparente et molle. L'enfant guérit d'ailleurs très promptement.

M. *Gallard* fait observer que, dans les cas cités par M. Bouchut, il s'agit d'épanchements très aigus, et guéris très rapidement. Il ne croit donc pas, en ces cas, à l'existence de fausses membranes aussi épaisses que celles dont a parlé M. Chauffard. Mais des fausses membranes très minces peuvent être refoulées par le trocart sans être perçues par lui. On peut continuer

Digitized by Google

à agiter l'extrémité libre sans que la perforation ait eu lieu. Un nouveau coup de trocart peut alors donner issue au liquide.

M. *Bouchut* n'a pas dit, comme le lui objecte M. Chauffard, qu'il n'eût pas coulé de liquide; au contraire, il en coula une petite quantité. Mais le liquide était sans doute retenu dans les mailles, qui ne le laissaient écouler que goutte à goutte. Il admet qu'il pouvait être dans une cavité cloisonnée, comme celle dont a parlé M. Béhier.

M. *Béhier* répond à M. Gallard qu'il n'a pas mentionné des fausses membranes légères, nouvelles, infiltrées de sérosité, mais bien des fausses membranes épaisses, datant de dix-huit jours. Il fait observer à M. Barthez que les faits sur lesquels roule la discussion ne sont pas des épanchements sanguins, mais des épanchements séreux. Dans un autre cas, il a vu la thoracentèse n'amener que quelques gouttes de pus, et être suivie, au bout de quelques jours, d'un phlegmon énorme de la paroi thoracique, qui se fit jour au dehors, et se renouvela jusqu'à sept fois. Le malade guérit.

M. *Barthez* croit, malgré l'observation de M. Béhier, qu'il y a, sinon similitude, au moins analogie entre les épanchements pleurétiques et le fait qu'il a rapporté; ce n'était pas du sang pur, un caillot véritable qu'on a vu se former, c'était une sérosité gélatineuse, colorée en rouge, comme en produisent certains vésicatoires.

M. *Barth* ne trouve pas les diverses opinions émises entièrement satisfaisantes. Il croit qu'il y a des variations considérables dans le rapport de la quantité de la sérosité avec celle de la matière coagulable. Il y a des pleurésies où le globule transsude dans la plèvre sans qu'il y ait hémorrhagie véritable, et il y a entre ces deux extrêmes des nuances infinies. Dans les cas où l'on trouve des fausses membranes très épaisses, il y a eu hémorrhagie. Lorsque celle-ci se produit, il y a précipitation des globules à la partie inférieure, tandis que la sérosité surnage. Une ponction pratiquée dans un point plus élevé amènerait sans doute l'issue du liquide. Il a vu, dans un cas, le décollement de la plèvre costale empêcher l'action du trocart. Un second coup de l'instrument perça cette membrane. Quant au nom de matière colloïde prononcé par M. Bouchut, il ne s'appliquait sans doute qu'à la consistance de cette matière; M. Bouchut n'a pas pu vouloir dire que le tissu colloïde proprement dit pût jamais être résorbable.

D^r E. Isambert.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Arrêt de développement du larynx dans deux cas de surdi-mutité. — Laryngoscopie, par le docteur Gibb.

Il est généralement admis parmi les médecins, même parmi ceux qui font de la surdi-mutité une étude spéciale, que l'impossibilité d'articuler des sons est due à l'impossibilité de les percevoir par suite d'une surdité complète et absolue; que les muets ne sont tels que parce qu'ils sont sourds. Sans doute cette opinion est vraie pour la majorité des cas, mais il est des exceptions. M. Harvey, dans son Traité de la physiologie et de la pathologie de l'oreille, dit : La mutité peut exister sans la surdité, et elle peut être la conséquence de quelque lésion ou de quelque vice de conformation des organes vocaux; mais la surdité absolue, si elle est congénitale ou si elle est survenue dès les premiers temps de la vie, s'accompagne nécessairement de mutité, et dans ce cas elle résulte de l'ignorance du langage, mais l'impossibilité matérielle de parler peut coexister avec la surdité. » Le laryngoscope est devenu un moyen précieux pour s'assurer de l'état des organes vocaux, et c'est par son emploi que M. Gibb a pu s'assurer, dans les deux cas que nous rapportons, de la coexistence de lésions du larynx, rendant compte de la mutité, sans qu'il soit besoin d'invoquer la surdité concomitante.

Richard C..., âgé de cinquante-quatre ans, et Elisa sa femme, âgée de quarante-sept ans, mariés depuis trois ans, sont sourds-muets de naissance, intelligents tous deux, ils savent lire et écrire. Le mari, examiné au laryngoscope, présente les lésions suivantes du larynx :

L'épiglotte, réduite à la moitié de sa longueur, est cachée dans quelques mouvements du repli aryténo-épiglottique droit, qui croise la glotte et empiète du côté gauche. Le repli aryténo-épiglottique gauche manque, et il en est probablement de même du cartilage aryténoïde du même côté.

Les cordes vocales manquent complètement et l'occlusion du larynx a lieu par la progression à gauche du repli aryténo-épiglottique droit. L'épiglotte semble conserver constamment sa direction verticale et ne paraît pas s'abaisser dans les mouvements de déglutition. On peut dans les inspirations profondes apercevoir les cerceaux de la trachée, lesquels ne présentent rien de remarquable. La saillie extérieure de la pomme d'Adam existe, mais le cartilage thyroïde est considérablement aplati latéralement. La distance entre l'hyoïde et le thyroïde est plus grande qu'à l'état normal.

L'examen de la femme C... fut un peu plus difficile. L'épiglotte avait sa forme, sa longueur et sa position ordinaires; il en était de même de la disposition et des mouvements des replis aryténo-épiglottiques. Ceux-ci servent à fermer et à ouvrir le larynx, car les cordes vocales sont tout à fait absentes.

Chez les deux malades, la membrane muqueuse du gosier était irritable et quelque peu congestionnée. (*Med. Times and Gaz.*, 15 nov. 1862.)

Fracture de la rotule. — Guérison par l'application de la griffe de M. Malgaigne.

Les fractures transversales de la rotule, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'un écartement considérable des deux fragments, ne peuvent souvent être réduites complètement par les procédés ordinaires. Si la tendance au déplacement du fragment supérieur est notable, la compression exercée par les divers bandages employés, tend à amener la formation d'eschares, le plus souvent même elle ne peut être en aucune façon supportée, et la fracture réunie par un cal fibreux extensible, laisse pour toujours une grande faiblesse dans le genou.

La griffe métallique de M. Malgaigne rend dans quelques cas des services remarquables, malheureusement elle effraye à peu près autant les médecins que les malades, bien à tort du reste, car, appliquée convenablement de manière à ne pas glisser, elle constitue un moyen réellement innocent. Nous avons vu M. Malgaigne l'appliquer bien des fois, nous l'avons appliquée nous-même, et c'est dans l'espoir de voir se propager son emploi, que nous rapportons l'observation suivante due à M. le docteur Morpain.

Obs. — Le nommé Hippolyte Baraté, âgé de quarante-cinq ans, coutelier, est entré dans la salle Sainte-Marthe (Hôtel-Dieu) pour une fracture transversale de la rotule droite, le 30 août 1862. Cet homme raconte que, le jour même, il avait glissé et que son genou droit était venu heurter violemment l'un des barreaux d'une grille de fer posée sur le sol. Depuis ce moment, la marche a été impossible.

Le genou est considérablement tuméfié et d'une teinte violacée; l'articulation est le siége d'un épanchement sanguin considérable; les doigts s'enfoncent profondément vers la jointure sans rencontrer la résistance de la rotule; au-dessus et au-dessous, ils rencontrent deux fragments osseux mobiles, sensiblement de même étendue et qui sont manifestement les deux moitiés de la rotule. En rapprochant ces deux fragments et en les faisant mouvoir l'un sur l'autre, on perçoit une crépitation assez fine.

Pendant les premiers jours, on se borna à ajouter sur la partie malade des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée; au bout de sept à huit jours, l'épanchement articulaire ayant à peu près disparu, M. Foucher songea à maintenir en contact les deux fragments rotuliens. On essaya d'abord l'appareil habituellement employé par M. Laugier, et qui consiste

Digitized by Google

essentiellement en une attelle postérieure sur laquelle viennent se fixer deux anneaux en caoutchouc, embrassant obliquement le membre au-dessus et au-dessous de la rotule, de manière à en rapprocher les fragments. Cet appareil ne put être supporté. Ce fut alors que M. Foucher désireux d'obtenir une coaptation aussi parfaite que possible, appliqua les plaques à griffes de M. Malgaigne.

Les deux plaques étant isolées, on commence par enfermer les deux crochets de la plaque inférieure immédiatement au-dessous du sommet de la rotule, avec la seule précaution de faire préalablement retirer la peau un peu en bas.

Cela fait, on rapproche avec les doigts les deux fragments le plus possible ; on fait également retirer en haut la peau qui recouvre le supérieur, afin qu'elle ne vienne pas s'engager dans leur intervalle en formant des plis difformes ; et, remettant les deux fragments ainsi rapprochés à un aide, on enfonce les crochets supérieurs dans le tendon rotulien, immédiatement au-dessus de la base de la rotule, jusqu'à ce que leur pointe arrive sur l'os et y trouve un point d'appui. Les quatre crochets placés, on s'occupe de rapprocher les deux plaques en les faisant glisser l'une sur l'autre et de forcer le rapprochement à l'aide de la vis.

Lorsque M. Foucher eut ainsi placé l'appareil, il fut facile de s'assurer que les fragments étaient en contact. Ce contact fut rendu plus intime les jours suivants en faisant exécuter quelques tours à la vis.

Le malade traité par M. Foucher a conservé l'appareil à griffes pendant vingt-cinq jours, et à cette époque la soudure des fragments a paru parfaite. Toutefois, pour obtenir une consolidation plus complète, le membre fut tenu dans un appareil inamovible pendant une quinzaine de jours ; puis, après quelques jours de repos encore, on lui permit de se lever. Au bout de quelques jours d'exercice, la marche devint assez facile, le genou était régulier, peu tuméfié, le cal solide et la rotule à peine d'un demi-centimètre plus longue que celle du côté opposé. (*France médicale*, 15 novembre 1862.)

Adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcères syphilitiques, par M. Coulson.

Obs. — Robert H..., vingt-sept ans, fut admis à l'hôpital des vénériens, le 12 février 1860. Il avait eu une uréthrite huit ou neuf ans auparavant, et il y a cinq ans un chancre suivi d'engorgements ganglionnaires de l'aine gauche. Il eut à cette époque des ulcères à la gorge, de la céphalée et des douleurs dans les membres, mais il ne s'aperçut d'aucune éruption. La gorge resta toujours un peu malade jusqu'au moment où il vint à la consultation de l'hôpital, un mois avant son admission. Une large ulcération occupait la paroi postérieure du pharynx et le bord libre du voile. Le traitement fut suivi d'amélioration, mais le malade le négligea bientôt. Quand il revint à l'hôpital, le voile du palais adhérait au pharynx.

Le palais et le pharynx formaient une voûte continue, les adhérences étaient complètes et solides. La voix avait un son fortement nasonné ; le malade ne pouvait prononcer ni l'*m*, ni l'*n* ; il ne pouvait respirer que la bouche largement ouverte, et avait complétement perdu les sens de l'odorat et du goût, ne distinguant plus, disait-il, la saveur du sucre, du sel, de la moutarde, du pain, etc.

Le 27 février un bistouri étroit fut enfoncé dans le voile du palais, à deux lignes environ de l'amygdale droite, il fut porté transversalement à la même distance de l'amygdale gauche, laissant ainsi un pouce et demi de la partie membraneuse du voile attachée à la partie dure du palais. On saisit le lambeau postérieur avec des pinces et on excisa un morceau large d'un pouce environ transversalement, et d'un demi-pouce d'avant en arrière. Il y eut peu de sang perdu, et le malade put immédiatement faire passer l'air par les narines. Le goût et l'odorat avaient reparu, mais dans les mouvements de déglutition, les aliments s'engageaient dans la partie postérieure des fosses nasales.

La plaie avait une tendance continuelle à la rétraction et à la cicatrisation, ce qui força à interposer entre ses lèvres une mèche de charpie ; cette tendance fâcheuse existait encore le vingt et unième jour, lorsque le malade fut expulsé de l'hôpital pour y être rentré en état d'ivresse. Mais M. Coulson apprit un an après par un ami de son opéré, que la communication persistait toujours entre les narines et le pharynx, et que le malade avait retiré un grand avantage de l'opération qui lui avait été faite. (*The Lancet*, 15 novembre 1862.)

L'observation de M. Coulson est intéressante au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. Depuis longtemps déjà l'on sait que certaines saveurs nous sont révélées plutôt par les nerfs olfactifs que par les nerfs gustatifs, et Brillat-Savarin avait ingénieusement rapproché l'un de l'autre les sens du goût et de l'odorat. Quelques expériences physiologiques avaient démontré la vérité de cette dépendance des deux sens, mais quelques faits pathologiques en avaient donné une preuve irrécusable. Ainsi nous trouvons dans la thèse inaugurale de M. Panas, qu'un jeune homme chez lequel les nerfs olfactifs avaient été lésés par une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde, ne pouvait percevoir les odeurs et confondait la saveur de la vanille avec celle de la fraise, le goût du rhum avec celui du kirsch, etc. L'observation de M. Coulson nous montre les mêmes phénomènes dus à une cause pathologique différente. Quelque intéressante qu'elle soit, elle nous laisse un regret. Magendie, dans ses expériences sur l'olfaction, avait attribué la faculté de percevoir les odeurs à la cinquième paire, parce que les animaux privés du nerf olfactif sentaient encore l'odeur de l'ammoniaque, confondant ainsi les sensations tactiles (la sensation causée par l'action de l'ammoniaque sur la pituitaire est de ce genre) avec les sensations olfactives proprement dites. Il eût été intéressant de savoir avec quelque précision si le malade de M. Coulson ne percevait aucune sensation particulière dans l'ingestion des aliments autre que celle de la température, de la consistance, de la fluidité des matières ingérées. Il est probable que la moutarde, dont il est parlé dans l'observation, devait révéler une autre sensation que celle donnée par une conserve, par exemple ; car la moutarde n'impressionne pas seulement le nerf olfactif, mais encore les filets naso-palatins de la cinquième paire. Il est dit cependant dans le courant de l'observation, que le malade ne pouvait percevoir la saveur du vinaigre ou du poivre de Cayenne ; pour ce dernier condiment surtout, il est très probable que sa présence devait se révéler par une sensation propre, car le poivre n'agit pas seulement par son odeur, mais surtout par la violente irritation qu'il cause. Ces faits ne nous paraissent donc pas observés avec toute la rigueur désirable, c'est malheureusement une lacune que l'on ne pourra combler facilement, car les cas d'occlusion complète des arrière-narines sont rares de la façon dont l'a observée M. Coulson.

Au point de vue chirurgical, il nous semble que le procédé employé eût peut-être pu être remplacé par un autre. Sans doute, la dissection du bord libre du voile, son dégagement eussent été difficiles ; sans doute, il y avait à craindre que la maladie ne se reproduisît au fur et à mesure de la cicatrisation ; mais cette réunion eût pu être empêchée avec plus de facilité encore que dans le procédé suivi par l'opérateur, et les résultats eussent vraisemblablement été plus satisfaisants. L'observation ne le dit pas, mais si l'on a rendu au malade, par la petite ouverture laissée dans le voile par la cicatrisation, la faculté de percevoir les saveurs, il n'est rien dit de l'état de la voix ; du retour des aliments dans les fosses nasales ; retour d'abord facile et qui a dû persister, sinon pour les aliments solides, du moins pour les boissons, car l'ouverture a été faite dans la partie du voile qui, au moment de la déglutition, se trouve tendue par l'action des péristaphylins.

Transfixion par une barre de fer. — Guérison, par M. Hoyland.

« Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable » pourrait se dire de l'observation suivante. Mais le nom de M. Hoyland, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine anglaise, à Constantinople, et *fellow* du Collége des chirurgiens d'Angleterre, est une garantie suffisante de l'exactitude du fait :

Obs. — Macknesky (Léon), Polonais, trente-cinq ans, était employé à décharger des barres de fer à bord du *Sicilien*, navire venant de Liverpool, et était occupé à en réunir quelques-unes en faisceaux que l'on hissait dans les vergues pour les redescendre hors du vaisseau ; lorsque l'une des barres ainsi élevée à une certaine hauteur, glissa et tomba verticalement sur le pont. Cette barre, d'un pouce et demi carré, longue de quinze pieds, atteignit le malade, le traversa de part en part et se ficha dans le pont à une profondeur de trois pouces, avec une telle violence, qu'il fallut l'effort de trois hommes pour la retirer. Une hémorrhagie considérable eut lieu, le capitaine appliqua sur les plaies des com-

presses de *lint* trempées dans la teinture de benjoin, et les retint en position par un bandage circulaire.

Le blessé fut porté à l'hôpital une heure après l'accident ; le pouls était faible, rapide ; il y avait de la toux et de la dyspnée. La réaction survint, mais elle fut modérée. Le malade fut placé dans une grande chambre dont on tint les fenêtres ouvertes jour et nuit. Le cinquième jour, en présence de M. Murphy, chirurgien du navire de guerre *Gannets*, M. Hoyland enleva le pansement et trouva les plaies en bon état ; on replaça des compresses imbibées d'une forte infusion de matico dans laquelle était dissous un peu de chlorate de potasse.

La barre de fer était entrée en arrière entre la neuvième et la dixième côte gauche, un peu au-devant de leur angle, avait traversé le thorax de bas en haut pour sortir du même côté, mais en avant, entre la cinquième et la sixième côte, un peu au dehors du mamelon.

La toux et la dyspnée disparurent après quelques jours ; le malade sortit de l'hôpital le 8 septembre, et M. Hoyland le garda comme domestique afin de ne pas le perdre de vue. (*The Lancet*, 8 novembre 1862.)

Il est probable que dans ce cas le poumon n'avait pas été traversé de part en part, car avec un corps étranger d'une telle largeur il eût subi une lésion telle, qu'une hémorrhagie mortelle fût survenue. Il nous semble, autant qu'on peut raisonner sans avoir vu les faits, que la barre de fer atteignant la base du poumon, refoula cet organe en arrière et en haut, se plaça sur la face antérieure, et glissant en avant du hile de ce viscère, en dehors du péricarde, vint perforer la paroi thoracique antérieure. Quoi qu'il en soit des explications possibles, le fait n'en est pas moins un des plus extraordinaires que nous connaissions, et c'est à ce point de vue qu'il mérite d'être rapporté.

VI

VARIÉTÉS

Mort de M. Robert. — La chirurgie française vient de faire une perte douloureuse, M. Robert a succombé à peine âgé de soixante et un ans. Chirurgien distingué des hôpitaux qu'il venait récemment de quitter, ancien agrégé de la Faculté, membre de l'Académie et de la Société de chirurgie, professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts, officier de la Légion d'honneur, etc., M. Robert devait ses titres à un travail soutenu et à des qualités personnelles peu communes. Il avait pris part à de nombreux concours, dans lesquels il avait montré une instruction très solide, ce qui était le but de son ambition.

Observateur véridique et distingué, orateur précis, écrivain correct, il enseignait très clairement son art, dans lequel il excellait; il a laissé plusieurs monographies importantes qui attestent une grande instruction et un sens pratique éprouvé. — La médecine opératoire, qu'il avait longtemps enseignée, lui doit plus d'un progrès, et tout le monde a conservé le souvenir de l'enseignement clinique libre qu'il avait institué dans les hôpitaux où il exerçait.

Si Robert n'a pas atteint le faîte des dignités médicales, il a néanmoins fourni une très honorable carrière. Quant aux qualités de l'homme de bien, il les possédait toutes au plus haut degré : probité, franchise, dignité professionnelle, exactitude rigoureuse à remplir ses devoirs, il a tout réuni ; c'était au siècle où nous vivons une personnalité morale tout à fait exceptionnelle. De nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe, et nous regrettons que le temps ne nous permette pas de reproduire, même sommairement, ces appréciations ; mais nous pouvons dire qu'elles s'accordent toutes à célébrer les qualités qui faisaient de Robert le *vir probus* dans l'acception véritable et rigoureuse du mot.

— L'ouverture de l'année scolaire de l'Académie de Strasbourg a eu lieu le 15 novembre dernier. Le buste de Forget, dû au ciseau de Ph. Grass, et exécuté en marbre, grâce à une souscription de MM. les étudiants en médecine, décorait un des angles de l'estrade. Après un discours fort applaudi de M. le recteur, le secrétaire de l'Académie a proclamé les lauréats, savoir : *Première année*. Prix : M. Robert. — *Deuxième année*. Prix : M. Faucon. Mentions très honorables : MM. Cousin et Barthélemy. — *Troisième année*. Prix : M. Chauvel.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1859-1860. — 1° Lettre de félicitations adressées par Son Exc. le ministre, et médaille d'argent décernée par la Faculté à M. Fely, docteur en médecine à Strasbourg. 2° Lettres de félicitations adressées par M. le recteur de l'Académie et mentions honorables décernées par la Faculté : 1° à MM. Seltier, médecin aide-major à Lyon ; 2° Sizaret, docteur en médecine à Épinal (Vosges) ; 3° Michel, docteur en médecine à Levécourt (Haute-Marne).

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1860-1861. — La commission permanente nommée par le ministre a désigné comme méritant des distinctions spéciales, savoir : 1° Pour une lettre de félicitations émanant de Son Exc. le ministre et pour une médaille d'argent décernée par la Faculté, M. Schlœflin (de Mulhouse) ; 2° pour une lettre de félicitations émanant de M. le recteur et pour une mention très honorable décernée par la Faculté : en première ligne, M. Bucquoy (de Wissembourg) ; en seconde ligne, M. Schvob, de Gray (Haute-Saône).

Ont obtenu le premier rang dans les divers concours qui ont eu lieu devant la Faculté de médecine pendant l'année scolaire 1861-1862, savoir : 1° Emploi de premier interne aide de clinique, M. Munch ; 2° internat à l'Hôpital civil, MM. Wendling, Fournier ; 3° externat à l'Hôpital civil, MM. Cousin, Bablon ; 4° emploi d'aide de chimie, M. Rouland ; 5° emploi d'aide surnuméraire de botanique, M. Lavit.

École supérieure de pharmacie. — Prix : M. Rehm.

— M. le docteur Follin a commencé son cours d'ophthalmologie le mardi 2 décembre. Ce cours sera divisé en deux parties : 1° Leçons sur les principales méthodes d'exploration de l'œil malade, les mardis et jeudis. 2° A partir du 15 janvier, les leçons cliniques auront lieu les mardis et jeudis à l'hospice de la Salpêtrière.

— Vendredi dernier, M. Ch. Lasègue, agrégé libre chargé du cours des maladies mentales et nerveuses, a ouvert cet enseignement au milieu d'une très nombreuse assistance. Son discours d'ouverture a été accueilli par les applaudissements les plus mérités.

— Le docteur Ernest Godard, mort en Orient, victime de son zèle pour la science, a fait à l'Académie un legs de 1000 francs de rente, qui seront attribués chaque année au meilleur travail de pathologie médicale ou chirurgicale. Nous croyons savoir qu'il laisse aussi diverses sommes à plusieurs sociétés savantes, non reconnues *établissements d'utilité publique*, avec la clause que si quelques difficultés naissaient de cette situation, les sommes seraient remises aux présidents des Sociétés dotées.

Erratum. — Au compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie nous avons attribué, avec d'autres organes de la presse, au docteur *Jullictte*, l'observation de dystocie présentée à la Compagnie par M. J. Cloquet. Cette observation appartient à M. Devilliers, le membre élu cette semaine. Il s'agissait d'une *tumeur fibro-celluleuse de l'utérus, ayant nécessité l'application du céphalotribe.*

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Annuaire de la Société impériale zoologique d'acclimatation et du Jardin d'acclimatation du bois de Boulogne. Première année, 1862. In-18 de 380 pages. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr.

Traité de chimie générale, analytique, industrielle et agricole, par MM. *Pelouze* et *Fremy*. 3° édition, tome V, 1re partie. In-8 de 560 pages, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

Traité de pharmacie théorique et pratique, par M. *Soubeiran*. 6° édition. 2 forts volumes, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 17 fr.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des machoires, et pour leur section et leur résection, par le docteur *Morel-Lavallée*. Brochure in-8 de 40 pages, avec gravures. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

La vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine, par le docteur *E. Bouchut*. In-18 jésus de 372 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Des causes premières de la vie animale matériellement démontrées, par le docteur *E. M. Lemoine*. In-18 de 70 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 fr. 25

De l'empirisme et du progrès scientifique en médecine a propos des conférences de M. le professeur Trousseau, par un *rationaliste*. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr.

Leçons sur les maladies de la peau, par le docteur *Hardy*, rédigées et publiées par le docteur *Garnier*, revues et approuvées par le professeur. 2° partie : *Macules et difformités de la peau ; maladies cutanées accidentelles ; maladies parasitaires*. 2° édition, revue et corrigée. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

Études cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil, par le docteur *C. Sperino*, rédigées avec le concours du docteur *Raymond*. In-8 de 504 pages. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 12 DÉCEMBRE 1862. — N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Séance annuelle; Rapport sur les prix. Éloge de Thenard. — II. **Travaux originaux**. Physiologie : Quelques réflexions sur le sphygmomètre cardiaque de MM. Chauveau et Marey. — III. **Correspondance**. Prophylaxie de la syphilis. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux**. Nouveau procédé pour la cure de l'ongle incarné. — VI. **Bibliographie**. Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, tome II (année 1861). — VII. **Variétés**. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — IX. **Feuilleton**. Lettres médicales sur le Mexique.

I

Paris, 11 décembre 1862.

Académie de médecine : SÉANCE ANNUELLE; RAPPORT SUR LES PRIX A DÉCERNER; ÉLOGE DE THENARD.

La séance annuelle de l'Académie de médecine s'est tenue mardi dernier dans le local ordinaire des séances, sous la présidence de M. Bouillaud.

Le secrétaire annuel, M. J. Béclard, a su donner l'attrait du talent et de la justesse d'esprit au *rapport général sur les prix à décerner*. Il a consacré, en terminant, quelques lignes d'un sentiment élevé, et qui ont été couvertes d'applaudissements, à la mémoire d'Ernest Godard, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, et qui, par un testament daté de Jérusalem, a fait à l'Académie un legs de 1000 francs de rente pour la fondation d'un nouveau prix. C'est pour nous l'occasion d'ajouter que Godard a constitué également une rente de 200 francs pour donner chaque année au premier interne nommé une trousse ou une boîte d'instruments, et laissé une somme de 7000 francs destinée à fonder des bibliothèques à l'usage des malades dans les hôpitaux de la Charité, Necker et du Midi.

La parole a été donnée ensuite à M. Fr. Dubois, pour prononcer l'éloge de Thenard. Ce discours était attendu avec un grand intérêt, né tout à la fois de l'importance du personnage et des dispositions sympathiques avec lesquelles on savait que M. le secrétaire perpétuel raconterait cette vie de savant et d'administrateur. Les académiciens ainsi appelés à comparaître devant leurs collègues, plus ou moins longtemps après leur mort, se trouvent placés en quelque sorte à égale distance de la tombe et de l'histoire; mais le lieu de la scène, où le collègue aurait pu naguère relever les critiques qu'on adresse maintenant à une ombre, n'est pas le vrai terrain de l'histoire, et la tombe se voit trop derrière le groupe des parents. Voilà pourquoi le public, et l'Académie la première, ne goûte pas toujours le blâme même le mieux

FEUILLETON.

Lettres médicales sur le Mexique.

Troisième lettre (1).

SOMMAIRE. — Départ de Vera-Cruz. — Voyage dans les terres chaudes (*tierras calientes*) : leur physionomie; leur constitution médicale. — La petite ville de Cordova. — Arrivée à Orizzaba.

Le 1er juin, une colonne de 240 à 245 hommes, soldats et officiers, quittait Vera-Cruz sous le commandement du général Douai. Ces soldats étaient arrivés de France avec nous, et beaucoup d'entre eux avaient déjà payé leur tribut à la fièvre jaune.

C'est avec un sentiment de bonheur indicible qu'on abandonnait ce terrible foyer d'infection où une mort certaine est réservée aux retardataires.

A gauche de la ville s'étendait partout des marais; à droite, de petites collines de sable mou, amoncelé ainsi d'année en année par les vents du nord. A droite se trouvait notre route. Le paysage était d'abord triste, à cause de sa nudité et de sa végétation rare et rabougrie; mais bientôt nous nous engagions dans un petit bois où nous attendait un tout autre spectacle : des arbustes couverts de fleurs d'où s'exhalait un parfum délicat, de grandes lianes qui, courant d'un arbre à l'autre, rendaient parfois ces fourrés impénétrables, et dont l'entrecroisement était des plus pittoresques, charmaient à chaque pas le regard; mille oiseaux, de variétés et de couleurs différentes, depuis le perroquet moqueur au plumage étince-

(1) Des circonstances particulières : l'attente du courrier de France, qui doit m'apporter des lettres de Vera-Cruz; le retour prochain de notre médecin en chef, qui est allé inspecter les hôpitaux de cette dernière ville, m'obligent à retarder l'envoi de ma deuxième lettre, qui doit être le complément de la première (*De la fièvre jaune à Vera-Cruz*). Les renseignements que je vais ainsi obtenir me permettront de reprendre chacun des points délicats et litigieux, et j'aurai de la sorte embrassé la grande période épidémique de 1862. Du reste, je me propose de descendre moi-même très prochainement à Vera-Cruz, et de recueillir pendant mon séjour le plus de documents possibles sur ce sujet, dont l'étude, quoique hérissée de difficultés, surtout pour un novice, m'attire comme un véritable aimant.

motivé. Aussi avons-nous été heureux d'entendre M. Dubois déclarer qu'il avait cherché, en s'attachant à la vie de Thenard, la satisfaction d'allier la louange à la vérité; et cette satisfaction, il l'a si chaleureusement exprimée, qu'on a lieu d'espérer qu'il la préférera souvent, sinon toujours, à l'âpre plaisir de sévérités consciencieuses.

M. Dubois a été gêné dans son appréciation par une circonstance particulière, qui est la collaboration de Gay-Lussac et de plusieurs autres chimistes aux travaux qui ont illustré le nom de Thenard. La liste de ces travaux en communauté est effectivement assez longue. Thenard a publié : avec Gay-Lussac une série de recherches réunies en deux volumes (en 1811), et dont Berthollet disait qu'elles semblaient « constituer une science particulière, élevée sur l'ancienne physique et sur l'ancienne chimie »; avec Dulong, des expériences sur les limites d'action des corps susceptibles, dans certains états, de faciliter la combinaison des fluides élastiques; avec Biot, un mémoire sur la composition de l'aragonite, comparée à celle de la chaux carbonatée rhomboïdale; avec Roard, une étude des mordants en teinture et des aluns de Rome et de France, au point de vue de l'influence fâcheuse qu'exerce sur l'alunage de la laine le sulfate de fer contenu dans les aluns; avec Darcet, un travail sur les corps gras considérés comme hydrofuges dans la peinture sur pierre et sur plâtre, ainsi que dans l'assainissement des lieux bas et humides. Cette sorte d'association, M. Dubois, en s'en plaignant comme panégyriste, s'en est félicité comme savant. C'était se montrer doublement judicieux. « L'union de deux intelligences », quand la nature ne les a pas faites absolument divergentes; quand elles ont les mêmes goûts, les mêmes tendances; quand elles sont servies par la même bonne foi; quand elles s'appliquent à se compléter, à s'éclairer, à se corriger l'une l'autre, sans complaisance comme sans faiblesse; cette union est éminemment utile au progrès et à la vérité scientifique. L'abnégation de chaque collaborateur profite à la gloire commune, et les embarras de l'éloge académique s'évanouissent dans l'horizon plus vaste de l'histoire. Gay-Lussac et Thenard ont donné, pendant de longues années, un spectacle qu'on voudrait voir plus souvent imiter.

Thenard n'avait rien à perdre, du reste, à se produire seul devant le monde savant. Il n'avait pas vingt-deux ans quand il écrivait son mémoire sur *les composés oxygénés de l'antimoine et leurs combinaisons avec l'hydrogène sulfuré*; c'est ce mémoire qui obtint de Guyton de Morveau l'éloge rappelé par M. le secrétaire perpétuel. Plus tard il toucha, et toucha seul à une foule de questions. Le phosphore, le nickel, le cobalt; l'oxydation des métaux, les alliages d'étain et d'antimoine, les sulfures d'arsenic, l'acide azotique, le gaz ammoniac; les sulfhydrates, les phosphates à base de soude, d'ammoniaque, et d'oxydes métalliques; nombre de sels de mêmes bases, l'arsenic des eaux minérales, la liqueur fumante de Cadet, la fermentation vineuse, l'alcool et son action sur les acides végétaux, avec ou sans le concours des acides minéraux; le camphre artificiel, les acides combinés avec les substances organiques, la coagulation de l'albumine par la chaleur et par les acides, la bile et les calculs biliaires, la sueur, l'urine, l'acide lactique, l'acide sébacique (qu'il distingua le premier de l'acide acétique dans le mélange où ils se rencontrent, etc.), exercèrent successivement son fécond et infatigable esprit d'investigation. On connaît la découverte de l'eau oxygénée, rendue plus profitable encore par les applications qu'il en a su faire à l'industrie, aux arts, et même à la médecine; car l'eau oxygénée peut être employée avec avantage dans certaines plaies de mauvaise nature, comme la pourriture d'hôpital. L'industrie lui doit une matière colorante qui porte son nom (*bleu-Thenard*, composé de phosphate de cobalt et d'alumine); un procédé d'épuration de l'huile de colza, exploité depuis plus de quarante ans, et quelques autres inventions également profitables aux arts industriels.

M. Dubois, ne pouvant s'arrêter à tous ces travaux, en a très bien caractérisé les plus importants. Mais ce qu'il a le mieux exposé, suivant nous, ce sont les progrès accomplis, par les mains de Gay-Lussac et Thenard, dans la détermination des corps simples. Lavoisier n'avait pas craint d'écrire : « Il viendra un jour où les *alcalis* et les *terres* disparaîtront de la classe des corps simples. » La prophétie fut réalisée plus tôt qu'on n'avait osé l'espérer. Davy, faisant de la pile de Volta un puissant moyen de décomposition, ne tarda pas à *isoler le* potassium et le sodium. Mais, il est vrai de dire que, en demandant le même résultat à l'action *chimique*, c'est-à-dire à la réduction de la potasse et de la soude par le fer incandescent; en obtenant par des moyens analogues d'autres décompositions inattendues; en découvrant le bore (le 16 novembre 1808, *trente-huit jours* avant que Davy le trouvât de son côté); en imaginant, disons-nous, de nouveaux procédés, et en se servant des éléments métalliques découverts pour réduire les terres, Gay-Lussac et Thenard ont ouvert à la science de grandes et belles perspectives. Des médecins ne doivent pas oublier non plus — et M. Dubois a peut-être trop sacrifié la médecine dans son discours — la méthode

---

lant jusqu'à l'ibis aux larges ailes, au long bec et à la robe blanche, s'envolaient de toutes parts sans paraître effarouchés. De grands nids en forme de besace pendaient à l'extrémité d'une branche élevée, mince, et qui fléchissait sous le poids.

Nous quittions la forêt pour suivre les rails du chemin de fer qui nous guidaient jusqu'à *la Tejeria*, notre première station; deux ou trois mauvaises baraques étaient les seules habitations de ce plateau entièrement nu; d'immenses forêts formaient au loin son horizon. La chaleur devenant suffocante, et malgré les soins qu'en pareil cas on apporte toujours à son installation, il était difficile de rester sous la tente, qui, échauffée par les rayons d'un soleil ardent, devenait elle-même un foyer de calorique. C'est là que j'observai pour la première fois, *en plein air, au milieu de la campagne*, ce phénomène qui m'avait si fortement frappé à Vera-Cruz : l'humidité extrême des nuits, qui nécessitait les plus grandes précautions hygiéniques.

Déjà nous eûmes à la Tejeria quelques malades : deux cas, entre autres, de fièvre continue, avec plusieurs symptômes caractéristiques de la fièvre jaune. Comme on était à deux lieues seulement de Vera-Cruz, on y renvoya immédiatement par le chemin de fer ces deux malheureux. Devant les fatigues d'une longue route, les difficultés de transport, l'humanité nous faisait un devoir de cette conduite; mais aussi n'était-ce point deux victimes que l'on sacrifiait? question délicate, facile à trancher quand on est dans des conditions régulières, mais impossible à résoudre en campagne.

On s'entoura, suivant l'habitude, des plus grandes précautions pour ménager le soldat : le départ se faisait à deux ou trois heures du matin, et, vers neuf ou dix heures, on suspendait la marche; on choisissait le lieu le plus favorable au campement. Là les hommes reprenaient pendant une nuit de repos de nouvelles forces pour le lendemain. Deux étapes seulement, les deux dernières, furent forcées, et encore après une courte halte. On n'arrivait guère, dans ces cas, que vers

Digitized by Google

instituée par les deux infatigables expérimentateurs pour analyser les matières organiques, brûlées par le chlorate de potasse (auquel fut plus tard substitué le bioxyde de cuivre) dans un appareil disposé de manière à recueillir les gaz.

Tout en prenant une si belle part à la création de la chimie moderne, Thenard a puissamment contribué à la propager par son *Traité de chimie*, dont six éditions attestent le populaire succès. C'est à lui aussi qu'on doit en partie la première publication d'une *Histoire de la chimie :* car nous avons assisté, pour ainsi dire, aux encouragements et aux conseils qu'a reçus de lui, pour cette œuvre remarquable, M. le docteur Hœfer. L'ouvrage de Gmelin ne remontait pas au delà du IXe siècle, tandis que celui de notre confrère va prendre la chimie à son berceau, du moins aussi loin qu'on peut la retrouver dans l'antiquité. Enfin, on n'a pas oublié que Thenard a couronné sa carrière par une bonne œuvre : la fondation de la *Société de secours des amis des sciences*. M. le secrétaire perpétuel a rendu un noble hommage à cette institution, qui est venu régulariser et assurer, pour tous et pour toujours, le genre de bienfait qu'une fraude pieuse du grand chimiste avait fait accepter longtemps par la veuve d'un savant, dans cette touchante et véridique histoire qu'a délicatement racontée M. Dubois.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie.

Quelques réflexions sur le Sphygmomètre cardiaque de MM. Chauveau et Marey, par J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital de la Charité.

Il y a deux ans environ que M. Chauveau est venu à Alfort répéter sur des chevaux les expériences qu'il avait faites longtemps auparavant avec M. Faivre, dans le but de confirmer la théorie ancienne des mouvements du cœur.

M. Chauveau m'engagea à assister à ses expériences, voulant me mettre à même de constater les faits sur lesquels il s'appuyait, et pensant tout naturellement que ces faits étaient assez positifs et assez convaincants pour me forcer de renoncer à l'idée que je soutiens depuis longtemps.

J'acceptai l'invitation avec un vif intérêt, curieux de voir enfin comment on pouvait ne pas être d'accord sur des choses d'intuition, car j'avais, comme maintenant, l'intime conviction que ma théorie était, non moins que la théorie classique, basée sur l'expérimentation, et déduite de faits positifs et convaincants.

J'ai donné ailleurs la relation de cette séance expérimentale (*De la diastole ventriculaire*, in *Gaz. des hôpit.*, 20, 22, 27 août 1861). On doit la lire comme l'introduction du travail actuel. Je crois inutile de la reproduire ici. Il suffit de dire aujourd'hui que je constatai avec la plus entière sympathie les faits que me soumit M. Chauveau, et que j'ai toujours admis, à savoir, la vigueur de la systole auriculaire, et les caractères irréfragables de la systole ventriculaire.

Mais, à mon tour, je fixai l'attention de M. Chauveau sur des faits qui n'étaient pas dans son programme, ni dans ses habitudes d'expérimentation. Je lui fis remarquer un allongement de tous les diamètres ventriculaires se produisant rapidement à chaque battement du ventricule, ou à chaque premier temps, entre la systole de l'oreillette et la systole du ventricule ; de plus, je constatai l'immobilité du ventricule avec retrait de son volume et occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire pendant toute la durée du repos du cœur, ou du second temps.

Ces faits prouvent nécessairement que la diastole ventriculaire n'a pas lieu au second temps, et qu'elle se fait uniquement au premier, sur le cœur des chevaux comme sur les cœurs transparents ; et par conséquent ils renversent de fond en comble la théorie ancienne, qui place la diastole ventriculaire au second temps, et non au premier.

Voilà les faits qui nous séparent. Comme on le voit, j'ai toujours admis et reconnu les systoles de l'oreillette et du ventricule, pour la démonstration desquelles M. Chauveau a cru devoir plusieurs fois se transporter de Lyon à Paris. Mais M. Chauveau n'a pas voulu s'occuper des faits que je lui ai signalés, ni de l'ampliation diastolique du premier temps, ni du retrait du ventricule avec occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire au second temps.

Par conséquent, il m'a été impossible de me rallier à une théorie qu'on ne peut faire reposer que sur des constatations incomplètes.

M. Chauveau ayant vu que l'intuition du cœur battant à nu dans la poitrine n'avait pas réussi à démontrer d'une manière lumineuse et irréfragable pour tous la réalité de la théorie ancienne, a tiré tout à coup le voile sur ces expériences, dont on avait fait si grand bruit jusque-là, et a eu recours à des arguments fournis par un nouveau mode d'expérimentation.

Il a eu recours, de concert avec M. Marey, à un instrument qui, introduit par la veine jugulaire jusque dans les cavités droites du cœur d'un cheval vivant, fait connaître, par des manifestations extérieures, les divers mouvements qui se passent dans le cœur. Voici comment MM. Chauveau et Marey décrivent cet instrument (*Académie des sciences*, séance du 7 octobre 1861 ; *Gazette hebdomadaire*, p. 673) :

---

midi, deux heures. Une double ration de vin était alors donnée au soldat.

Je ne veux point tracer ici pas à pas notre itinéraire ; je ne suis ni historien ni géographe : j'ai surtout à m'occuper des incidents qui regardent plus particulièrement ma profession.

Sous un soleil brûlant car nous n'eûmes plus de forêts à traverser, mais bien une plaine accidentée de cours d'eau, de ravins, émaillée de bouquets d'arbres disséminés çà et là), avec un poids comme celui que donnent l'équipement et le sac du soldat, les maladies étaient inévitables. Pour la plupart, le repos et quelques boissons chaudes (infusions de thé, de tilleul) dissipaient promptement un petit mouvement fébrile, une légère insolation ; mais nous eûmes aussi à traiter quelques cas graves s'annonçant avec le cortége des accidents du *vomito*.

Cependant la marche se poursuivait activement sous l'impulsion intelligente du général Douai. Je ne saurais trop dire avec quel soin, quelle sollicitude, quelle bienveillance pour sa troupe et leurs chefs cet officier général, bravant toutes les fatigues, présidait à tout, recherchant des emplacements commodes, voisins d'une rivière, pour l'établissement du camp, goûtait d'abord l'eau pour s'assurer de ses qualités, s'immisçait enfin aux plus petits détails. Ce n'était point chose facile de mener au but, et rapidement, une petite *armée* (pardonnez-moi le mot), retardée dans sa marche par une longue file de voitures pesamment chargées, sur une route remplie d'ornières énormes, coupée par des gorges, des ravins et des flaques d'eau aux endroits où les ponts avaient été coupés. Il fallait être prêt à toute heure, afin de se défendre contre les bandes de guérillas qui infestaient le pays, cherchant à piller et à tuer. Aussi ne suis-je que l'écho de mes camarades de la colonne tout entière en rendant hommage aux qualités déployées par le général Douai dans l'accomplissement de cette rude tâche.

Les principales fermes ou bourgades où l'on s'est arrêté sont : *la Pulga*, *la Soledad*, *Palo-Verdo* (simple halte), *el Cameron*, *Chiquihuite*, *el Potrero* (l'étape de Chiquihuite à Potrero fut

« Une petite boule de caoutchouc gonflée d'air fut introduite dans un espace intercostal du côté gauche, au niveau du ventricule ; elle recevait le choc développé par la pulsation cardiaque, et le transmettait au moyen d'un long tube à un premier levier. Une sonde, poussée dans l'oreillette droite par la jugulaire et terminée par une mince ampoule élastique pleine d'air, transmettait à un deuxième levier les impulsions développées par les systoles auriculaires. Enfin, un troisième levier recevait les impulsions ventriculaires ; il communiquait, au moyen d'un long tube, avec une sonde solidaire de celle de l'oreillette, mais plus longue et descendant jusque dans le ventricule. Une ampoule élastique le terminait également ; un plomb adapté à son extrémité assurait sa descente. Quand on se fut assuré que les trois leviers fonctionnaient régulièrement, on leur fit écrire simultanément leurs indications sur un cylindre tournant, recouvert d'un papier glacé enduit de noir de fumée. La figure ci-dessous reproduit ces indications. » (Voyez plus loin, la fig. 1.)

Il résulte de cette manœuvre trois lignes tracées, une pour les mouvements de l'oreillette, l'autre pour les mouvements du ventricule, la troisième pour les chocs de la région précordiale. Ces trois lignes sont considérées par MM. Chauveau et Marey comme « ..... la représentation, pour ainsi dire, autographique des mouvements du cœur et du choc cardiaque, de manière à ne plus rien laisser à l'appréciation des sens dans la détermination des rapports de l'un avec les autres. » (*Loc. cit.*)

Il m'est impossible encore de me rallier à cette opinion. Les lignes tracées par l'instrument enregistreur représentent, si l'on veut, les divers mouvements qui se passent dans le cœur, et, sous ce rapport, elles ne laissent rien à l'appréciation illusoire du sens de la vue, qui constate positivement leurs différentes ondulations. Mais ces lignes qui, après tout, sont des espèces de lettres ou de caractères graphiques, ne parlent pas toutes seules. Il faut donc les traduire pour savoir ce qu'elles veulent dire, et dès lors on peut tomber dans des interprétations illusoires.

Ainsi, par exemple, j'ai vu plusieurs personnes accepter, sur la parole des expérimentateurs, que la brusque élévation des aiguilles ou leviers de l'enregistreur accusait nécessairement une pression systolique de la cavité cardiaque qui les mettait en jeu. Or, rien n'est moins exact qu'une telle affirmation. Qu'on suppose, en effet, la boule élastique de cet instrument introduite dans un gros tronc artériel chez un animal vivant, la pression produite sur cette boule par le battement diastolique de l'artère imprimera un vif et énergique mouvement d'élévation à l'aiguille. Il en serait de même si la boule élastique se trouvait dans l'œsophage d'un cheval ou d'une vache au moment où il est brusquement dilaté par le passage de l'ondée alimentaire, qui le parcourt à l'aide d'un mouvement de diasto-systole tout à fait semblable à celui du ventricule.

Il y a donc des diastoles à vive pression, et par conséquent il y a à distinguer les pressions diastoliques des pressions systoliques. Voilà une première difficulté qui n'a pas encore été prise en considération par MM. Chauveau et Marey, et qui est de nature à inspirer d'autres doutes sur la fidélité et la réalité de leur interprétation.

Quand cette démonstration de la succession des mouvements cardiaques par lignes enregistrées a été communiquée à l'Institut, j'ai dû montrer dans une courte note (séance du 28 octobre 1861) qu'elle ne renversait nullement ma théorie, et que, d'un autre côté, elle rendait la théorie ancienne plus impossible que jamais ; car, parmi les points démontrés au profit de la théorie ancienne, on était frappé de voir que l'ondée chassée vivement et entièrement par la systole auriculaire sortait de la cavité de l'oreillette sans entrer dans celle du ventricule, et je terminais ma réclamation en disant : *Mais où va donc cette ondée?*

Cette objection sous forme d'interpellation a provoqué une réponse. On la lira dans le Bulletin de l'Académie des sciences, séance du 6 janvier 1862.

Dans cette réponse, MM. Chauveau et Marey commencent par faire ressortir de nouveau la puissance de l'instrument enregistreur, par lequel on enlève « ainsi à l'idée préconçue et à l'illusion des sens toute part dans l'interprétation des faits » ; puis ils reconnaissent que j'étais parfaitement « en droit de demander : que devient l'ondée lancée par l'oreillette ?... Qu'en face de cette légitime réclamation, ils ont dû remédier à l'insuffisance de leurs précédentes expériences ». Or, ils nous apprennent qu'ils sont parvenus effectivement, dans une expérience dont ils donnent le tracé, à obtenir l'indice linéaire d'une dilatation du ventricule opérée par la systole de l'oreillette ; mais ce tracé est si différent des autres tracés communiqués le 7 octobre 1861, les lignes en sont si tourmentées, qu'il est impossible de ne pas le mettre sur le compte de quelque manifestation irrégulière et anormale de l'instrument enregistreur, qui ce jour-là ne marchait pas très bien. MM. Chauveau et Marey me paraissent être implicitement de cet avis, car ils avouent que pour eux « la dilatation du ventricule par la systole de l'oreillette est un phénomène accessoire qui n'est pas nécessaire à l'accomplissement d'une circulation énergique ».

Or, comme je n'avais en vue que l'état régulier, normal et énergique de la circulation, en demandant pourquoi, dans la théorie ancienne, l'oreillette chasse de sa cavité une ondée qui ne va pas dilater le ventricule, l'objection persiste dans toute sa force. Je la reproduis sous cette nouvelle forme : Lorsque la circulation est régulière, que l'oreillette se con-

---

longue et nous força à une courte halte), *Cordova*, et enfin *Orizzaba*.

Toutes les fermes avaient été ravagées et par les guérillas et par les gens de l'armée de Marquez, nos tristes alliés ; il n'y restait donc plus personne.

La Soledad seule formait un grand village où étaient rentrés beaucoup d'habitants, malgré l'affreuse misère qui les y attendait. C'est là qu'on fut heureux d'aliter un peu dans une maison assez propre et fraîche ce pauvre capitaine D..., qui était tombé malade à la Pulga, et qui avait déjà le pressentiment de sa fin prochaine.

Quelques accès de fièvre intermittente réguliers et légers, un cas assez grave de fièvre rémittente, des courbatures, effet inévitable de la fraîcheur des nuits, se manifestèrent parmi les soldats.

Il y eut fréquemment, en dehors des haltes principales, de petits temps d'arrêt bienfaisants et salutaires pour tous les hommes fatigués plutôt que vraiment malades.

Il fallait souvent descendre une gorge profonde et remonter une pente dure et glissante ; on doublait alors les attelages, et vingt-quatre mules traînaient un seul chariot. Aucun accident n'est arrivé dans ces moments difficiles, aucune voiture n'a été renversée ni même endommagée.

Notre halte la plus longue fut à Chiquihuite, où était campé un bataillon de zouaves. Tout est grandiose dans ce nouveau paysage : c'est une large gorge encaissée entre les hautes montagnes que nous apercevions pour la première fois ; on a défriché de chaque côté une petite portion de terrain qui forme alors un plateau. D'immenses forêts vierges couvrent tout le sol ; une rivière traverse les bas-fonds à de grandes profondeurs. La végétation est inouïe, folle ; des arbres d'une envergure prodigieuse recouvrent les deux rives en se joignant par le sommet, et interceptent ainsi l'air et la lumière ; de hautes herbes en rendent les abords difficiles et dangereux en plus d'un point.

L'ennemi avait coupé deux ponts ; nous étions obligés d'at-

tracte puissamment et complétement, *où va donc l'ondée lancée par l'oreillette?*

Une théorie contre laquelle se dresse un argument si grave, que l'on prend en juste considération, et qu'on laisse forcément subsister, est une théorie qui a nécessairement d'autres points vulnérables. Je les ai fait déjà ressortir dans différentes publications. Je vais aujourd'hui poursuivre la même voie, mais ce sera au point de vue exclusif des lignes sphygmométriques de MM. Chauveau et Marey. Je pense qu'on me permettra de me servir de ces lignes pour démontrer une fois de plus que ma théorie est vraie, et que celle des auteurs ne l'est pas. De cette manière, je retournerai contre mes savants adversaires l'imposante batterie avec laquelle ils croient m'avoir renversé; et l'on verra, j'espère, qu'il y a loin du tracé de l'instrument enregistreur à la traduction par trop libre qui en a été donnée.

Toutefois, avant de commencer cette double démonstration, je dois faire remarquer que l'application de l'instrument enregistreur a ses difficultés et ses incertitudes. C'est ainsi que, dans une récente et solennelle expérimentation, la boule destinée à accuser les pressions intra-auriculaires n'était pas descendue jusque dans la cavité de l'oreillette. On comprend par là que la distance variable des deux boules auriculaire et ventriculaire, plus ou moins enfoncées dans les cavités de l'oreillette et du ventricule, devra faire varier les intervalles qui séparent les manifestations extérieures de la pression de ces deux boules. L'instrument n'est donc pas d'une exactitude parfaite. Cela dit, nous allons le prendre tel qu'il est, et interpréter les lignes qu'il a données. Je regrette infiniment d'entrer là-dessus en pleine discussion avec un de mes élèves les plus distingués, mais il m'est impossible de faire autrement. Ayant été attaqué, je suis obligé de me défendre.

Les lignes qui vont être interprétées sont la reproduction fidèle de celles que contient la communication faite par MM. Chauveau et Marey à l'Institut. On les trouvera dans deux figures ci-jointes, la figure n° 1 et la figure n° 2. La figure n° 1, à laquelle nous avons déjà renvoyé le lecteur, est celle qui sert de base à la communication de mes adversaires. Tout le monde la reconnaîtra. La figure n° 2 contient les mêmes lignes enregistrées que la figure n° 1; mais ces lignes sont pour ainsi dire d'un modèle plus grand, et elles sont en sus augmentées d'autres lignes accessoires qui sont nécessaires à la double démonstration que j'ai annoncée.

Comme on doit le voir, les lignes enregistrées sont semblables dans ces deux figures. Elles sont au nombre de trois : les lignes O, V, C. La ligne O nous donne la série des pressions de l'oreillette; la ligne V, la série des pressions du ventricule; la ligne C, la série des chocs de la région précordiale. Quant aux autres lignes que l'on trouve dans ces deux figures, elles sont accessoires ou démonstratives, et varient suivant les interprétations auxquelles elles doivent servir.

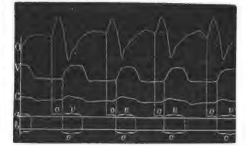


Fig. 1.

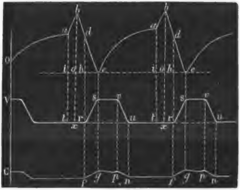


Fig. 2.

Ces choses étant bien entendues, je vais commencer la première des deux interprétations que j'ai annoncées, celle qui va nous montrer ma théorie dans le tracé des trois lignes enregistrées (voy. la figure n° 2).

Ligne O. — Cette ligne représente, comme nous l'avons dit, les mouvements de l'oreillette; et chacune des grandes ondulations *e*, *a*, *b*, *d*, *e*, qui se succèdent, ainsi qu'on le voit, dans un ordre régulier, nous reproduit les diverses pressions qui ont

---

tendre que le génie eût réparé surtout le premier, qui surplombait la rivière d'une hauteur énorme et dont chaque talus reposait sur des terrains coupés à pic.

Les zouaves avaient établi, à une petite distance de leur camp et sur les hauteurs, quelques tentes pour l'ambulance; nos malades les plus graves y furent évacués : trois moururent le lendemain, deux emportés par un véritable vomito dont ils avaient pris les germes à Vera-Cruz, le troisième par une fièvre rémittente à forme algide. C'est là aussi que nous fûmes obligés d'abandonner l'infortuné capitaine D... Je ne puis me rappeler sans une douloureuse émotion le douloureux martyre de mon pauvre camarade et l'impression que je ressentis en lui serrant la main pour la dernière fois.

Cinq hommes atteints d'embarras gastriques, avec fièvre intense, ou de plaies aux pieds qui rendaient la marche impossible, furent également laissés à l'ambulance.

Voici, du reste, un petit tableau qui donne notre effectif et résume notre situation sanitaire :

DÉSIGNATION des corps de troupes.	DÉBARQUÉS à Vera-Cruz.	MORTS à Vera-Cruz du 15 mai au 1er juin.	DÉSIGNÉS pour le départ.	MORTS en route.	MALADES laissés en route.	RESTANT à l'arrivée à Orizzaba.
Chasseurs à pied. . . .	87	13 (1)	74	2	3	60
Train des équipages. . .	60	4	56	1	2	53
Infirmiers.	30	6	2 (2)	»	»	2
Chasseurs d'Afrique. . .	8	1	7	»	»	7
Artillerie de marine . .	30	12	»	»	»	»
Officiers.	23	2 (3)	12 (4)	1	»	11
TOTAUX	238 (5)	38	151	4	5	142

(1) 6 pendant notre séjour, 10 laissés malades, 3 revenus plus tard à Orizzaba.

(2) Sur les 22 laissés à Vera-Cruz, il en reste aujourd'hui 2.

(3) Ils ne sont partis que quinze jours après nous, et cette mortalité comprend par conséquent un mois de séjour à Vera-Cruz.

(4) Tous les autres, à l'exception de 3 (2 ont été tués lors du pillage d'un convoi, le troisième est actuellement à Cordova), ont été plus ou moins atteints, et sont aujourd'hui presque tous acclimatés.

(5) Je ne tiens pas compte de quelques hommes qui servaient de domestiques aux officiers.

Digitized by Google

lieu dans la cavité auriculaire pendant chaque révolution du cœur.

Au point *e*, l'aiguille descendue aussi bas que possible, nous annonce que la pression exercée sur la boule élastique est au *minimum*, et que l'oreillette est vide. Mais à partir de ce point, et peu à peu, l'aiguille monte par suite de l'afflux de sang qui, se faisant progressivement dans la cavité auriculaire, en dilate peu à peu les parois et comprime l'air de la boule élastique. Au point *a*, la ligne s'élève tout à coup jusqu'au point *b*, qui nous marque la plus grande élévation de l'aiguille. Cette brusque ascension, *a*, *b*, indique un brusque surcroît de pression déterminé sur la boule élastique par la systole de l'oreillette. A partir de ce point, l'aiguille descend rapidement jusqu'au point *c*, où elle s'arrête, parce que la systole de l'oreillette continuant de *b* en *e*, le sang est expulsé de la cavité auriculaire, et que la pression exercée par lui sur la boule est rapidement moindre. Enfin la cavité auriculaire est vide au point *e*, et l'abaissement de l'aiguille est au *minimum*. Nous voilà revenu au point d'où nous sommes parti, et l'oreillette a fait sa révolution, c'est-à-dire qu'elle a exécuté ses deux mouvements successifs de diastole et de systole, la diastole de *e* en *a*, et la systole de *a* par *b* et *d* jusqu'en *e*. La pression qui fait lentement monter l'aiguille pendant la diastole de l'oreillette vient du sang qui a été poussé du tronc veineux dans la cavité auriculaire, sous l'influence de la force *à tergo*; tandis que la pression qui fait rapidement monter et descendre l'aiguille pendant la systole, jusqu'à évacuation complète de l'oreillette, est le même sang accumulé et de plus comprimé par la puissance contractile des parois auriculaires. C'est pour cela que la durée de la diastole est beaucoup plus longue que celle de la systole. En effet, on voit que la ligne *s*, *i*, qui mesure la durée de la diastole auriculaire, est double de la ligne *i*, *o*, *h*, *s*, qui mesure celle de la systole.

Quant à ce qui concerne la ligne systolique *a*, *b*, *d*, *e*, on se demandera sans doute pourquoi la partie *a*, *b* est ascendante, tandis que la partie *b*, *d*, *e* est descendante; et comment la force contractile de l'oreillette peut produire des effets si opposés dans ces effets de l'aiguille, qui monte d'abord de *a* jusqu'en *b* pour descendre ensuite de là jusqu'en *e*.

Cela tient à des variations de pression qui ont lieu dans l'intérieur de la cavité auriculaire par suite de la systole.

En effet, quand la ligne diastolique est arrivée du point *e* au point *a*, la boule élastique est très comprimée par le sang qui a été poussé par la force *à tergo* dans la cavité de l'oreillette, et qui en dilate les parois, mais elle est encore compressible. Alors se fait la systole qui exerce un brusque surcroît de pression sur la boule et le sang qui se trouvent dans la cavité auriculaire. Le premier résultat de cet accroissement de pression intra-cavitaire est la compression complète de la boule, accusée par l'élévation de l'aiguille au point culminant *b*; son second effet, qui suit immédiatement le premier, est le commencement d'expulsion de l'ondée qui abandonne l'oreillette et qui par là même, comprimant de moins en moins la boule élastique, permet à l'aiguille de redescendre rapidement, d'abord au point *d*, puis enfin au point *e*; alors la cavité est vide de sang et la pression intra-cavitaire se trouve réduite à son *minimum*.

En y réfléchissant avec quelque attention, on voit que cette succession d'effets est toute naturelle. Elle tient à la différence de compressibilité des deux fluides qui subissent la pression de la contraction auriculaire. Le fluide gazeux de la boule, le plus facilement compressible, accuse par l'élévation de l'aiguille le premier effet de la présence systolique, d'autant plus que cette boule est, dit-on, très sensible à la moindre influence (1). Immédiatement après, le fluide sanguin, obéissant à son tour à la pression systolique, abandonne la cavité de l'oreillette, et exerce dès lors une pression de moins en moins forte sur la boule, qui, recevant plus d'air, permet à l'aiguille de descendre.

Ainsi la systole de l'oreillette a pour effets communs de comprimer tout à la fois la boule et l'ondée sanguine, mais ce double effet ne se manifeste pas et ne peut pas se manifester précisément dans le même moment. Le premier effet de la systole est la pression de la boule et l'élévation de l'aiguille; le second effet de la systole est l'expulsion de l'ondée avec diminution de la pression sur la boule et abaissement de l'aiguille.

Nous ne pouvons pas quitter l'interprétation de la ligne auriculaire sans faire remarquer une chose qui a dû frapper, c'est que l'oreillette vide se remplit à l'instant même sans intervalle notable, et qu'aussitôt qu'elle est pleine, elle se contracte sur l'ondée, étant par conséquent toujours en action soit de diastole, soit de systole. Il n'en est pas de même du ventricule que nous allons étudier.

Ligne V. — La ligne du ventricule a un aspect bien différent de celle de l'oreillette. Elle se présente sous la forme d'une série de mamelons *r*, *s*, *v*, *u*, réguliers et reliés entre eux par des lignes *u*, *r*, parfaitement droites, qui sont plus longues que les diamètres *r*, *u* des mamelons.

La ligne *s*, *v*, qui constitue la partie culminante des mamelons, nous donne le point *maximum* de la pression intra-ventriculaire; tandis que par opposition, le point *minimum* de la même pression se trouve marqué par la ligne droite *u*, *r*, qui sépare les mamelons.

En considérant les rapports de la ligne ventriculaire avec la ligne auriculaire et avec la ligne des chocs, on voit tout de suite que les mamelons représentent le battement du ventri-

(1) « Vu la faiblesse de l'oreillette, nous avions donné à l'appareil transmetteur une exquise sensibilité. » (Note de MM. Chauveau et Marey.)

Le campement de Chiquihuite, adossé à la montagne, restreint par les grandes forêts, est à coup sûr insalubre. Quoique le plateau soit ouvert du côté de Vera-Cruz, je ne pense point que l'air s'y renouvelle suffisamment, ou plutôt s'y mélange avec l'air frais de l'intérieur, qui corrige la température des plaines de Cordova et d'Orizzaba; rien ne vient donc ici attiédir ces énormes bouffées de chaleur concentrées dans toute la gorge, et surtout dans le ravin creusé par le torrent. Les montagnes et les forêts sont une barrière à ce mélange qui serait si salutaire. De là, dans la journée, une chaleur intolérable; pendant la nuit, une humidité d'autant plus grande que viennent s'y ajouter les brouillards de la montagne et les vapeurs de la rivière.

L'eau si limpide, si appétissante de celle-ci, est elle-même une cause de dangers, comme l'a démontré l'expérience. Son extrême fraîcheur (dans certains points où le lit de la rivière est fortement ombragé par les grands arbres des deux rives, cette eau est glaciale), une saveur particulière que lui donnent sans doute les nombreux minerais, de fer et de cuivre principalement, qu'elle parcourt à son origine, commandent d'en user avec modération et prudence, soit en boisson, soit surtout en bains. Mais il n'est pas possible de surveiller constamment le soldat, *ce grand enfant*, si insoucieux en France de sa conservation personnelle : après un labeur, une marche pénible, il boit avec avidité l'eau qu'il rencontre sur son chemin et s'y jette pour rafraîchir ses membres brûlants.

De nombreux accès de fièvre avec frissons intenses, et répétés à de courts intervalles, ont été dus à cette dernière cause.

C'est à Chiquihuite qu'on est dévoré par des milliers d'insectes. Ce sol sec, mou, incandescent, est leur foyer de prédilection.

Des *scorpions*, dont heureusement la piqûre est moins dangereuse qu'au Brésil, qu'en Afrique (je l'ai éprouvé moi-même, et j'en ai été quitte pour un peu de fièvre pendant deux jours; je n'eus à la main aucune trace d'œdème ou de rougeur, mais la morsure me causa, sur le moment même, l'im-

Digitized by Google

cule, ou le premier temps, et que les lignes droites intermédiaires représentent le repos du ventricule, ou le second temps; cela ne peut pas être autrement. Commençons notre interprétation par la ligne droite intermédiaire.

Cette ligne *u*, *r*, qui nous indique, parce qu'elle est droite, un *minimum* fixe dans la pression intra-ventriculaire, nous apprend que, pendant sa durée, il n'arrive pas de sang dans la cavité du ventricule; car s'il en arrivait, il y aurait une augmentation de pression sur la boule et une élévation de l'aiguille, comme nous l'a montré la ligne ascendante *c*, *a*, qui marque la diastole dans la ligne auriculaire.

Voilà donc un premier fait très important. C'est que pendant le repos du ventricule, ou le second temps, le sang ne vient pas dilater le ventricule; or, ce fait capital se trouve déjà démontré de différentes manières : 1° Quand on coupe en travers le ventricule, il ne sort pas la moindre goutte de sang dans la cavité ventriculaire pendant le repos du ventricule, ou le second temps. 2° Quand on examine le ventricule à nu sur le cheval, il est immobile, mou et réduit de volume, pendant le repos du ventricule, ou le second temps. 3° Quand on porte le doigt indicateur à travers une plaie faite à l'oreillette, sur l'orifice auriculo-ventriculaire, on trouve cet orifice fermé et imperméable au sang pendant le repos du ventricule, ou le second temps. 4° Enfin, quand il y a rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, le bruit de souffle produit par le passage du sang à travers l'orifice rétréci, n'existe pas pendant le repos du ventricule, ou le second temps (1).

Par conséquent, la diastole ventriculaire ne se fait pas pendant la durée de la ligne droite qui sépare les mamelons. Il faut dès lors, et de toute nécessité, que nous la trouvions dans le mamelon lui-même; et de toute nécessité aussi on doit trouver la systole dans le même mamelon, c'est-à-dire que le mamelon représentant, comme nous l'avons dit, le battement ventriculaire, doit contenir tout à la fois la diastole et la systole ventriculaires; c'est une conclusion à laquelle nous arrivons indirectement par l'interprétation de la ligne droite qui sépare les mamelons. Voyons si la même conclusion nous sera confirmée directement par l'interprétation de la ligne courbe qui fait le mamelon.

Quand on considère les rapports fixés précisément entre les lignes auriculaire et ventriculaire par les perpendiculaires tirées de l'une à l'autre, on est frappé de ce fait que la systole de l'oreillette coïncide avec le premier tiers *r*, *s* du mamelon ventriculaire. Ainsi, au point *e*, la cavité de l'oreillette qui a terminé sa systole est complétement vide, comme nous l'avons dit; précisément, au même moment, la ligne ascendante *r*, *s* du mamelon est portée au point *s*, qui nous indique la pression *maximum* de la boule ventriculaire; peu auparavant, la ligne *d*, *h*, nous indique que la systole auriculaire est en train de se faire; or, cette ligne *d*, *h*, vient juste tomber au point *r*, où commence la ligne ascendante *r*, *s*, c'est-à-dire au point où l'on voit un commencement de pression sur la boule ventriculaire. En face de ces rapports si précis de coïncidence, on doit dire que le commencement *r*, *s*, du mamelon dépend de la diastole ventriculaire, se faisant comme conséquence forcée de la systole de l'oreillette. Il est impossible, en effet, que l'ondée qui sort violemment de l'oreillette contractée n'aille pas dilater violemment le ventricule et exercer en même temps une pression sur la boule ventriculaire.

Nous avons dit que la systole auriculaire coïncide avec le premier tiers *r*, *s*, du mamelon, mais il faut reconnaître que cette coïncidence ne s'étend pas à toute la systole auriculaire.

En effet, on voit le commencement *a*, *b*, *d*, de cette systole avoir lieu sans que la ligne ventriculaire *t*, *x*, *r*, qui est placée directement au-dessous, présente le moindre indice d'une pression diastolique. Comment comprendre une anomalie semblable, c'est-à-dire le fait singulier d'un liquide qui sort d'une cavité sans entrer dans celle qui lui est contiguë? En trouvant que pendant la première partie *a*, *b*, *d*, de la systole auriculaire, l'ondée, bien que subissant la pression systolique, ne vient pas néanmoins comprimer la boule ventriculaire.

Or, ce résultat ressort en partie de ce que nous avons déjà dit. Nous savons en effet que le commencement *a*, *b*, de la systole auriculaire, accuse une pression qui a agi uniquement sur la boule, beaucoup plus sensible à la pression que l'ondée sanguine. Ainsi, on comprend déjà que pendant la durée de la ligne *t*, *x*, qui est en regard de cette pression isolée de la boule auriculaire, il ne vienne pas de sang dans le ventricule qui reste à l'état de vide et de repos.

Quant à la seconde portion *b*, *d*, de la systole auriculaire, elle ne produit pas davantage d'effet de pression sur la boule ventriculaire, bien que l'ondée ait commencé d'obéir à la pression systolique et ait commencé par là même d'effectuer sa descente; cela tient à ce que cette ondée, qui a en partie quitté l'oreillette, n'a pas pénétré assez avant dans le ventri-

(1) Dernièrement, M. Duroziez, reprenant la thèse de M. Hérard, avec lequel, du reste, il ne s'entend pas très bien, a signalé un bruit lié à l'existence du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire et existant au second temps (*Archives générales de médecine*, octobre 1862). Il le nomme bruit de *ffout-ta-ta-ron*, de la ressemblance parfaite qu'il a avec la prononciation de ce mot singulier. Un tel bruit doit être dès lors très facile à reconnaître, mais pourtant je l'ai cherché inutilement sur un grand nombre de malades de mon service affectés de rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire. J'ai été aidé dans mes recherches par M. Duroziez lui-même, qui n'a pas été plus heureux que moi. Je conclus de là que si le bruit de *ffout-ta-ta-ron* existe, il est au moins rare et insolite.

Ce bruit, ayant lieu au second temps, comme le veut M. Duroziez, prouverait que le sang qui le produit, en traversant l'orifice rétréci, va en même temps dilater le ventricule au second temps. Mais on ne peut pas conclure de ce fait, sinon douteux, au moins tout à fait exceptionnel dans la pathologie des rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire, que la diastole ventriculaire se fait pendant le second temps à l'état normal. On ne fonde pas les lois physiologiques sur les exceptions des lois pathologiques.

pression d'un fer aigu traversant les chairs); des *tarentules*, dont la piqûre est souvent mortelle; des *mille-pattes*, d'énormes coléoptères dits *capricornes*, tellement armés, qu'ils peuvent, rapportent les indigènes, couper un doigt. De grosses *chenilles* arborescentes, à laine blanche comme du lait ou d'un beau vert clair, laine traversée par de petites branches rouges, analogues aux ramifications du corail; des *fourons* ailées, au venin irritant, sont non moins dangereuses.

Mais les hôtes les plus redoutables de la contrée sont les *trigonocéphales*, et parmi eux le serpent *corail* et le serpent *à sonnettes*. Ils sont extrêmement communs dans toutes les terres chaudes. Mon soldat en trouva deux un matin dans ma tente, qui était dressée assez imprudemment sur la lisière de la forêt.

Le soir, les *moustiques* nous faisaient une guerre acharnée, et notre tympan était déchiré par le cri des *batraciens*, qui prenaient leurs ébats dans les flaques d'eau; parfois, attirés par la lumière, ils venaient grimper sur les tentes et même y pénétraient audacieusement.

Un *cloporte* d'une petite dimension, que les indigènes appellent *tchique*, nous incommodait beaucoup; il s'établit principalement à la racine des orteils, sur le dos et sous la plante du pied, s'introduit sous l'épiderme et se creuse un sillon où il dépose ses œufs. Il faut enlever avec précaution l'animal et la cupule où il a pondu, en ayant soin de ne pas la rompre.

Des *papillons* d'un éclat éblouissant, d'une taille gigantesque, mêlent leur vol à celui de tous ces affreux insectes dont nous venons de parler.

Nous fûmes témoins d'un fait extrêmement curieux pendant notre séjour à Chiquihuite : une odeur impossible à déterminer se répandit un soir dans tout le camp; les officiers de zouaves, qui paraissaient y être habitués, nous avertissent de la présence d'un *sorillo*, espèce de *putois*. Nous rentrons au bout de quelques instants dans nos tentes, et je vois sortir rapidement de celle de mon voisin un animal de petite taille, entièrement blanc sur le dos et noir sous le ventre. L'odeur qu'il laissait

Digitized by Google

cule qui est vide de sang, vide de sang, n'oublions pas ce fait important, et qu'elle n'a pas atteint la partie inférieure de la cavité ventriculaire où se trouve la boule élastique.

Dès lors la diastole ventriculaire est commencée seulement dans la partie supérieure de la cavité ventriculaire, et n'a pas pu encore être annoncée par la pression de la boule située au-dessous d'elle. Cette boule n'est atteinte que pendant la partie *d*, *e*, de la systole auriculaire, parce qu'une grande quantité de sang se trouve en contact avec la boule, quantité provenant soit du commencement *b*, *d*, soit de la fin *d*, *e*, de l'expulsion de l'ondée. La pression de la boule ventriculaire est portée ensuite au *summum* dans le point *s*, qui marque la réplétion complète du ventricule, et qui répond au point *e* annonçant le vide de l'oreillette.

Au premier abord, on pourrait croire que la contraction de l'oreillette se fait par un bond instantané qu'il est impossible de suivre et d'analyser ; mais la propriété des sphygmomètres est de nous montrer, tant sur le cœur que sur les artères, un commencement, un milieu et une fin, avec toutes sortes d'incidents successifs, dans des actes qui paraissent indivisibles.

Pour nous résumer, pendant la partie *a*, *b*, il n'arrive pas de sang dans le ventricule ; pendant la partie *b*, *d*, il en arrive un peu, mais il n'en est pas encore descendu dans la partie inférieure du ventricule pour y comprimer la boule ; pendant la partie *d*, *e*, le sang de la partie *b*, *d* a enfin atteint la boule, qui se trouve comprimée de plus par celui venant de la partie *d*, *e*. L'aiguille de la boule ventriculaire marque par son élévation *r*, *s*, cette pression progressive ; enfin au point *e* l'abaissement extrême de l'aiguille auriculaire nous montre que l'oreillette est vide, tandis que l'élévation de l'aiguille ventriculaire au point culminant *s* nous apprend que l'ampliation diastolique du ventricule est complète.

L'état diastolique complet du ventricule se prolonge pendant une durée mesurée par la ligne *s*, *v*. La boule ventriculaire est comprimée ainsi au plus haut point par le sang qui dilate et tend les parois ventriculaires sur son passage, poussé en aval par la systole ventriculaire, qui est venue remplacer la systole auriculaire. Enfin, au point *v*, l'ondée, pressée par la systole ventriculaire, commence à évacuer le ventricule, et, comprimant de moins en moins la boule, permet à l'aiguille de descendre du point *v* au point *u*, où elle s'arrête.

Quand l'ondée est évacuée complétement, et que le ventricule est redevenu vide, alors le mamelon du battement ventriculaire est fini, et la ligne droite qui marque le repos, le retrait et le vide du ventricule, recommence jusqu'au mamelon suivant.

Par conséquent, le mamelon entier qui représente le battement ventriculaire est donc constitué par la diasto-systole du ventricule. C'est ce que l'on voit clairement sur les cœurs transparents, et ce que l'on démontre rigoureusement sur les cœurs opaques des mammifères et des oiseaux.

Le mamelon irrégulier *c*, *a*, *b*, *d*, *e*, de la ligne auriculaire nous représente aussi, comme nous l'avons exposé, la succession de la diastole et de la systole dans l'oreillette. C'est aussi, par conséquent, un véritable mouvement de diasto-systole auriculaire, mais il diffère beaucoup du mamelon diasto-systolique du ventricule.

La première différence tient à ce que la durée absolue de la diasto-systole auriculaire est plus longue que la durée absolue de la diasto-systole ventriculaire, ce qu'il est facile de voir en comparant la ligne *c*, *i*, *o*, *h*, *e*, avec la ligne *r*, *u*. Cette ligne droite *r*, *u*, qui marque la durée de la diasto-systole ventriculaire, égale à peu près la durée de la seule systole auriculaire représentée par la ligne *i*, *o*, *h*, *e*. Quant à la durée de la diastole auriculaire *c*, *i*, elle est à peu près la même que la durée du repos ventriculaire *u*, *t*, *x*, *r*. Il résulte de là que, comme je l'ai déjà dit, l'oreillette ne se repose jamais. Sa révolution se mesure par l'ensemble de ses mouvements de diastole et de systole, qui se succèdent sans interruption, tandis que le ventricule se repose et reste vide pendant la plus grande partie de la révolution du cœur.

Nous allons trouver d'autres différences non moins grandes dans la forme des mamelons auriculaire et ventriculaire, c'est-à-dire dans les pressions intra-cavitaires de l'oreillette et du ventricule dues à la diastole et à la systole.

Quand l'aiguille auriculaire mue par la pression diastolique est montée du point *c* au point *a*, elle subit en ce dernier point un brusque surcroît de pression qui la fait monter jusqu'au point *b*. Ce brusque surcroît de pression est dû à la systole de l'oreillette, qui agit d'abord sur la boule élastique avant d'agir immédiatement après sur l'ondée pour la chasser de l'oreillette dans le ventricule. Cette différence d'intensité entre les pressions diastolique et systolique n'a rien d'étonnant, car il est tout simple que la force de systole auriculaire ait plus de puissance compressive que la simple réaction élastique de la force *à tergo*.

Dans le mamelon ventriculaire on ne trouve pas cette brusque élévation d'aiguille qui sépare nettement la diastole de la systole. En effet, l'ondée qui entre dans le ventricule au point *r*, et qui élève l'aiguille du point *r* au point *s*, y pénètre avec toute la force que lui imprime la systole de l'oreillette ; la pression de la boule, considérable au point *s*, ne subit pas de surcroît de la part de la systole du ventricule, qui vient à son tour remplacer la systole de l'oreillette dans la propulsion de l'ondée sanguine.

Cela se passe ainsi ou parce que l'oreillette et le ventricule qui renferment les boules du sphygmomètre sont dans le cœur droit, et ont à peu près la même épaisseur et la même force, ou bien parce que la boule ventriculaire se trouvant comprimée

---

sur son passage était d'une intensité telle, que nous fûmes obligés de déplacer nos tentes.

Qu'est-ce donc que Chiquihuite pendant la saison des pluies et lorsqu'on y prolonge son séjour? C'est un site des plus pernicieux, au climat meurtrier, partant une station inhabitable. Je n'en citerai qu'un exemple tout récent, pris sur une grande échelle, me réservant plus tard, lorsque je traiterai de la constitution médicale d'Orizzaba et des maladies endémiques de l'armée, de montrer par des chiffres précis ce qu'est devenue la première colonne expéditionnaire (*gens de l'armée de mer*), qui est restée près de trois mois dans les terres chaudes ; ce que deviennent encore aujourd'hui les compagnies ou bataillons qui escortent les courriers et les convois.

Le fait dont je veux parler aujourd'hui est relatif à un bataillon du 99e régiment de ligne, chargé, au mois d'août dernier, d'accompagner un convoi. Le campement fut installé à Chiquihuite pour quinze ou vingt jours ; dans cet intervalle, sur un effectif de 500 hommes, on compta 80 ou 90 malades *alités*, dont beaucoup d'officiers. Le bataillon, rentré à Orizzaba, présentait, quelque temps après son arrivée, 150 ou 160 hommes atteints de façon à ne plus pouvoir quitter l'infirmerie, la plupart l'hôpital, avant un temps plus ou moins long. Ils avaient été pris de fièvre intermittente à accès d'une intensité remarquable, et souvent rebelle au sulfate de quinine (trois accès pernicieux entraînèrent une issue fatale) ; quelques-uns de fièvre rémittente, plusieurs de dysenterie.

Le séjour des terres chaudes est donc éminemment insalubre ; il l'est à un tel point, que le général mexicain Marquez, notre allié, qui avait pour mission de parcourir le pays avec ses 2 à 3000 hommes pour le purger des guérillas (1), Marquez, dis-je, finit par déclarer que ses troupes, décimées par

(1) Les guérillas nous ont fait beaucoup de mal dans les terres chaudes. Je ne sais pourquoi les journaux se sont plu à démentir le fait, malheureusement trop vrai, de la destruction par les guérillas de presque tout un convoi, de l'horrible massacre de la faible escorte et des cruautés inouïes commises sur deux officiers du service de l'intendance et deux cantinières de zouaves.

Digitized by Google

au *summum* dans l'impulsion diastolique résultant de la systole auriculaire, ne peut plus accuser le léger surcroît de pression (s'il y en a un) qui serait déterminé par le commencement de la systole du ventricule.

Nous aurons à revenir sur la pression de la boule intra-ventriculaire à propos de la ligne du choc précordial que nous allons interpréter.

(*La fin à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

De la prophylaxie de la contagion des accidents primitifs et secondaires de la syphilis chez les ouvriers souffleurs de verre.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

La question de la prophylaxie de la syphilis, que vous avez abordée dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, intéresse à un trop haut degré non-seulement les fabriques du Rhône et de la Loire, mais encore tous les autres centres de fabrication, pour que vous n'accueilliez pas avec votre bienveillance habituelle tous les documents qui s'y rattachent.

Depuis l'analyse que vous avez faite des travaux du docteur Diday et des miens, publiés sur ce sujet dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, la question n'est pas restée stationnaire; je lui ai fait faire un nouveau pas, et je l'ai fait sortir du domaine des abstractions en présentant à la Société de médecine de notre ville un embout destiné à s'adapter à l'extrémité buccale des cannes. Cette coaptation paraît se faire avec la plus extrême facilité et de manière à ne retarder en rien le travail; il lui manquait cependant encore la sanction de l'expérience, qui se charge souvent de donner un démenti aux conceptions théoriques en apparence les mieux fondées. Heureusement, il n'en a pas été ainsi dans cette circonstance : mon appareil vient de subir victorieusement cette épreuve. Malgré quelques légères imperfections, malgré surtout des variations assez notables dans le volume et dans la forme des cannes, le premier essai a été tellement satisfaisant, que la fabrication de vingt bouteilles, qui exige un quart d'heure avec les procédés ordinaires, n'a exigé que quinze minutes et demie avec l'appareil.

Le problème peut donc être considéré comme résolu, et, à l'empressement, à la bonne volonté qu'ont montrés les ouvriers, je ne doute pas du plein succès de la mesure.

Quant à la question de l'évasement de l'extrémité buccale des cannes pour mettre les ouvriers dans l'impossibilité de souffler sans l'intermédiaire de l'embout, si l'on devait désespérer de leur bon vouloir et de leur intelligence au point d'être obligé d'employer ce moyen coercitif, il est évident que ce devrait être là le dernier mot; mais ce moyen ne saurait être immédiatement applicable; il faut qu'une expérience assez longtemps continuée ait prouvé la possibilité de la fabrication avec un embout quelconque; ce n'est qu'alors, et seulement alors, que le propriétaire d'une usine se déciderait à modifier d'une manière radicale tout son outillage, à faire une dépense assez considérable, puisque chaque triade d'ouvriers n'opère pas avec moins de vingt-cinq cannes. Il est bien évident que, sans une certitude absolue du résultat, un homme sérieux ne saurait s'exposer non-seulement à des dépenses inutiles, mais encore à voir ses ouvriers repousser le moyen, et compromettre pour toujours l'avenir d'une mesure qui, comme on le voit, ne saurait être considérée comme la base de l'édifice, mais qui ne peut en être que le couronnement.

Si cette raison est péremptoire, il en est encore une qui ne manque pas d'une certaine valeur : en laissant à l'ouvrier la possibilité de souffler directement dans la canne, on peut dispenser de l'embout le premier ouvrier, le *gamin*, qui, comme son nom l'indique, est souvent un enfant auquel on doit s'appliquer à épargner toute complication.

Telles sont les raisons qui m'ont décidé à préférer l'embout extérieur coiffant la canne, à un appareil intérieur dont la construction serait bien plus simple, plus facilement réalisable, et qui certainement se présentera toujours le premier à l'esprit.

Agréez, etc. Dr M. CHASSAGNY.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Les comptes rendus de cette séance ne renferment aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

ORDRE DES LECTURES. — 1° Rapport général sur les prix décernés en 1862, par M. J. BÉCLARD, secrétaire annuel. — 2° Prix proposés pour 1863 et 1864. — 3° Éloge de M. THENARD, par M. FRÉDÉRIC DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1862. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie avait proposé pour question : « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques :

---

les maladies plus encore que par la misère, ne pouvaient plus tenir la campagne ; et cependant tous ces gens, nés au Mexique, la plupart même sur le sol des terres chaudes, devaient être considérés à cet égard comme indemnes.

La contrée nous a paru devoir être insuffisamment peuplée en temps ordinaire, car nous n'avons rencontré sur notre route que des haciendas et un seul grand village; nulle part nous n'avons vu trace de culture. Je ne mets en cause ici que le trajet de Vera-Cruz à Chiquihuite; à partir de ce point, c'est tout différent; je ne veux pas augurer des autres parties de cette même contrée par ce que j'ai vu, d'autant moins que la terre est partout très fertile, et que, vers la côte, on trouve d'immenses plantations de cannes à sucre, de cacaoyers, d'indigotiers, de maïs, etc.

Nous avions, je crois, accompli le plus pénible de notre route, car, à partir de Chiquihuite, le pays devenait tellement pittoresque, si riche, que nous sentions à peine un soleil brûlant : une certaine tension d'esprit, une imagination vivement frappée par l'attrait et la nouveauté d'un tel spectacle, sont une puissante diversion aux fatigues corporelles.

Une route sinueuse nous menait presque au sommet de la montagne, où les Mexicains avaient établi des batteries qui auraient pu nous empêcher à jamais de passer outre. De là, le regard plongeait dans des vallées profondes, encaissées, où se reconnaissait partout la main de l'homme venue en aide à la nature. Des caféiers en fleur, des plants de bananiers, de grands arbres chargés de fruits exotiques, des champs de tabac, de petits enclos remplis de fleurs, encadraient merveilleusement les pauvres cases des Indiens.

Nous arrivions, par ce chemin si accidenté et bordé de véritables précipices, à la grande sucrerie de *Potrero*, dirigée par un Allemand, vice-consul de Prusse au Mexique. Cette vaste exploitation était dans le marasme, car, à diverses reprises, on avait coupé, saccagé les récoltes. Les *lanceros* (lanciers) de Marquez avaient converti en écuries les différents locaux de la sucrerie.

Digitized by Google

1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » — Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Quatre mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° Une récompense de 600 francs à M. le docteur Louis Duclout, médecin à Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin), auteur du mémoire n° 5, portant pour épigraphe : « *Nil admirari.* » — 2° Un encouragement de 400 francs à M. le docteur Émile Molland, de Paris, auteur du mémoire n° 3, ayant pour épigraphe : « *Medicus naturæ minister et interpres.* » — 3° Une mention honorable à M. le docteur Jules Daudé, médecin à Marvéjols (Lozère), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était la suivante : « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent. » — Ce prix était de la valeur de 600 francs.

Un seul mémoire a été envoyé à ce concours.

L'Académie ne juge pas qu'il y ait lieu de lui décerner le prix; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 300 francs à MM. Colin et Goubaux, auteurs de ce mémoire portant pour épigraphe : « *Experientia docet.* »

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » — Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

Dix mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie, aucun ne lui a paru digne du prix; mais elle accorde : 1° Une récompense de 1000 francs à M. le docteur Padioleau, médecin à Nantes (Loire-Inférieure), auteur du mémoire n° 4, portant pour épigraphe : « *L'office du médecin s'étend également à purifier l'âme et le corps.* » — 2° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Pasturel, médecin à Alban (Tarn), auteur du mémoire n° 2, ayant pour épigraphe : « *Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses.* » — 3° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Artance, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), auteur du mémoire n° 8, ayant l'épigraphe suivante : « *Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.* — 4° Une mention honorable à M. le docteur Piedvache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord), auteur du mémoire n° 6. — 5° Enfin, une mention honorable à M. le docteur Charpignon, médecin à Orléans, auteur du mémoire n° 10.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme : la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Onze ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie; aucun d'eux n'a paru mériter le prix, mais elle accorde : 1° A titre de récompense, un encouragement de la valeur de 2000 francs à M. le docteur Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour sa relation de deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès, relation inscrite sous le n° 8. — 2° Un encouragement de la valeur de 1000 francs à MM. les docteurs Charcot et Vulpian, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, pour leur mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive, mémoire inscrit sous le n° 11.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. — La question mise au concours par l'Académie était ainsi conçue : « Du pemphigus des nouveau-nés. »

Quatre mémoires ont été envoyés à l'Académie.

L'Académie décerne le prix à MM. Olivier et Ranvier, internes des hôpitaux de Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : « *L'observation est en quelque sorte le sol de la science.* »

Des mentions honorables sont accordées à M. Paul Fevre, docteur-médecin à Bassou (Yonne), auteur du mémoire n° 2, et à M. Desruelles, docteur-médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix était de la valeur de 4000 francs. — L'Académie avait remis au concours, conformément aux prescriptions de M. Orfila, la question relative aux champignons, et elle l'avait ainsi formulée : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire, rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur leurs qualités comestibles. — 2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. — 3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. — 4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées, et qui pourraient éclairer la toxicologie.

Trois mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Aucun de ces mémoires n'a été jugé digne du prix; et l'Académie, pour rester fidèle au vœu exprimé par M. Orfila, n'a pu décerner ni récompense, ni encouragement, en dehors du prix.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1861. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1500 francs partagé entre : M. Renault, chirurgien de l'hospice des aliénés à Alençon (Orne), déjà honoré de plusieurs médailles, et signalé de nouveau par M. le préfet pour le zèle qu'il apporte depuis trente-cinq ans à la propagation de la vaccine. — M. Sigalas, officier de santé à Marmande (Lot-et-Garonne), recommandé par M. le préfet pour le zèle soutenu avec lequel il cherche à propager la vaccine dans le département. — M. Testel, docteur en médecine à Paris, pour le dévouement avec lequel, depuis de longues années, il pratique la vaccine dans un quartier pauvre et populeux, pour les intéressants mémoires qu'il ne cesse d'envoyer à l'autorité, et principalement pour le remarquable travail qu'il a adressé cette année à l'Académie sur la pratique de la vaccine en France.

2° Des médailles d'or : 1° A MM. les docteurs Herbet et G. Lenoel, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens (Somme), pour leur travail très important et très complet intitulé : *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine.* — 2° A M. Mordret, docteur en médecine au Mans (Sarthe), directeur de la vaccine pour le département; M. le préfet fait remarquer que, grâce aux soins constants de ce praticien, le service vaccinal marche avec régularité, et qu'il fournit du vaccin la plupart des médecins du département. — 3° A M. Rebory,

---

Nous ne fîmes à Potrero qu'une courte halte, et nous étions vers midi à *Cordova*, petite ville située sur les confins des terres chaudes et des terres tempérées (*tierras templadas*). Nous avions franchi insensiblement les derniers degrés de la zone torride, et nous ressentions déjà le soir, dans la ville, les effets bienfaisants d'un air frais et pur.

Cordova est réputée pour les riches et excellentes productions de son sol et la bonté de ses fruits. Le tabac en particulier y est cultivé sur une très grande échelle; il y trouve, grâce aux forêts qui entourent la ville au loin, un abri contre les terribles vents du sud. Ces forêts sont remplies de gibier (chevreuils, sangliers, lièvres et lapins).

La belle végétation de la campagne déborde vraiment dans la ville, et cette agglomération de maisons, de petits édifices, me fit l'effet d'une villa au milieu de son jardin et de ses parcs. C'était là précisément ce qui faisait le danger des promenades dans les quartiers un peu reculés, car on recevait des coups de fusil de l'intérieur du bois et des massifs les plus avancés.

Un régiment, l'infanterie de marine, tenait garnison à Cordova. De nombreuses barricades coupent toutes les rues. On a créé un petit hôpital de 80 à 100 lits.

Deux ou trois lieues seulement nous séparaient d'*Orizzaba*, où nous arrivions le lendemain matin de bonne heure. Les routes étaient unies, belles, et les voitures, quoique pesamment chargées, furent rapidement entraînées, pendant une partie du trajet, par les mules, que les arrieros (muletiers) avaient mises au petit trot. Nos soldats ne sentaient plus la fatigue; l'air était doux, frais, et nous faisions notre entrée à Orizzaba sous une pluie fine et serrée.

Orizzaba, 10 octobre 1862.

A. Butz,

Aide-major attaché au corps expéditionnaire.

Digitized by Google

docteur en médecine à Digne (Basses-Alpes), médecin cantonal, conservateur et propagateur du virus-vaccin dans tout le département. M. Rebory est placé chaque année en tête des principaux vaccinateurs; il adresse régulièrement un travail bien fait sur sa pratique vaccinale. M. le préfet le recommande, et se plaît à rendre justice à son dévouement. — 5° A M. Ménard (Alphonse), docteur en médecine à Cette (Hérault). Ce médecin est depuis plusieurs années l'objet de recommandations pressantes de M. le préfet, qui le signale comme un des praticiens les plus honorables de son département, et comme celui qui concourt le plus, par un zèle exceptionnel, à la propagation de la vaccine.

Cent médailles d'argent sont, en outre, décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1861 :

1° Deux médailles d'or : l'une à M. le docteur Guipon (de Laon), l'autre à M. le docteur Jacquez (de Lure), tous deux déjà honorés de médailles d'argent et de plusieurs rappels de médailles, et s'étant encore cette fois distingués, le premier par son rapport sur les épidémies observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Laon (Aisne) ; le second par ses études topographiques et son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes du canton de Faucogney (Haute-Saône).

Cette rémunération exceptionnelle était due à ces deux infatigables médecins, aussi remarquables par la persévérance de leur zèle que par le mérite de leurs travaux.

2° Médailles d'argent à : M. Mavel (Joseph) (d'Ambert), pour ses études topographiques du canton d'Ambert (Puy-de-Dôme). — M. Bourdin (de Choisy-le-Roi), pour sa relation d'une épidémie de fièvre éruptive (rougeole) observée dans plusieurs communes du canton de Choisy-le-Roi (Seine-et-Oise). — M. Chairou (de Rueil), pour son mémoire sur l'épidémie de suette miliaire observée dans la ville de Rueil (Seine-et-Oise). — M. Larivière, médecin militaire de première classe, pour sa relation d'une épidémie de variole observée à Tien-tsin, dans l'armée d'expédition (Chine). — M. Mignot (de Ganat), pour son rapport sur les épidémies de coqueluche et de fièvre typhoïde observées dans l'arrondissement de Ganat (Allier). — M. Boterel (de Saint-Malo), pour ses études topographiques et son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — M. Chevreuse (de Mirecourt), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le couvent de Portieux, arrondissement de Mirecourt (Vosges). — M. Demonchaux (de Saint-Quentin), pour ses rapports sur les épidémies de variole et de fièvre typhoïde observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Quentin (Aisne).

3° Médailles de bronze à : M. Rouault (de Couësquelin), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans la commune de Saint-Guinoux (Ille-et-Vilaine). — M. Marmy, médecin principal de l'armée, pour ses études des eaux de Saint-Étienne et sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la garnison de cette ville (Loire). — M. Bernard (de Prangey), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie observée dans le canton de Longeau (Haute-Marne). — M. Vicherat (de Nemours), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Nemours (Seine-et-Marne). — M. Jourdeuil, médecin-major de première classe, pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital militaire de Maubeuge (Nord). — M. Balme du Garay, pour son rapport sur l'état sanitaire et une épidémie de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire). — M. Palanchon (de Cuisery), pour son rapport sur les épidémies du canton de Cuisery (Saône-et-Loire). — M. Dagorreau (de Saint-Calais), pour sa relation d'une épidémie de diphthérite observée dans les cantons de Lachartre-sur-Loire (Sarthe). — M. Lemaistre (de Limoges), pour son rapport sur les épidémies éruptives observées dans plusieurs communes de l'arrondissement de Limoges (Haute-Vienne). — M. Martin-Duclaux, pour sa relation d'une épidémie de coqueluche observée dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

4° Rappels de médailles à : M. Lecadre (du Havre), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée au Bec-de-Mortagne (Seine-Inférieure). Troisième rappel de médaille. — M. Haime (de Tours), pour son rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes observée dans la commune de Lachapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). Deuxième rappel de médaille. — M. Carassus (de Milly), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans le canton de Milly (Seine-et-Oise). Deuxième rappel de médaille — M. Émile Bordes (de Beauvais), pour son rapport

Digitized by Google

niques contenues dans un premier rapport très digne d'encouragement. — M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour les efforts et le mérite qu'attestent les nombreuses observations qu'il a recueillies et analysées.

(*Les prix proposés pour 1863 et 1864 à un prochain numéro.*)

Société de chirurgie.

Séance du 29 octobre 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Résection totale de la malléole externe. — Anévrysmes traités par la compression digitale.

M. *Legouest* a présenté un malade chez lequel il a pratiqué la résection totale de la malléole externe. Ce malade avait eu en mai 1859 la jambe droite prise sous son cheval qui s'était abattu. Malgré cet accident, il avait continué son service et fait toute la campagne d'Italie, souffrant de temps à autre et éprouvant des élancements dans la malléole qui avait été contuse. Ce n'est qu'en novembre 1860, qu'incapable de faire son service, il entra à l'hôpital, où il passa plusieurs mois. Il y rentra en mars 1862. La tumeur de la malléole était alors grosse comme un œuf de dinde. Dure dans quelques points, elle était dans d'autres élastique et dépressible. Elle était le siége de douleurs continues que la pression augmentait. La peau, du reste, était saine, quoique rouge et amincie ; l'articulation était intacte et les mouvements libres, bien qu'on ne pût pousser très loin la flexion et l'extension sans déterminer de douleur. La santé générale était excellente. C'est dans ces conditions que M. Legouest reséqua la malléole externe. Une incision longitudinale, de 10 centimètres, permit de disséquer l'os, de le scier avec une scie à chaîne et de l'enlever. La tumeur était formée aux dépens de toute la malléole par une coque osseuse tapissée intérieurement par une membrane épaisse, peu adhérente, véritable kyste plein d'une matière d'aspect caséeux et reconnue cancéreuse par le microscope. Au bout de six semaines d'un traitement par les irrigations continues, survint un phlegmon diffus qui s'étendit jusqu'à la partie supérieure de la jambe. De nombreuses et profondes incisions furent faites aux environs de l'articulation et sur la partie interne du membre. Deux séquestres provenant de l'extrémité inférieure du tibia, larges et épais comme une pièce d'un franc, furent extraits; deux autres plus petits sortirent spontanément. Après avoir fait courir au malade les plus grands dangers, les accidents inflammatoires se calmèrent peu à peu. Aujourd'hui une cicatrice ferme et solide et une dépression régulière ont remplacé la saillie malléolaire ; mais il existe encore au niveau de l'interligne tibio-astragalien deux petites plaies fistuleuses, et il y en a une troisième au niveau de la malléole interne. Il se fera sans doute par ces plaies une élimination nouvelle de quelques parcelles d'os nécrosés. Cette élimination complétera la guérison, qui paraît prochaine. Dès à présent le malade marche avec des béquilles et commence à poser le pied à terre. Les soins apportés pendant toute la durée du traitement pour maintenir la bonne direction du pied et des orteils ont réussi : le pied est fixé et un peu ankylosé à angle droit sur la jambe, et les orteils sont bien sur le même plan que la plante du pied. L'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, lorsque la direction du pied est bonne, n'a pas les inconvénients que lui attribuait Valette ; elle n'est point un obstacle à la marche, et donne même au pied une solidité avantageuse. La déviation des orteils vers la plante du pied serait certainement beaucoup plus grave. Valette semblait la considérer comme inévitable, et l'attribuait à la section du nerf tibial antérieur pendant l'opération. M. Legouest la croit plutôt due à la rétraction des tendons des fléchisseurs dans leurs gaines envahies par l'inflammation, ou au voisinage desquelles les tissus ont pendant longtemps suppuré. Les vrais dangers des résections qui portent sur l'articulation tibio-tarsienne, viennent de l'inflammation que les irrigations froides, même les mieux faites, ne peuvent pas toujours conjurer. Ces dangers ont été si grands dans ce cas, que M. Legouest a regretté plus d'une fois de n'avoir pas fait l'amputation, et qu'il a été tenté de la proposer. S'il s'était agi du poignet, M. Legouest n'aurait pas hésité à faire l'amputation, plutôt que la résection partielle du cubitus ou du radius. Les suites immédiates de l'opération sont en effet tout aussi graves que pour la résection d'une malléole, et pour peu que l'inflammation ait duré quelque temps, il faut s'attendre à n'obtenir qu'une main et des doigts roides, immobiles et inutiles.

M. *Verneuil* insiste, à propos du fait de M. Legouest, sur le danger des plaies de l'articulation tibio-tarsienne. Il rappelle que dans une discussion soulevée autrefois sur ce sujet, il a déjà dit que l'irrigation appliquée à ces plaies était insidieuse, et qu'elle n'empêchait pas, au bout de quelque temps, de voir se déclarer un phlegmon diffus ou de la gangrène, qui pouvaient nécessiter l'amputation ou tuer le malade. Toutefois M. Verneuil fait une réserve pour les malades traités en dehors des hôpitaux.

— M. *Vanzetti* a communiqué à la Société quatre nouvelles observations d'anévrysmes traités par la compression digitale.

La première observation est relative à un anévrysme poplité survenu chez un postillon, et assez volumineux pour donner au côté malade 11 centimètres de circonférence de plus que du côté sain. La compression digitale fut faite, *le jour seulement*, pendant un mois et demi, sans qu'on obtînt rien de bon. Il se manifesta des douleurs et des spasmes violents de la cuisse. M. Vanzetti fit la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Les pulsations cessèrent, mais au bout d'un an la tumeur n'était pas encore solidifiée. Ce n'est qu'au bout de trois ans que l'anévrysme a disparu.

Dans la seconde observation il s'agit aussi d'un anévrysme poplité, mais plus volumineux et occupant toute l'étendue du creux du jarret. La compression digitale avait déjà été *faite en vain* par un autre chirurgien ; elle fut continuée encore pendant un mois, d'après les indications de M. Vanzetti, et toujours sans succès. La ligature de la fémorale fut pratiquée comme dans le cas précédent, et la tumeur resta molle ; au bout de deux mois elle s'enflamma, s'abcéda et s'ouvrit. Il se fit une hémorrhagie des plus graves qui ne fut arrêtée que par le tamponnement ; puis la suppuration continua et le malade mourut d'épuisement.

La troisième observation est favorable à la compression digitale. L'anévrysme siégeait au pli du bras, et quoiqu'il fût le résultat d'une saignée malheureuse, il était simple, c'est-à-dire sans communication avec les veines, qui n'étaient ni dilatées ni variqueuses. Il avait le volume d'un œuf de poule et était surmonté d'une espèce de diverticule en forme de dé à coudre. La compression avait paru échouer une première fois. M. Vanzetti se rendit à Venise auprès de la malade, et surveilla lui-même la compression, qui fut continuée pendant un mois, et amena la solidification complète de l'anévrysme. — Deux ans après sa guérison, cette femme qui était octogénaire mourut. On trouva à l'autopsie que l'artère était perméable dans toute sa longueur.

La quatrième observation est encore relative à un anévrysme du pli du bras, consécutif à une saignée. Quatorze jours de compression n'amenèrent d'abord aucun résultat. Avant de lier l'artère humérale, M. Vanzetti voulut essayer de faire lui-même, avec son aide, la compression pendant vingt-quatre heures. Tous les deux se mirent à l'œuvre, et firent à tour de rôle, et en se remplaçant tous les quarts d'heure, une compression continue et complète autant que possible. Après quatre heures de compression il n'y avait plus de frémissement ; au bout de neuf heures, il n'y avait plus de bruit de souffle ; au bout de douze heures, la tumeur était solidifiée, l'anévrysme était guéri.

Digitized by Google

Dans la dernière observation, le succès de la compression digitale a été encore plus brillant. C'était un anévrysme poplité volumineux, et la malade avait soixante-six ans. M. Vanzetti fit lui-même la compression, en ayant soin de placer la main gauche sur la tumeur pour être bien sûr que le cours du sang était arrêté. Cent cinquante minutes de compression ont suffi pour amener la guérison.

Dans les deux premières observations où la compression n'a pas réussi, la ligature n'a produit elle-même un bon résultat qu'au bout d'un temps très long, et même, dans le second cas, elle a échoué complétement. Ces faits inspirent à M. Vanzetti quelque défiance de la ligature dans les cas où la compression n'a pas eu de succès.

M. *Broca* pense aussi que si la compression échoue à cause d'une disposition peu propre à la coagulation du sang, la ligature pourra bien échouer pour la même raison, ou qu'elle déterminera la formation d'un caillot passif, beaucoup moins favorable qu'un caillot actif, puisqu'il sera susceptible de se dissoudre ou d'amener l'inflammation du sac.

M. *Verneuil* rappelle qu'il a communiqué à la Société un cas dans lequel la ligature faite après l'insuccès de la compression digitale a guéri un anévrysme poplité ; le malade était un facteur à la poste qui a repris ses occupations sans inconvénients.

M. *Demarquay* a obtenu aussi une guérison complète d'un anévrysme poplité au moyen de la ligature, bien que la compression eût préalablement échoué. La compression avait été faite dans ce cas avec des appareils, la compression digitale étant encore inconnue.

D^r P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau procédé pour la cure de l'ongle incarné, par M. Guyon.

Malgré la facilité d'empêcher la douleur par l'anesthésie locale, par la glace ou la compression, l'arrachement de l'ongle incarné est un procédé qui répugne presque autant au chirurgien qu'au malade. M. Guyon a cherché à lui substituer un procédé moins douloureux. Le malade opéré par lui a été présenté guéri à la Société de chirurgie ; mais il faut attendre encore quelque temps avant de savoir si la guérison se maintiendra et si l'ongle ne s'incarnera pas de nouveau. Voici, du reste, en quoi consiste le procédé et quelle est l'observation :

« Deux incisions transversales sont pratiquées à chaque extrémité du bourrelet de parties molles ; elles sont assez profondes et assez étendues pour permettre de le renverser aisément et de mettre à nu le fond de l'ulcération ; deux incisions sont alors réunies par une troisième incision longitudinale, qui se pratique sur la face de l'orteil correspondante au côté incarné. Cette incision doit être plus ou moins profonde, mais toujours assez pour aviver complétement la face inférieure du lambeau quadrilatère dès lors formé, lambeau dont la base est au bord de l'ongle incarné, le bord libre au niveau de l'incision longitudinale, tandis que la face supérieure est formée par la portion cutanée et ulcérée. Le sillon cutané où siége l'ulcération est dès lors largement étalé et présente une surface plane ; mais pour que la forme normale soit rendue, un dernier temps est encore nécessaire. Le chirurgien excise sur la face de l'orteil correspondante à l'incarnation un copeau de parties molles plus ou moins épais, de manière à former une encoche plus ou moins profonde, selon l'étendue du déplacement qu'il juge nécessaire d'imprimer au lambeau. Celui-ci, appliqué dans cette perte de substance, est non-seulement étalé de manière que la portion ulcérée soit ainsi entièrement à nu, mais, grâce à ce déplacement, située de telle manière que le niveau des chairs ne dépasse plus celui de l'ongle complétement libéré. Il faut chercher à obtenir la réunion par première intention.

» Chez le malade que M. Guyon a opéré par ce procédé et qu'il a présenté à la Société de chirurgie, il a fixé le bord libre du lambeau avec trois points de suture entortillée pratiquée avec des épingles à insectes, et il a fait un pansement à l'eau froide. Le troisième jour, les points de suture ont été enlevés, et une bandelette de diachylon faisant le tour de l'orteil a maintenu le lambeau. Un peu plus tard, une légère compression a été établie sur sa face supérieure par un rouleau de sparadrap interposé entre la bandelette et le lambeau. M. Guyon ne s'est occupé en aucune façon de l'ulcération, qui, après avoir suppuré pendant plusieurs jours, s'est définitivement cicatrisée.

» Les membres de la Société de chirurgie qui ont vu l'opéré ont pu constater que l'ongle était complétement dégagé des chairs ; que le sillon où repose son bord offrait aussi peu de profondeur qu'à l'état normal, que l'ulcération a fait place à une surface cutanée parfaitement saine ; que le niveau des chairs est inférieur à celui de l'ongle, et que l'orteil, en un mot, a repris sa physionomie normale. Une cicatrice linéaire indique seule le bord libre du lambeau. » (*Bulletin de thérapeutique*, novembre.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, tome II (année 1861). — Un fort vol. in-8 ; chez Victor Masson et fils.

(Suite et fin. — Voir le numéro 47.)

On ne peut guère parler du cerveau, dans une société savante, sans faire songer immédiatement à la fameuse question des localisations cérébrales. C'est, en effet, ce qui advint à la Société d'anthropologie. Ici le débat s'anime et s'agrandit en raison directe des éléments qui viennent s'ajouter au problème, et des incertitudes et des difficultés qui concourent à le compliquer.

M. Broca et M. Gratiolet, dans leur premier discours, n'avaient fait que coudoyer la question, si je puis ainsi dire, tant ils s'étaient préoccupés du volume et de la forme de l'encéphale ; mais M. Auburtin va droit à elle et l'attaque de front. « L'encéphale, dit-il, est un organe complexe, à fonctions multiples et diverses. » Et l'orateur emprunte à l'anatomie comparée et à l'anatomie pathologique des arguments favorables à sa thèse. L'anatomie comparée montre qu'il y a dans le cerveau de l'homme des circonvolutions qui n'existent pas chez les autres animaux et des dispositions spéciales en rapport, très probablement, avec des fonctions spéciales aussi. Quant à l'anatomie pathologique, elle est pleine de faits qui prouvent clairement qu'il y a dans le cerveau des organes doués d'attributions différentes. M. Auburtin se donnait là une belle occasion de faire un pompeux étalage d'érudition ; mais il a su résister sagement à cette stérile fantaisie, et il s'est contenté de citer sommairement quelques observations bien choisies. D'ailleurs, notre honorable collègue n'est pas un localisateur à outrance, un de ces émietteurs qui hacheraient volontiers le cerveau menu comme chair à pâté, et attribueraient une fonction particulière à chaque molécule de sa substance. Ce que veut M. Auburtin, et à quoi il tient par-dessus tout, c'est que le *principe* des localisations soit bien établi ; il n'en demande pas davantage. Et, dans ce but, il se borne à examiner une attribution spéciale des lobes antérieurs du cerveau. C'est en eux que l'orateur, d'accord avec M. Bouillaud, place la faculté de coordonner les mouvements propres au langage articulé. Voilà M. Auburtin sur un terrain familier aux localisateurs modérés

de ce temps-ci ; il faut convenir que notre collègue y manœuvre avec une parfaite habileté, et que ses démonstrations seraient inattaquables, étant des démonstrations matérielles et sensibles, si l'on ne pouvait leur opposer un nombre au moins égal de preuves de même nature et aussi véridiques.

M. Gratiolet le lui fit bien voir. Ce n'est pas qu'il ait révoqué en doute la parfaite exactitude des faits invoqués par M. Auburtin. « Tous ces faits sont vrais, a-t-il dit ; et il en résulte que dans un grand nombre de cas, une lésion des lobes antérieurs du cerveau peut entraîner la perte du langage ; mais cette conséquence de la lésion des lobes antérieurs est-elle nécessaire, inévitable? » C'est ce que nie M. Gratiolet, et il n'est point embarrassé pour trouver dans l'histoire pathologique du cerveau des exemples authentiques et péremptoires de destruction des lobes frontaux, avec persistance et intégrité de la parole. M. Auburtin riposte à cette objection que, sans doute, dans les cas de ce genre, la lésion n'occupait qu'un seul lobe antérieur, ou n'en occupait qu'une partie. « Or, ajoute-t-il, il est possible que l'autre lobe, resté intact, puisse suppléer aux fonctions du lobe lésé ou détruit. » Assurément la réplique de M. Auburtin ne manque pas d'un certain air de justesse; mais, par malheur, elle devient nulle et non avenue en présence des observations mêmes qu'il a citées; presque toutes, en effet, sont relatives à des lésions n'intéressant aussi qu'un des deux lobes antérieurs. D'où il résulte que si l'intégrité d'un de ces lobes suffisait pour préserver la faculté du langage articulé, les malades et les blessés dont il parle auraient dû, comme ceux dont parle M. Gratiolet, et pour les mêmes raisons, conserver le don de la parole. Cela est clair comme le jour, et nous sommes surpris qu'un esprit aussi lucide que M. Auburtin n'ait pas été frappé de cette simple remarque.

Aux yeux de notre distingué collègue, pour qu'une observation contradictoire fût valable, il faudrait, ou que le malade continuât à parler, les deux lobes antérieurs étant détruits en totalité, ou qu'il perdît entièrement l'usage de la parole, les deux lobes frontaux demeurant intacts et quelque autre région de l'encéphale étant profondément endommagée. A cette condition seulement, M. Auburtin est décidé à renoncer aux idées qu'il soutient ; mais il est si ferme dans ses croyances, qu'il défie ses adversaires de citer deux faits de ce genre. Alors M. Gratiolet, sans se faire prier, rappelle deux observations empruntées, l'une à Bérard, l'autre à M. Maisonneuve, ayant trait précisément, la première à un homme frappé au front d'un éclat de mine, et qui parla très nettement jusqu'au moment de sa mort, bien que les lobes antérieurs du cerveau eussent été convertis en bouillie; la deuxième, à un carrier qui, après avoir reçu un moellon sur la tête, perdit l'usage de la parole, et présenta, à l'autopsie, un abcès dans le lobe moyen. D'où M. Gratiolet se croit autorisé à conclure que la faculté du langage peut survivre à la destruction des lobes frontaux ; et que, réciproquement, elle peut être anéantie à la suite de lésions qui ont intéressé d'autres parties du cerveau. Étant admise l'authenticité des observations rapportées par M. Gratiolet, on ne peut assurément nier la légitimité de ces corollaires.

Et l'anatomie comparée, dans laquelle M. Auburtin avait cru trouver des arguments victorieux, que va-t-elle nous apprendre maintenant par l'organe de M. Gratiolet? Elle va nous apprendre que les singes ont aussi des lobes antérieurs, et que ces lobes sont divisés comme ceux de l'homme ; qu'on y trouve les mêmes scissures, les mêmes plis, et que dans certaines espèces ils sont plus accusés, plus volumineux que chez quelques microcéphales; et cependant le microcéphale parle, et le singe le plus parfait ne parle pas. Donc, l'anatomie comparée, interprétée par M. Auburtin, dit oui ; interprétée par M. Gratiolet, elle dit non. L'interprétation de M. Gratiolet nous paraît plus rigoureuse que celle de M. Auburtin, et conséquemment préférable ; car nous croyons, comme lui, que, sous le rapport des homologies cérébrales, l'homme ne peut être utilement comparé qu'aux singes.

Sans prendre position dans le débat, comme il le déclare lui-même, M. Broca est venu, tandis que MM. Auburtin et Gratiolet disputaient sur le siége de la faculté du langage, présenter à la Société d'anthropologie une pièce anatomique de circonstance. C'était le cerveau de ce malade de Bicêtre dont nous avons rapporté l'observation dernièrement (n° 39, p. 610 et 621), et chez lequel la perte de la parole coïncidait avec une destruction presque complète du lobe frontal gauche par un ancien foyer hémorrhagique. Quelque favorable que semblât être une pareille observation à la doctrine soutenue par M. Auburtin, M. Broca n'a pas cru devoir se prononcer ni pour, ni contre les localisations particulières ; il a mieux aimé disserter sur le principe même, dont il s'est déclaré un des plus zélés défenseurs. L'orateur n'a pas eu de peine à démontrer que les formes différentes des régions du cerveau affectées à la sensibilité et à la motilité (corps striés, couches optiques, tubercules quadrijumeaux, cervelet, protubérance, etc.) ne sont pas des complications stériles, ni de vains caprices de la nature ; mais qu'elles correspondent certainement aux divers modes suivant lesquels s'exercent les fonctions sensitives et motrices. L'analogie d'abord, la physiologie, l'anatomie et la pathologie ensuite, n'autorisent-elles pas à penser qu'il en doit être de même pour les facultés dites intellectuelles, et qu'ici encore la multiplicité et la variété des fonctions sont probablement en rapport avec la multiplicité et la variété des organes. Assurément, rien n'est moins évident que cette proposition pour quiconque se contente d'un examen superficiel des circonvolutions cérébrales, siége présumé de l'intelligence. Mais quand on apporte dans leur étude cette profondeur de vues, cet esprit philosophique, cette finesse d'analyse, ce talent d'investigation minutieuse, qui caractérisent les recherches spéciales de M. Broca sur cette question, on est forcé de convenir que les circonvolutions sont soumises aux lois d'un développement régulier, qu'elles sont distribuées et groupées d'une manière fixe et déterminée, que leur structure diffère notablement selon la région du cerveau qu'elles occupent ; enfin que ces différences anatomiques doivent *nécessairement* amener des différences fonctionnelles correspondantes.

Ni M. Broca, ni M. Auburtin, ni même M. Gratiolet, — malgré son culte pour les œuvres du maître, — n'ont fait *plus* de cas qu'il ne fallait des données de la physiologie expérimentale en matière de localisations cérébrales. Est-il possible, en effet, d'établir une comparaison sensée entre le cerveau de l'homme et celui d'un lapin ou d'un poulet? Que peuvent apprendre, de bonne foi, relativement à la conscience, à la réflexion, à la mémoire, à l'association des idées, au jugement, à l'imagination, à la raison, à la faculté du langage, ces étranges mutilations, ces tortures inutiles qu'on inflige à de pauvres herbivores ou à de misérables volailles? Quelles conclusions légitimes veut-on tirer de ces expériences frivoles pratiquées sur des animaux complétement dépourvus des facultés dont on cherche à pénétrer le secret?

M. Périer, dans la part brillante qu'il a prise à la discussion, a traité la question moins en anatomiste qu'en philosophe. S'inspirant de convictions intimes et de pieux souvenirs, il s'est appliqué surtout à venger Gall et Spurzheim des agressions injustes, des attaques perfides, des insinuations malveillantes, par lesquelles on avait essayé et même on essayait encore, dans les hautes régions de l'enseignement officiel, de flétrir la mémoire de ces deux illustres savants et d'amoindrir l'importance de leurs travaux. Il a parlé de la doctrine phrénologique en termes dignes et mesurés ; et, la dégageant des prétentions absurdes dont elle a été travestie, il en a nettement formulé les principes, indiqué le but, caractérisé les tendances et signalé la double portée anatomique et physiologique. Comme M. Broca, M. Périer a conclu de la pluralité des fonctions cérébrales à la pluralité des organes cérébraux.

MM. Delasiauve et de Castelnau se sont ralliés à cette doctrine.

Mais pour M. Gratiolet cette pluralité des organes cérébraux est une pure hypothèse. Ce savant distingué, que nous avons

déjà vu controverser avec M. Auburtin, à propos du siége de la faculté du langage articulé, repousse la doctrine des localisations cérébrales dans son ensemble comme dans ses détails. Pour lui, l'intelligence est une et indivisible ; et le cerveau est un physiologiquement, c'est-à-dire dans ses rapports avec l'intelligence ; mais les rapports du cerveau avec le corps sont multiples, et, suivant la nature de ces rapports, il y a probablement dans les hémisphères des régions de dignité différente. Plus une région du cerveau est indépendante des appareils du corps, plus elle est capable d'abstraction, plus elle est libre, en un mot, et plus elle est élevée en dignité. Sous ce rapport, la palme est au lobe frontal, dans lequel réside, en quelque sorte, la majesté du cerveau humain. Telle est la doctrine toute spiritualiste que M. Gratiolet oppose aux localisateurs ; mais il convient, avec une parfaite bonne foi, que ce n'est là aussi qu'une hypothèse. Eh bien ! hypothèse pour hypothèse, nous préférons celle qui nous paraît se concilier le mieux avec les données générales de l'anatomie et de la physiologie, c'est-à-dire la doctrine des localisations, telle qu'elle a été soutenue et développée par la plupart des membres de la Société d'anthropologie. Nous croyons, avec M. de Castelnau, qu'il ne peut y avoir de psychologie positive que celle qui sera fondée sur l'étude attentive du fonctionnement cérébral dans l'état normal et dans l'état morbide ; nous croyons aussi que l'observation clinique et l'anatomie pathologique mettent entre les mains des médecins des moyens d'analyse intellectuelle bien autrement précis, bien autrement délicats que ceux dont disposent les métaphysiciens purs, les analystes spéculatifs, les psychologues d'inspiration, comme les appelle notre spirituel collègue.

A cet égard, on peut dire que la disgrâce dans laquelle était tombée depuis longtemps la phrénologie a été funeste à la science. Excellente dans son principe, mais compromise et gâtée dans son application, comme il arrive aux meilleures choses d'ici-bas, par les témérités de quelques fanatiques, l'œuvre utile et féconde de Gall et de Spurzheim contenait en germe tous les progrès de la physiologie cérébrale. Il ne fallait pas la proscrire ; il fallait en corriger les abus, en bannir les exagérations. Ainsi débarrassée des excès qui constituent sa tache originelle, dépouillée de toute théorie aventureuse, présentée avec une sage réserve, éclairée par l'expérience et basée uniquement sur la saine observation, la phrénologie n'est plus cette science fantaisiste et romanesque qui morcelait le cerveau à discrétion, faisait du crâne une sorte de carte géographique, bouleversait toutes les notions de morale et de philosophie, et anéantissait le libre arbitre en plaçant nos penchants et nos actes sous le joug de je ne sais quelle fatalité anatomique. Non ! elle devient au contraire une science vraie, une science positive, qui repousse les localisations hypothétiques et les divisions arbitraires, pour n'accepter que la lumière de l'observation et les faits rigoureusement démontrés. Alors elle mérite pleinement l'estime des esprits sérieux ; et l'on ne saurait trop louer la Société d'anthropologie d'avoir résolûment entrepris sa réhabilitation.

Nous signalerons comme se rattachant d'une manière assez directe à la discussion qui vient d'être esquissée : Un rapport de M. Pruner-bey à l'occasion d'un travail de MM. de Baër et van der Hoeven *sur les crânes macrocephales trouvés dans le sol de la Crimée et de l'Autriche*. Ces crânes, allongés par un défaut de développement excentrique des pariétaux, sont attribués aux Avares, qui avaient l'habitude de comprimer latéralement le crâne des enfants. — Une communication de l'infatigable M. Broca, *sur des crânes provenant d'un cimetière de la Cité, antérieur au* XIII*e siècle*. L'auteur partage ces crânes en trois séries : dolichocéphales, mésaticéphales, brachycéphales, les premiers appartenant aux descendants les plus purs des races indo-germaniques, les troisièmes étant des types presque purs de la race autochthone, et les crânes intermédiaires provenant des métis issus du mélange des deux autres races. — Une note de M. Antelme, *sur la céphalométrie*. — Un mémoire de M. Pruner-bey, *sur l'ancienne race égyptienne*, dont le crâne, dans son type le plus pur, offre une ressemblance parfaite avec le crâne de la race libyque ou berbère ; de là une courte, mais fort savante discussion entre MM. Périer, Broca et Pruner-bey sur l'origine des Égyptiens et la source de leur civilisation. — Une note de M. le professeur Rod. Wagner *sur le poids du cerveau de lord Byron*. — Une présentation, par M. Gosse père, d'un crâne déformé de Nahoa, trouvé dans une caverne de la vallée de Ghovel (Mexique), par M. l'abbé Brasseur de Bourbourg. C'est un exemple de déformation cunéiforme relevée, résultant de la compression mécanique antéro-postérieure du crâne. Ce crâne, suivant M. Gosse et M. l'abbé Brasseur, appartiendrait à un individu de la tribu des Nahoas, tribu originaire de la Floride, et qui envahit le Mexique vers l'an 174 après J. C. — Une présentation, par M. Broca, d'un crâne déformé provenant du cimetière des Innocents ; quelques explications échangées à ce sujet entre MM. Lagneau, Gosse père, Gratiolet, Delasiauve, Giraldès, Auburtin et Broca, concourent à éclairer la question des déformations naturelles ou artificielles du crâne. — Une note de M. Fuzier *sur trois têtes mongoles rapportées par lui de la Chine*, têtes offrant les caractères propres au type mongolique, avec des différences de détail résultant de l'âge, du sexe et des particularités individuelles. — Une courte discussion entre MM. Broca, Trélat, Jouvencel, Pruner-bey et Rameau, sur la valeur de la brachycéphalie et de la dolichocéphalie au point de vue des distinctions ethnologiques. — Une présentation, par M. Morpain, d'un crâne romain extrait d'un champ de bataille entre Marle et Vervins. — Une communication de M. Broca, *sur un nouveau crâniographe ou céphalographe* de son invention, exécuté et perfectionné par M. Mathieu : cet instrument, indépendamment de ses avantages sous le rapport de la précision, de la promptitude et de la simplicité de son emploi, permet de mesurer cinq angles qui n'ont pas été étudiés jusqu'ici, et que M. Broca appelle les *angles auriculaires*.

En ajoutant les travaux que je viens d'énumérer aux dissertations des orateurs qui ont pris une part directe aux débats, on peut affirmer que le présent volume des BULLETINS de la Société d'anthropologie renferme des documents très complets sur toutes les questions de crâniologie et de phrénologie générale descriptive, ethnologique et spéciale. Les savants, que ces problèmes intéressent, trouveront là des études critiques et des recherches patientes sur la forme extérieure du crâne, sur sa capacité, sur les divers procédés de mensuration, sur la détermination des angles faciaux, sur les classifications crâniologiques, notamment sur celle de Retzius, modifiée par M. Broca ; sur les caractères distinctifs du crâne suivant les races ; sur la division des races en frontales, pariétales et occipitales, d'après le développement respectif des divers lobes cérébraux ; sur l'ossification des sutures crâniennes, tardive chez les races supérieures et chez les individus intelligents, prématurée chez les races inférieures et chez les idiots ; sur la direction de la suture coronale par rapport à la ligne faciale ; sur le caractère d'infériorité tiré de l'empreinte des circonvolutions cérébrales à la surface interne du crâne ; sur l'hérédité, le degré d'importance et la signification ethnologique des déformations artificielles du crâne ; enfin sur la forme, la capacité et les caractères distinctifs du crâne des anciens Égyptiens, des anciens Grecs, des anciens Romains, des Slaves, des Celtes, des Avares, des races indo-germaniques en général, des Chinois, des Mexicains, des Péruviens, des Basques, des Suédois, des Turcs, des Néo-Calédoniens, etc.

Le volume que j'analyse contient encore un grand nombre de travaux que je ne puis que mentionner : — Des *documents sur le Canada*, par M. Rameau et par M. Landry, médecin à Québec. — Une savante dissertation de M. Périer *sur l'hérédité des anomalies et des caractères accidentels*. Suivant M. Périer, les difformités naturelles et les déformations artificielles disparaissent dès les premières générations, sans que le type ethnique en

souffre la moindre atteinte, tant le retour aux conditions normales est une loi de la nature. MM. Gosse père, Martin de Moussy, de Quatrefages, Lagneau et Broca, s'inscrivent en faux contre l'opinion trop absolue de M. Périer, et prouvent par de nombreux exemples la transmissibilité héréditaire et la persistance possible des caractères accidentels. — Un fort intéressant mémoire de M. Boudin *sur la pathologie comparée des races*, où l'auteur s'occupe notamment de certaines aptitudes aux phénomènes d'extase, d'insensibilité, de catalepsie, etc., de l'immunité de divers individus et même de quelques familles à l'égard de la morsure des serpents et des autres animaux venimeux, avec de curieux détails sur les anciens psylles, sur les charmeurs de serpents, et particulièrement sur les aïssaouas d'Algérie. Cette communication est suivie d'une conversation très instructive au sujet des psylles modernes, entre MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Gosse père et fils, Périer, Martin-Magron, Broca et Boudin. — Des *instructions ethnologiques et médicales pour le Pérou*, destinées à MM. Calonge et Léon y Alba, et rédigées par une commission composée de MM. Martin de Moussy, Le Bret et Gosse père, rapporteur. — Une *notice questionnaire sur l'anthropologie de la France*, rédigée par M. G. Lagneau, au nom d'une commission spéciale dont il fait partie avec MM. Périer et Bertillon. Ce travail, où sont tracées de main de maître les principales indications propres à guider les savants dans l'étude ethnologique des diverses régions de la France, est, pour ainsi dire, complété par quelques renseignements verbaux dus à MM. de Quatrefages, Boudin, Gosse père, Paul de Remusat, Broca et Pruner-bey. — Une note de M. de Jouvencel *sur l'origine des puits naturels*, où l'auteur cherche à prouver que ces puits ont été creusés par les premiers habitants du globe, pour rechercher le silex. — Une dissertation de M. Bert, destinée à réfuter cette opinion. — Des *documents sur le Sénégal*, par M. Berchon ; et, à l'occasion de ce travail, de savantes remarques de M. Boudin sur l'acclimatation en général et sur le non-cosmopolitisme de l'homme en particulier. — Un mémoire crâniologique, linguistique et ethnologique sur les Hongrois Madgyars, par M. Pruner-bey. — Une *introduction historique à l'ethnologie de la Bretagne*, par M. Halleguen (de Châteaulin). — Une lecture de M. Rameau *sur les modifications subies par les Européens transplantés en Amérique*, où l'auteur cherche à démontrer que les Américains des États-Unis sont des Européens en décadence. — Une communication de M. le professeur Martins (de Montpellier), relative à *l'existence de l'homme à l'époque glacière*. — Un travail de M. Sistach *sur les résultats ethnologiques du recrutement dans l'armée française*, de 1850 à 1858. Ce travail, communiqué par M. Boudin, qui le complète à l'aide de renseignements empruntés à ses propres recherches, provoque d'utiles réflexions de la part de MM. Gosse père et Bertillon. — Enfin, des recherches pleines d'érudition *sur l'ethnologie et l'archéologie de l'Égypte*, par M. Pruner-bey et par M. Périer.

Le troisième volume des Bulletins n'attend plus que son dernier fascicule pour être publié en entier ; nous ne tarderons pas à en rendre compte. A. Linas.

L'Annuaire médical et pharmaceutique de la France, du docteur *Félix Roubaud* (15e année, 1863). A la *France médicale*, rue de la Monnaie, n° 13. Prix 4 francs.

Cet annuaire, que nous nous faisons un plaisir d'annoncer tous les ans, et qui est conçu de manière à rendre de grands services aux médecins, comprend le recueil complet de la législation médicale et pharmaceutique, et celle des établissements sanitaires et de bienfaisance ; la nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la designation des Sociétés de médecine et de pharmacie de la France ; le personnel des Facultés, des Écoles de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ; la liste nominative, divisée par départements, arrondissements, cantons et communes, de tous les médecins et pharmaciens de la France ; le tableau par départements des villes de 2000 âmes et au-dessus qui n'ont ni médecin, ni pharmacien, etc., etc.

VII

VARIÉTÉS

— Par arrêté du 3 décembre, M. Guérineau, professeur suppléant, a été nommé professeur adjoint pour la chaire de clinique externe à l'École préparatoire de Poitiers.

— M. le professeur Velpeau vient d'être nommé membre de l'Institut de Bologne.

— La séance solennelle de rentrée de l'École de médecine et de pharmacie d'Alger a eu lieu le 20 novembre. Les lauréats sont : *Médecine*, première année, M. Sézary ; deuxième année, M. Garreau ; — *Pharmacie*, première année, M. Gobert.

— La mort vient de frapper M. Lassalvy, professeur agrégé libre de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le projet d'érection à Montpellier des statues de Lapeyronie et de Barthez, dont l'initiative est due à M. le professeur Bouisson, va être mis prochainement à exécution.

— Le général Garibaldi vient d'adresser à M. Nélaton la lettre suivante :

« Mon bien cher ami, je vous dois une parole d'amour et de gratitude. Votre apparition à la Spezzia a été un bonheur pour moi, et si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit, malgré les soins fraternels de mes savants chirurgiens, votre entrevue si éminemment sympathique, votre parole, dont les encouragements étaient si éloquents, ne m'ont plus permis de douter de ma guérison. Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle, opérée avec tant d'habileté par notre illustre compatriote le professeur Zanetti, avec les instruments que vous aviez eu la bienveillance de m'envoyer. Demain on m'appliquera un bandage fixe, et j'espère pouvoir bientôt me mouvoir sur des béquilles. Que Dieu vous bénisse, ainsi que les hommes vertueux dont les principes humanitaires ont honoré l'homme éminent de la science et le bienfaiteur ! »

— M. Maillard, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'École préparatoire de Dijon, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Gruère, dont la démission est acceptée.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'École de médecine de Toulouse a eu lieu le 20 novembre. Lauréats : MM. Raymond, Filhol, Vieusse, Desplats (deux prix), Lagrèze-Fossat, Ladevèze, Reynaud, Sylvestre, Pradines, Dumas, Bichemin, Couve. — En *pharmacie*, MM. Rotis, Doumenq, Laffon et Nugon. — *Prix Lasserre* : M. Deussaus.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de médecine de Lyon a eu lieu le 21 novembre. Les lauréats sont MM. Français, Lucain, Michaud, Bozonet, Aubert et Poullet. — En *pharmacie*, M. Bernaert.

— On nous assure qu'à la suite de discussions assez vives qui se seraient élevées au sein de la commission chargée de la révision du *Codex*, MM. Boudet, Poggiale et Robinet se sont retirés. (*Gazette des hôpitaux*.)

— M. le docteur Deleau, dont les travaux sur la physiologie et la pathologie de l'audition ont eu une si grande notoriété, est mort le 30 novembre dernier, à l'âge de soixante-sept ans.

— M. Coulomb, chirurgien de 3e classe de la marine, est décédé à la Vera-Cruz, à bord de la frégate cuirassée *la Normandie*.

— *Clinique chirurgicale et ophthalmologique ; maladies des enfants*. — M. Giraldès a commencé ce cours jeudi 11, et le continuera le jeudi de chaque semaine. Visite des malades à huit heures. Leçons et opérations de neuf à dix. Consultations tous les jours, jeudi et dimanche exceptés. — Maladies des yeux, lundi, mercredi et vendredi.

— Nous avons omis de nommer, parmi les aliénistes venus de la province pour assister à l'inauguration de la statue d'Esquirol, M. le docteur Billod, médecin de l'asile de Saint-Gemmes.

— Le docteur Sichel a recommencé son cours de clinique ophthalmologique le jeudi 11 décembre, à deux heures, à son dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours de médecine au Collège de France vendredi prochain, 12 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Digitized by Google

GAZETTE HE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE I

BULLETIN DE L'ENS

Publié sous les auspices du I

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société

Paraît tous les Vendredis.

PARIS, LIBRAIRIE VI
Place de l'I

TOME IX. PARIS, 19 DI

TABLE DES MATI

I. **Paris.** Société royale de Londres : Discussion sur l'ovariotomie. — Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Empoisonnement par la chair des perdrix. — II. **Travaux originaux.** Physiologie : Quelques réflexions sur le sphygmomètre cardiaque de MM. Chauveau et Marey. — III. **Correspondance.** Trachéotomie chez les jeune **savantes.** Académie d médecine. — Société de m Seine. — Société médicale **des journaux.** Crou dant. — Traitement des

I

Paris, 18 décembre 1862.

Société royale de Londres : DISCUSSION SUR L'OVARIOTOMIE. — *Revue d'histoire naturelle :* EMPOISONNEMENT PAR LA CHAIR DES PERDRIX.

L'ovariotomie, dont l'Académie de médecine s'est occupée dans ces derniers temps, et qui fait en ce moment une des préoccupations des chirurgiens français, rencontre encore en Angleterre, où elle semblait avoir élu son domicile de prédilection, quelques adversaires déclarés. Il y a quelques jours seulement (11 novembre), M. Robert Lee a lu à ce sujet un travail devant la Société royale de Londres, et la discussion à laquelle cette lecture a donné lieu mérite d'être connue, car elle nous paraît renfermer des enseignements utiles.

L'argumentation de M. Robert Lee, ardent adversaire de l'opération, peut se ranger sous trois chefs principaux :

1° Les femmes affectées de kystes ovariques peuvent vivre longtemps en ne recourant qu'au traitement palliatif; 2° dans aucun des cas qu'il a pu observer, l'opération ne lui a paru indiquée; 3° les statistiques d'ovariotomie sont mensongères, car les cas heureux ont été publiés et les insuccès ont été laissés dans l'ombre.

Ce dernier argument réjouira sans doute quelques-uns de nos compatriotes, heureux de voir ces statistiques anglaises si vantées, repoussées et regardées comme fausses par un chirurgien anglais; aussi examinerons-nous avec l'importance qu'ils méritent, les reproches faits à la statistique, par M. R. Lee.

Le docteur Tyler Smith, en citant quelques faits tirés de la pratique de M. Lee lui-même, chercha d'abord à réfuter les deux premiers arguments, et montra comment il était passé dans le camp des ovariotomistes. Pendant vingt ans, dit-il, je fus l'adversaire de l'ovariotomie, mais je vis tant de douleurs et

Digitized by Google

tions articulaires, parce qu'un chirurgien a reséqué un genou à peine malade et qui aurait guéri avec quelques semaines d'immobilité ; de même l'ovariotomie ne doit pas être rendue coupable des erreurs individuelles.

Le docteur Lee professe pour l'ovariotomie une horreur si grande, que non-seulement il n'en a jamais fait une seule sur le vivant, mais qu'il n'a jamais voulu en voir faire. C'est peut-être d'un esprit logique, lequel, tendant à regarder l'opération comme très voisine de l'assassinat avec préméditation, ne veut pas être pris comme complice de la mort ou du meurtre des malades (*he might say killed*). Mais cette réserve n'est pas, il nous semble, d'un esprit scientifique, de cet esprit dont M. Lee a cependant donné tant de preuves en d'autres circonstances. Peut-être, s'il eût observé par lui-même quelques-uns des faits si nombreux que présente, depuis quelques années, la pratique chirurgicale anglaise, se fût-il converti à l'opération comme le docteur Tyler Smith, comme le docteur Savage, qui, lui aussi, crut devoir citer son propre exemple. Quand M. Spencer Wells devint son collègue à Samaritan Hospital, M. Savage, comme tout l'état-major de l'établissement, était l'adversaire de l'ovariotomie, mais sa conversion fut bientôt complète, et elle s'appuie aujourd'hui sur l'examen ultérieur de cinquante à soixante malades opérées sous ses yeux.

Mais nous abandonnons cette partie de la discussion, qui, du reste, ne nous apporte que peu ou pas de documents particuliers, pour examiner l'argument principal de M. Robert Lee : l'inexactitude des statistiques, et nous lui donnons tout d'abord la parole. Nous ne faisons qu'analyser très brièvement son discours, mais nous voulons, en lui conservant quelque chose de sa forme, lui conserver sa force, et montrer en même temps à nos lecteurs que la discussion dans les sociétés savantes en Angleterre est beaucoup moins impersonnelle que dans nos académies. Ainsi, s'adressant au président le docteur Babington: « Vous avez, monsieur, dit le docteur Lee, rapporté à la Société un cas heureux d'ovariotomie faite il y a quelques années par M. Walne ; pouvez-vous nous dire combien ce chirurgien a fait d'opérations malheureuses sans les publier? Quand je préparais ma statistique des 162 observations anglaises, j'ai écrit à M. Walne, le requérant, au nom de la science et de l'humanité, de me donner sa statistique intégrale; il s'y est refusé d'une façon catégorique. Il y a longtemps que M. Walne est connu comme ovariotomiste, et ses premiers succès étaient aussi flatteurs que les merveilleux résultats cités dans cette séance. Un autre chirurgien, dont personne en ce pays n'a surpassé la renommée comme heureux opérateur, m'a donné une statistique que j'ai dû rejeter comme erronée (*untruthful*). Mon mémoire se terminait par un résumé de tous les cas opérés par MM. Lane, Clay, Spencer Wells et autres, par l'histoire de quelques cas malheureux non publiés; le conseil de la Société a interdit la lecture de ce post-scriptum. Un de ces cas terminé par la mort a été donné comme guérison ; j'en ai vu un assez grand nombre, opérés contrairement à mes avis, suivis rapidement de mort, et je ne les retrouve pas dans les faits publiés. Sur les 162 cas authentiques que j'ai rassemblés, soixante fois on ne put extraire le kyste, et 19 de ces malades moururent de cette tentative ; sur les 102 cas dans lesquels l'opération a été faite complétement, il y eut 42 morts et 60 guérisons. Je conclus donc de ces faits que l'ovariotomie et l'opération césarienne sont les deux opérations les plus dangereuses qui puissent être faites. On parle d'incisions exploratrices : vous ne voudriez pas, j'en suis convaincu, permettre l'incision exploratrice de votre paroi abdominale, permettre à un ovariotomiste d'introduire la main au milieu de vos intestins pour aller à la recherche d'adhérences. Liston avait en grande horreur les incisions exploratrices et les ouvreurs de ventre (*belly-rippers*). »

Certes on ne saurait accuser M. Robert Lee de cacher sa manière de voir; il prend, comme l'on dit, le taureau par les cornes et ne cache pas la vivacité de ses attaques sous les fleurs de la rhétorique, si en usage dans nos académies.

Que pouvait répondre à cela M. Spencer Wells, directement mis en cause, comme l'un des plus zélés *ouvreurs de ventre* que possède actuellement l'Angleterre ?

M. Spencer Wells a pratiqué 46 opérations ayant donné 17 morts et 29 guérisons. Un grand nombre de malades étaient, avant l'ovariotomie, dans un état désespéré. Sa statistique comprend indistinctement tous les faits qui lui appartiennent, il en est de même de celles d'autres opérateurs; mais il y a des exceptions. Que faire à cela? Se joindre à M. Lee pour dénoncer la conduite des chirurgiens qui, publiant des cas de succès, laissent dans le silence de l'oubli les cas malheureux de leur pratique antérieure; aucun châtiment ne serait trop sévère pour punir une telle déloyauté. Mais on ne saurait espérer pour une opération des statistiques complètes ; il est dans la nature de l'homme de jouir et de s'enorgueillir de ses succès, de les publier, de les rappeler souvent, tandis qu'on cherche à oublier ses malheurs ou ses fautes. Si l'on peut forcer à publier les revers anciens en même temps que les succès plus récents, que faire contre ceux qui ne publient ni les uns ni les autres? Il faut donc, dans toute statistique, qu'il s'agisse d'amputations ou d'herniotomies, d'ovariotomie ou de taille, tenir compte des causes d'erreurs que donne la non-publication des insuccès.

Nous demandons, pour notre part, à ajouter quelques mots aux réflexions si justes de M. Spencer Wells. Il est deux sortes de statistiques : l'une est la statistique continue, intégrale, complète, ou par collationnement; l'autre est la statistique par rapprochement. La première est donnée par la pratique hospitalière, en collationnant tous les cas qui se sont offerts pendant une suite plus ou moins longue d'années dans un même établissement; quelques hôpitaux d'Angleterre, l'hôpital de Guy, à Londres, l'infirmerie royale de Glasgow, nous fournissent les statistiques irréprochables comme exactitude, des docteurs Steele et Mac-Ghie; grâce à M. Husson, nos hôpitaux de Paris auront bientôt la leur. De même quelques chirurgiens, et MM. Spencer Wells, Baker-Brown sont du nombre, nous donnent, sur l'ovariotomie par exemple, le résultat complet et intégral de leur pratique. Faites avec soin, ces statistiques sont irréprochables et nous donnent des résultats exacts et chiffrés.

La seconde variété de statistique consiste à rassembler les faits épars dans les journaux et les recueils scientifiques, à les rapprocher pour en tirer quelque conclusion; mais le résultat qu'elles donnent ne peut être qu'approximatif, puisque nous trouvons ici deux causes d'erreurs : des faits heureux et le plus souvent des faits malheureux n'ont pas été publiés; le statisticien ne les a pas tous connus, quelques-uns, un grand nombre même lui ont échappé. Faut-il rejeter comme inutile et même dangereuse cette statistique, comme beaucoup inclinent à le penser? Partisan des statistiques, nous aurions donc pour notre part perdu bien des mois dans le travail ingrat de parcourir les journaux et les livres parus pendant un demi-siècle dans les centres scientifiques de l'Europe, pour rechercher des éléments d'appréciation des ligatures d'artères, des résections, des amputations : nous ne le pensons pas, et cette

Digitized by Google

statistique par rapprochement, quelque incomplète qu'elle soit, nous paraît le seul moyen de juger avec quelque vérité les applications thérapeutiques.

Pourquoi? Nous allons le dire. — Il serait souverainement absurde de demander même à la statistique hospitalière la plus exacte, portât-elle sur cent années et dix mille malades, une évaluation absolue, exacte, mathématique, des chances que fait courir à un malade une opération quelconque. Le chirurgien qui se dirait : La trachéotomie donne un mort sur cinq opérés; j'ai perdu mes quatre premiers opérés; je dois, de par la statistique, guérir le cinquième, pourrait être envoyé à Charenton, non comme médecin, mais comme pensionnaire.

Mais supposons un chirurgien en présence d'une ovariotomie suffisamment indiquée, il se demande avant de la conseiller : L'ovariotomie est-elle une opération légère, un peu grave, grave, très grave, entièrement grave? Qu'a-t-il fait, sinon une appréciation des impressions qu'il a ressenties d'après quelques faits dont il a eu connaissance? qu'a-t-il fait, sinon une évaluation statistique des chances générales de guérison après l'opération, basée sur des cas très restreints et une expérience presque uniquement personnelle? En un mot, il a, sans le vouloir, fait de la statistique, comme M. Jourdain, sans le savoir, faisait de la prose. Seulement sa statistique, par approximation, a d'autant plus de chances d'être fausse qu'elle est plus restreinte.

La véritable statistique, en rapprochant, en collationnant tous ou presque tous les faits connus, réunit en un seul faisceau les éléments épars de toutes les expériences individuelles; elle donne, à qui la consulte, la connaissance des résultats obtenus par tous; elle étend donc les limites en même temps qu'elle affermit la base de ses appréciations.

Mais elle fait plus, elle remplace une évaluation très restreinte réduite à ces mots : graves, très graves, etc., par une évaluation dont les degrés varient à l'infini, comme les chiffres qui la représentent; elle dit au chirurgien : dans les conditions où vous vous trouvez, vos chances de succès sont comme 10 est à 1, comme 5 est à 1, comme 2 est à 1; vos chances de succès et d'insuccès sont égales, ou vous n'avez qu'une, deux, cinq chances sur dix environ de sauver votre malade. Voilà ce qu'il faut demander à la statistique et voilà aussi ce qu'elle donne, avec une certitude ou une probabilité bien autrement grandes, que des impressions incertaines basées sur une expérience toujours restreinte.

Mais, dira-t-on, la statistique qui groupe indistinctement tous les faits d'ovariotomie, mélangeant sans discernement des cas où la réussite était presque assurée, avec des cas d'une gravité extrême, couvre sous des apparences de rigueur, une erreur manifeste. Le reproche à son tour n'a qu'une apparence de vérité. Lorsqu'il s'agit d'une série importante de faits, cent, deux cents, par exemple, il s'établit une véritable compensation qui fait disparaître, ou du moins atténue singulièrement les différences qui existent entre les faits observés et la pratique des divers chirurgiens. C'est ce qu'on peut appeler la loi des grands nombres.

Enfin un reproche plus grave est adressé aux statistiques, et c'est là le principal argument de M. Robert Lee. Un certain nombre de cas défavorables ou mortels ont été omis, donc les chiffres ne servent à rien. Nous allons montrer le contraire avec les chiffres mêmes de M. Lee. Sur 162 opérations d'ovariotomie, 60 fois on ne put extraire le kyste, c'est donc 37 pour 100 d'insuccès par cette cause. Suppo-

Digitized by Google

autres moyens employés dans le même but, il put la tirer de cet état si fâcheux ; mais pendant quelques heures l'insensibilité persista et la santé ne se rétablit que très lentement. Le lendemain de l'accident, la malade se plaignit de violents élancements, qui se manifestaient surtout aux plus légers mouvements des muscles de la face. Cinq jours après, M. Taylor fut appelé par une autre malade, plus jeune, qui fut prise d'accidents graves, quelques minutes après avoir mangé, de bon appétit, d'une de ces perdrix bien fraîche et conservée dans la glace. Cette jeune dame était froide, sans pouls, comme paralysée, se plaignait d'élancements affreux dans tout le corps, et éprouvait un sentiment très pénible de constriction de la gorge. Pour chasser l'aliment de l'estomac, M. Taylor administra des émétiques et fit ensuite prendre à la malade plusieurs fortes rasades de brandy ; sous l'influence de ce traitement, la malade se sentit soulagée en quelques heures, et peu de jours après elle était guérie. Pendant qu'il était auprès de la malade, le docteur remarqua un jeune chat qui éprouvait une véritable paralysie des jambes postérieures et ne pouvait plus se mouvoir. Il apprit que cet animal avait mangé aussi une certaine quantité de perdrix. L'animal resta plusieurs jours dans cet état grave, et guérit, grâce probablement aux vomissements qu'il eut à plusieurs reprises. M. Taylor attribue à l'absorption rapide et assez abondante de brandy la guérison de sa seconde malade, et pense que la première n'eût pas résisté si elle n'en eût pas pris aussi une assez forte dose. On peut rapprocher de ces observations de M. Taylor, le moyen indiqué (et qui est très bon) pour guérir de l'empoisonnement par les moules, et qui consiste à faire avaler au malade une forte proportion de spiritueux, vin ou liqueurs. A quelle cause peut-on rapporter les faits que nous avons indiqués plus haut? Très certainement à la nourriture des perdrix qui, lorsque la neige couvre le sol, sont réduites à se nourrir des fruits d'une plante dont malheureusement la nature n'a pas encore été bien déterminée : on a, en effet, observé que seules les perdrix qui offrent dans leur estomac de ces fruits, ont une chair douée de propriétés vénéneuses. (*Pharmaceutical Journal*, octobre 1862.)

Léon Soubeiran.

— Après un juste tribut d'éloges noblement payé par M. Larrey, à la mémoire de M. Robert, dont la science déplore la perte toute récente, l'Académie, au grand étonnement de ceux qui comptaient sur une stérile séance d'élections, a repris la discussion sur *les eaux potables*. M. Poggiale a adressé une vive réplique aux objections de M. Gibert, sur le filtrage et le rafraîchissement de l'eau; puis M. Bouchardat a lu la première partie d'une très savante dissertation sur cette grande question d'hygiène (voy. p. 810). Les développements qui ont été donnés dans ce journal à cette même question, la position que la Gazette hebdomadaire a prise dans les débats relatifs aux *eaux de Paris*, nous commandent d'attendre, dans la plus grande réserve, les conclusions et le jugement de l'Académie, dont la sanction suprême décidera entre les doctrines de nos contradicteurs et les nôtres.

MM. les docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1862 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 janvier 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie.

Quelques réflexions sur le Sphygmomètre cardiaque de MM. Chauveau et Marey, par J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital de la Charité.

(Suite et fin. — Voir le numéro 50.)

Ligne C. — Elle nous présente à considérer une ligne droite *n*, *f*, qui répond à la ligne droite de repos et de vide du ventricule, et une ligne ondulée ou un mamelon *f*, *g*, *p*, *n*, qui répond aussi au mamelon ventriculaire. Le point précis *g*, où se fait le choc précordial, est sur la ligne perpendiculaire du point *s*, qui marque le degré le plus élevé de la diastole ventriculaire, et du point *e*, qui nous accuse le moment bref où la cavité auriculaire est complétement vide. Ce triple rapport veut dire que l'ondée qui vient de quitter entièrement l'oreillette, par suite de la systole auriculaire, entre violemment et tout entière dans la cavité vide du ventricule qu'elle dilate nécessairement, et c'est précisément l'ampliation diastolique résultant de cette pénétration violente de l'ondée dans le ventricule qui fait le choc précordial.

On voit également que le commencement *f* du mamelon du choc répond parfaitement au commencement *r* du mamelon ventriculaire, et qu'il y a également coïncidence entre la fin *p*, *n*, du mamelon du choc avec la fin *v*, *u*, du mamelon ventriculaire, et que cette fin dans les deux mamelons dépend du retrait systolique qui arrive après la diastole ventriculaire.

Maintenant montrons les différences que présente le mamelon du choc comparé au mamelon du ventricule.

Le mamelon du ventricule est accusé par un relief très marqué, tandis que le mamelon de la ligne du choc est peu considérable. Cela tient à ce que la pression de la boule appliquée sur la partie de la paroi thoracique qui subit le choc du cœur est beaucoup moins intense que celle de la boule qui, introduite dans le fond de la cavité ventriculaire, s'y trouve immédiatement comprimée par l'ondée obéissant aux forces successives des systoles auriculaire et ventriculaire. Nous allons encore comprendre par là pourquoi la saillie principale du mamelon du choc est très brève, saillante seulement au point *g*, tandis que dans le mamelon ventriculaire le *summum* de l'élévation de l'aiguille et de la pression de la boule est beaucoup plus prolongé, puisqu'il va de *s* en *v*. Cette différence tient à ce que la boule qui transmet le choc précordial ne subit l'impulsion du ventricule que dans un point limité de sa surface extérieure, et, sous ce rapport, elle n'est plus guère comparable à la boule intra-ventriculaire, qui se trouve comprimée immédiatement par l'ondée pendant le temps relativement assez long qu'elle emploie à descendre dans le cul-de-sac de la pointe du ventricule, et à remonter de là vers l'orifice ventriculo-artériel.

Il nous reste à signaler, dans ce mamelon du choc, une très petite saillie au point *p*, saillie un peu exagérée dans la figure n° 2, qui n'est pas là sans y être produite par une cause que nous devons rechercher. Ce point *p* répond juste au point *v*, qui marque la systole dans ce mamelon ventriculaire. Il nous annonce donc que dans ce moment il y a une pression un peu plus grande exercée par le ventricule sur l'espace intercostal, tenant à un léger surcroît de dureté qu'il prend quand il se contracte pour chasser devant lui la fin de l'ondée qui vient de traverser le ventricule.

C'est là une de ces petites choses impossibles à constater au doigt et à la vue, et qui ne peuvent être accusées que par un instrument spécial.

Telle est l'interprétation que me paraissent comporter les trois lignes enregistrées par le sphygmomètre cardiaque. Il est évident que si cette interprétation est vraie, on doit regar-

Digitized by Google

der d'avance comme inexacte celle qui a été donnée par MM. Chauveau et Marey; nous allons nous occuper de cette dernière, et l'examiner, autant que possible, dans tous ses détails.

L'examen que je vais faire doit être suivi sur la figure n° 1. En sus des trois lignes O, V, C, enregistrées par le sphygmomètre, cette figure renferme deux lignes *a*, *b*, qui sont démonstratives et destinées à établir la durée relative des systoles et des chocs; il y a de plus deux lignes perpendiculaires servant aussi à l'interprétation de mes adversaires. Néanmoins ces lignes de la figure n° 1 sont insuffisantes pour bien préciser les points controversés; et nous serons obligé, dans l'examen qui va suivre, de nous aider aussi des lignes accessoires et des lettres de la figure n° 2. La traduction de MM. Chauveau et Marey va être analysée paragraphe par paragraphe.

« Le tracé supérieur O appartient à l'oreillette. Au début, l'oreillette est en relâchement, et se remplit peu à peu par l'afflux veineux : aussi la ligne du tracé s'élève-t-elle graduellement. L'ascension brusque et brève qui succède à cette première partie du tracé indique ensuite la systole auriculaire. L'abaissement non moins brusque qui vient après résulte de l'aspiration que le vide thoracique cause sur l'oreillette relâchée. Puis arrive une nouvelle réplétion de l'oreillette, et la série des mouvements se répète comme tout à l'heure. »

J'accepte parfaitement ce premier paragraphe, sauf les deux phrases suivantes : « L'ascension brusque et brève qui succède à cette première partie du tracé indique ensuite la systole auriculaire. L'abaissement non moins brusque qui vient après résulte de l'aspiration que le vide thoracique cause sur l'oreillette relâchée. » Il y a ici une erreur de fait. MM. Chauveau et Marey oublient que la durée qu'ils assignent à la systole de l'oreillette, dans la ligne *a* (fig. n° 1), comprend non-seulement la ligne ascendante *a*, *b* (fig. n° 2), mais encore la ligne descendante *b*, *d*; c'est facile à voir en prolongeant de bas en haut et perpendiculairement les deux lignes droites qui limitent de chaque côté la durée assignée par eux à la systole de l'oreillette (fig. n° 1). Par conséquent ils doivent admettre, par suite de la durée qu'ils assignent à la systole auriculaire, que cette systole qui commence d'abord par l'ascension brusque de la ligne *a*, *b*, continue ensuite par l'abaissement de la ligne *b*, *d*; que cet abaissement tient à la diminution de l'ondée qui évacue l'oreillette, et qui comprime d'autant moins la boule élastique; enfin ils devraient ajouter, pour continuer d'être conséquents, que la systole s'achève par l'abaissement de la même ligne jusqu'en *e*, parce qu'alors l'oreillette devient complétement vide de sang, et que dès lors la boule, toujours comprimée par la fin de la systole, l'est pourtant moins que jamais.

Quant au vide thoracique, nous ne pensons pas que son influence doive être invoquée pour comprendre cet état d'évacuation de l'oreillette marqué par la ligne décroissante *b*, *d*, *e*; il agit, au contraire, pour aider à la diastole ou à la réplétion de l'oreillette en se combinant avec la force *à tergo*.

« Le tracé V indique le mouvement du ventricule; il débute pendant la systole. Le levier est alors relativement très haut; il se tient un instant dans cette position; après quoi il descend brusquement au moment du relâchement du ventricule, reste abaissé pendant toute la durée de ce relâchement, et remonte de nouveau à la systole suivante. La durée de l'état d'élévation du levier correspond à la durée de la systole. »

Ce paragraphe suppose ici ce qui est une question, à savoir que « le tracé débute pendant la systole... », parce que « le levier est alors relativement très haut... », et puis, en terminant, « la durée de l'état d'élévation du levier correspond à la durée de la systole... » Ce sont là tout autant d'assertions ou d'affirmations sans la moindre apparence de preuve. Nous reviendrons sur ce sujet important quand nous en serons au paragraphe qui s'occupe de la coïncidence ou des rapports des trois lignes enregistrées. Quant à la diastole ventriculaire de la théorie ancienne, il est impossible, ainsi que nous l'avons déjà dit, de la voir le moins du monde accusée par la ligne

cule est alors à l'état d'évacuation systolique. Passons maintenant à la ligne du choc.

« La ligne C, qui donne le tracé du choc, commence au milieu d'une pulsation. Le commencement et la fin des pulsations suivantes sont indiqués par une série de mouvements d'ascension et d'abaissement de la ligne du tracé. »

Je n'ai rien de particulier à faire remarquer sur ce paragraphe, car on se tait sur la cause de la grande pulsation indiquée par cette ligne du choc. C'est ce qu'on nous dira dans les paragraphes suivants.

Observons en passant que MM. Chauveau et Marey ne font nulle mention de la très petite pulsation signalée précédemment au point *p*.

Enfin nous voici au passage décisif :

« Considérons maintenant ces trois tracés dans leur ensemble, afin d'établir les rapports des mouvements de l'oreillette et du ventricule avec la pulsation cardiaque. Comme ces trois tracés ont leur début sur une même verticale, il suffit d'abaisser des perpendiculaires du début des systoles de l'oreillette et du ventricule sur la ligne des chocs, pour savoir laquelle des systoles coïncide avec le choc ventriculaire.

» On voit alors : 1° que la systole de l'oreillette débute et même finit longtemps avant le choc ventriculaire ; 2° que la systole du ventricule commence exactement au début du choc, et finit avec lui.

» Nous avons essayé de rendre la chose plus visible en reportant sur la ligne *a* la durée des systoles et leur position respective, tandis que la ligne *b* indique la position et la durée du choc. »

C'est ici que se voit dans toute son étendue la différence qui nous sépare, et pourtant cette énorme différence tient à la durée plus ou moins longue assignée par les deux interprétations à la systole auriculaire.

En effet, la systole auriculaire dure-t-elle de *d* jusqu'en *e*, c'est-à-dire jusqu'à l'évacuation complète de la cavité de l'oreillette, on a une ondée qui, expulsée de l'oreillette contractée, pénètre immédiatement dans le ventricule vide, qu'elle remplit et qu'elle fait choquer contre la paroi précordiale.

La systole de l'oreillette est-elle, au contraire, arrêtée au point *d* sans continuer jusqu'à son terme *e*, on a une systole auriculaire complétement inutile, puisqu'elle expulse cette ondée mystérieuse qui sort de la cavité de l'oreillette sans entrer dans celle du ventricule. On est obligé dès lors d'imaginer au second temps une diastole ventriculaire en dépit de l'instrument enregistreur lui-même, de sorte que, tout compte fait, le ventricule n'a de diastole ni au premier ni au second temps, et l'on obtient ainsi cette série de mouvements imaginaires et inconciliables dont l'assemblage constitue la théorie ancienne ou orthodoxe.

Terminons enfin par le dernier paragraphe :

« Il est inutile d'insister davantage sur la signification de ces tracés, qui nous semble démontrer d'une manière irrécusable que le choc du cœur est un effet de la systole du ventricule, et que, par conséquent, il ne saurait y avoir de doute entre les deux théories rivales. Si l'erreur était possible, lorsque la vue et le toucher devaient saisir les rapports de ces mouvements rapides, il n'en saurait être de même avec des appareils qui accusent l'apparition de chaque mouvement avec une approximation d'un vingtième, et, au besoin, d'un cinquantième de seconde. »

Comme on le voit, MM. Chauveau et Marey terminent leur communication comme ils l'ont commencée, en montrant toute l'importance de leur instrument. Je m'associe sincèrement à cet éloge, mais avec restriction. Ainsi, j'accorde très bien que le sphygmomètre cardiaque puisse accuser le commencement ou la fin d'un mouvement avec l'approximation d'une fraction de seconde, c'est-à-dire avec l'admirable précision que donne le sphygmomètre artériel de M. Marey ; mais malheureusement l'emploi d'un instrument si précis laisse toujours l'erreur possible, parce qu'en définitive l'intelligence n'est pas infaillible, et que par elle seule on peut connaître la signification des lignes enregistrées.

Le même instrument n'empêche pas non plus l'influence des idées préconçues et des illusions, influence si patente dans la traduction que mes savants adversaires regardent comme *la consécration autographique de la théorie ancienne faite par le cœur lui-même*. Et cette traduction orthodoxe des lignes sphygmométriques, on nous la donne avec la plus parfaite tranquillité, sans laisser paraître jamais le moindre doute ni la moindre hésitation. Il est juste de dire que, s'appuyant sur une figure à peu près dépourvue de lettres et de lignes démonstratives, la susdite traduction n'est ni gênée ni contrôlée par des points de repère. Aussi marche-t-elle d'une manière aussi aisée, je dirai presque aussi rapide que l'instrument enregistreur lui-même.

En vérité, MM. Chauveau et Marey ne feraient pas autrement si, comme inventeurs d'un instrument qui est important, ils avaient le merveilleux privilége de l'interpréter selon leur bon plaisir, avec l'assurance de voir acclamer leur interprétation.

Oui, je le répète, cet instrument est important. Il est important, parce qu'il proteste aussi à sa manière contre une théorie impossible. Cela est tout naturel. Plus un moyen est rigoureux, plus il doit démontrer rigoureusement l'inanité d'opinions qui ne reposent que sur des faits imaginaires.

Peut-être aura-t-on recours à d'autres procédés de démonstration en faveur de la théorie ancienne, maintenant qu'on la verra mal assise sur les lignes de l'instrument enregistreur, par la même raison qu'on a eu recours à cet instrument enregistreur après l'insuccès des vivisections dont M. Chauveau m'avait rendu témoin. Je dois dire d'avance que je ne crois pas à ces futures démonstrations, par la même raison que je n'ai jamais cru à la démonstration actuelle.

Mon incrédulité persévérante tient à ce que M. Chauveau n'a pas encore infirmé la réalité des faits que je lui ai soumis depuis la séance d'expérimentation à laquelle il *m'avait fait* l'honneur de m'inviter, à savoir, l'ampliation diastolique du ventricule au premier temps, et la vacuité avec retrait du ventricule au second temps.

Ce sont ces faits qui rendent la théorie ancienne impossible ; ce sont eux qui font qu'elle n'a pu être enregistrée par les leviers du sphygmomètre cardiaque, bien que l'instrument fût dirigé par des mains habiles dans les intentions les plus orthodoxes.

Or, ces faits existent pour tout le monde, pour ceux qui les veulent comme pour ceux qui ne les veulent pas.

Il faut donc avant tout et à tout prix renverser ces faits par une constatation contradictoire de nature irrécusable, si l'on tient sérieusement à montrer que la théorie ancienne n'est pas une chimère.

Toute autre démonstration faite dans un but de diversion serait illusoire, comme celle que MM. Chauveau et Marey ont lue dans les lignes tracées par leur instrument.

III

CORRESPONDANCE.

Trachéotomie chez les jeunes enfants.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Très honoré confrère,

Voici le cas de trachéotomie, emprunté à ma pratique, auquel vous avez bien voulu faire allusion dans le numéro 46 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

OBS. — J. Prévet, fille âgée de treize mois, entre dans mon service le 14 novembre 1861. Sa mère nous donne des renseignements très incomplets sur l'époque et le mode du début de la maladie. Il paraît qu'elle

a eu des convulsions générales qui ont précédé de quelques heures le moment où on nous l'amène, et c'est ainsi que le mal aurait commencé.

Cependant, au premier examen, il est facile de reconnaître l'existence d'une angine couenneuse, pour laquelle on emploie les insufflations alternatives de tannin et d'alun, d'après la méthode du docteur Loiseau. Cette première journée se passe assez bien; l'enfant supporte facilement les insufflations. Elle n'est pas abattue, et la maladie n'a nullement le caractère malin, bien qu'il n'y ait aucun doute sur sa nature.

Le lendemain, la voix est devenue rauque, la respiration bruyante, la toux est éclatante, la gorge est toujours couverte de fausses membranes jaunes. L'enfant est oppressée.

On continue les insufflations et l'on donne un looch additionné de 5 centigrammes de sulfure de potasse; mais le mal va rapidement en croissant, la dyspnée augmente et devient continue. A chaque inspiration, le sternum se déprime considérablement, et sept ou huit accès de suffocation ont lieu et se succèdent rapidement.

A la visite du soir, l'interne trouve l'enfant pâle, très oppressée d'une façon continue, entrant par conséquent déjà dans la troisième période du croup, mais n'étant pas encore anesthésiée.

La trachéotomie fut pratiquée quelques heures plus tard, pendant la nuit, et ne fut pas très laborieuse, malgré la présence d'un corps thyroïde très volumineux.

Il ne sortit pas de fausses membranes; cependant, tout de suite après l'opération, l'enfant devint calme, s'endormit et passa la nuit très tranquillement.

Le lendemain, sa physionomie était reposée, quoiqu'un peu endolorie. Elle avait une fièvre assez violente, pas d'oppression, peu de toux, et elle avait accepté un peu de chocolat.

Cette marche favorable du mal persévéra les jours suivants, sans qu'il se produisît d'accidents sérieux. La plaie devint un peu grisâtre et gonflée, et fut cautérisée. Le troisième jour après l'opération, on put enlever la canule pendant plusieurs heures, et un peu d'air passa par le larynx.

Le septième jour, la canule fut enlevée définitivement. L'enfant disait *maman* à haute voix; la respiration était facile, la gorge était débarrassée.

Cependant deux jours auparavant l'enfant avait commencé à tousser en buvant. Ce petit accident se renouvela, et même un jour les boissons revinrent par le nez, en même temps que la petite fille semblait plus pâle et plus triste que les jours précédents. Cette paralysie partielle et incomplète dura en tout sept jours, n'empêcha pas la plaie de marcher rapidement vers la cicatrisation, et enfin la guérison fut définitive le premier décembre, dix-sept jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et quinze jours après l'opération.

BARTHEZ,
Médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

— On fera remarquer peut-être chez cette petite malade, comme nous l'avions noté également pour l'observation de M. Scoutetten (n° 46, p. 723), la non-expulsion de fausses membranes laryngées ou trachéales, avant comme après l'opération. Néanmoins, en tenant compte de l'ensemble des symptômes, en considérant que la diphthérite *pharyngée* était ici parfaitement caractérisée (et M. Barthez nous l'a personnellement assuré); que les fausses membranes venant du larynx seulement, et non de la trachée, échappent presque toujours; enfin que cette circonstance a pu d'autant mieux se produire que l'opération a été faite la nuit, il devient *à peu près* certain qu'il s'agissait d'un vrai croup trachéal. A. D.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

L'occasion que j'ai eue d'observer, dans le courant de cette année, plusieurs cas de succès de la trachéotomie chez de très jeunes enfants, m'avait depuis longtemps suggéré l'intention de faire de ce sujet intéressant l'objet d'une étude particulière. Mais l'attention se trouvant éveillée sur ce point, et par votre article inséré dans le n° 46 de votre journal, à propos d'un cas de trachéotomie chez un enfant de sept mois, opéré par M. Bell (d'Edimbourg), et par la toute récente communication de mon ami le docteur Dumontpallier (*Gaz. hebd.* du 21 novembre 1862), j'ai pensé qu'il y aurait quelque opportunité à livrer, sans plus attendre, à la publicité, quelques-uns des faits qu'il m'a été donné d'observer. J'espère que vous voudrez bien les accueillir, monsieur le rédacteur, et leur donner place dans un prochain numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, afin que, rapprochés autant que possible de ceux qui ont été rappelés par vous et par M. le docteur Dumontpallier, ils ne perdent rien de leur signification relativement à ce point, encore très controversé, de la question si ardue des indications de la trachéotomie.

Je dois le dire tout d'abord pour ne pas tromper votre attente et celle de vos lecteurs : ces faits ne se rapportent précisément pas à un âge aussi inférieur que celui dont il s'agit dans les cas de MM. Bell, Barthez, Trousseau, lequel pourrait même, il faut l'avouer, être regardé comme très exceptionnel dans l'espèce. — Mais la question ne s'agite pas ici, je le suppose, dans l'inflexible limite de *quelques mois* en plus ou en moins; sa solution intéresse tout autant et peut-être plus, dans la pratique, les enfants dont l'âge oscille autour de *deux ans ;* car ils ont une bien plus large part dans les atteintes de la maladie qui nécessite l'opération, et ils se trouvent, par cela même, plus souvent et plus particulièrement compris dans l'arrêt qui les condamne à ne pas bénéficier des chances de la trachéotomie.

Mais j'ai hâte d'arriver aux faits eux-mêmes; s'ils sont rapportés avec quelques détails, c'est qu'il n'a pas été possible d'omettre plusieurs circonstances d'où ils tirent en réalité toute leur importance. Tous les faits d'ailleurs ont été observés dans le service et sous la direction de mon très honoré maître M. Bouvier.

OBS. 1. — *Trachéotomie chez un enfant de vingt-deux mois atteint de croup; grand nombre d'accidents consécutifs, parmi lesquels un vaste érysipèle du tronc; guérison complète.* — Binois (Louis), âgé de vingt-deux mois, entré le 18 février 1862, salle Saint-Jean, n° 38, malade depuis trois jours. Hier, premier accès de suffocation chez lui : un vomitif administré n'a pas amené d'amélioration. A son entrée, voix éteinte; toux insonore; forte dépression sous-sternale dans l'inspiration (*tirage*); renversement de la tête; asphyxie imminente. Mon collègue Ferraux pratique la trachéotomie. L'opération est rapide et sans incidents. Le reste de la journée se passe très bien.

Le lendemain (19 février), la respiration est normale; l'enfant joue sur son lit; pas de fièvre.

Le 20, respiration plus fréquente, difficultueuse; agitation; mucosités abondantes mêlées de débris pseudo-membraneux rendues par la canule.

Le 21, le calme est rétabli; la respiration est redevenue normale. La canule est retirée pour la première fois; mais la plaie cutanée s'est étendue sous forme d'ulcération, et elle se recouvre avec persistance de fausses membranes diphthéritiques. Gonflement œdémateux du cou tout autour de la plaie ulcérée. La canule a dû être replacée.

Malgré l'emploi du jus de citron d'abord, et ensuite des cautérisations au nitrate d'argent, la diphthérite cutanée persiste. De plus, la plaie ulcérée devient le point de départ d'un érysipèle qui s'étend rapidement à toute la région cervicale, et envahit le thorax tout entier à sa partie antérieure; la surface érysipélateuse est recouverte de larges plaques diphthéritiques. Fièvre intense; refus d'aliments; prostration; impossibilité de respirer sans la canule.

Cet état persiste pendant six jours, mais sans aggravation, ni extension des accidents locaux. Bientôt même l'érysipèle guérit, mais la plaie reste ulcéreuse, et se recouvre avec ténacité de plaques pseudo-membraneuses. La nécessité de tenir la canule en place entretient beaucoup, sans doute, cette tendance. Cependant l'état général s'améliore.

Le 8 mars, l'enfant mange assez bien; il a repris un peu de gaieté; il a pu même se passer quelques instants de canule.

Le 10, il est moins bien. Pendant quelques instants d'un essai d'enlèvement de la canule, il est pris subitement d'un accès de suffocation, et la canule n'ayant pu être réintroduite, force a été de débrider et d'agrandir la plaie déjà très rétrécie. Gonflement consécutif des parties; état fébrile. De nouveau ulcérée, la plaie se recouvre de diphthérite.

Le 19, les choses étaient encore revenues en meilleur état; l'enfant avait même pu se passer de canule depuis le matin, lorsqu'à une heure de la nuit survient un nouvel accès de suffocation. Mandé en toute hâte, l'interne de garde est obligé de débrider derechef, et de recommencer, en quelque sorte, l'opération pour pouvoir introduire la canule. Mêmes phénomènes consécutifs : état fébrile, gonflement du cou, etc. En outre, plusieurs vomissements survenus le lendemain font craindre l'invasion

Digitized by Google

de quelque maladie intercurrente (la variole, la rougeole et la scarlatine règnent dans les salles).

Toutefois, les vomissements ne se reproduisent pas, la fièvre tombe, et le petit malade résiste.

Depuis le dernier débridement, l'enlèvement de la canule est plus facilement supporté, et bientôt celle-ci a pu enfin être mise totalement de côté.

L'appréhension incessante de voir notre petit malade envahi par une des maladies contagieuses qui règnent dans les salles nous le fait remettre aux mains de sa famille, bien que la plaie cutanée ne soit pas encore complétement cicatrisée.

Le 11 avril, il nous est ramené dans un véritable état de marasme, résultat probable du défaut de soins appropriés et d'une alimentation insuffisante. A peine, en effet, a-t-il séjourné quelques jours dans le service qu'il reprend de l'appétit, des forces et la gaieté.

Cependant, le 28, il contracte une ophthalmie purulente. Celle-ci guérit, mais aussitôt se déclarent à la région fessière, de chaque côté, deux gros abcès auxquels succède un décollement considérable. Le tout guérit encore, et le 16 mai, l'enfant est de nouveau rendu à sa famille dans un état de santé parfaite. Nous avons eu occasion de le revoir plusieurs fois, et encore tout récemment : la guérison ne laisse rien à désirer.

OBS. II. — *Trachéotomie chez un enfant de vingt-trois mois atteint de croup; guérison, malgré une scarlatine intercurrente.* — Cuinat (Jean), entré le 18 septembre 1862, salle Saint-Jean, n° 15; âge déclaré au bureau, deux ans; âge réel, vingt-trois mois (1). Croup primitif; début il y a six jours. Plusieurs accès d'étouffement la nuit dernière; toux insonore; voix éteinte; énorme dépression sous-sternale; asphyxie imminente; inefficacité de la médication vomitive.

Le 18 septembre, à sept heures un quart du matin, trachéotomie par mon collègue Burlaud. Opération sans incident notable. Retour immédiat à une respiration presque normale.

Le lendemain 19, fièvre intense, chaleur mordicante à la peau. Dans la soirée, apparition à la face, sur le tronc, l'abdomen et les cuisses d'une éruption de nature scarlatineuse (la scarlatine règne dans les salles); respiration fréquente, anxieuse; abattement; une petite fausse membrane a été rejetée par la canule.

Le 20, l'éruption est généralisée et confluente; état fébrile intense; oppression. Rien d'appréciable à l'auscultation. Les liquides, particulièrement le lait, reviennent par la canule.

Le 22, l'éruption pâlit et disparaît; la fièvre tombe; respiration plus calme; mucosités abondantes expectorées par la canule.

Le 24, très bien, joue, prend bien les aliments, a pu rester sans canule dix minutes environ.

Le 26, la fièvre reparaît; l'enfant refuse de manger; toux fréquente; crachats épais, puriformes, abondants; râles muqueux disséminés.

Le 28, respiration très difficile; sifflement prolongé pendant l'inspiration; fièvre; agitation. (Faire vomir avec le sirop d'ipécacuanha, 15 gr.; poudre d'ipécacuanha, 15 centigrammes.)

Le 29, le vomitif a eu peu d'effet; il est impossible d'enlever quelques instants la canule sans menace de suffocation; fréquence extrême de la respiration; état asphyxique. La famille du petit malade l'emporte dans cet état de l'hôpital, malgré toutes les remontrances qu'on peut lui faire. Quinze jours après, la mère vient nous apporter la nouvelle inattendue que son enfant est sans canule et complétement guéri. Les soins les plus assidus et les plus appropriés lui avaient été continués par un confrère dont nous regrettons de ne pouvoir citer ici le nom. La guérison s'est maintenue.

OBS. III. — *Trachéotomie chez un enfant de vingt-huit mois atteint de croup; rougeole, puis scarlatine intercurrente; impossibilité de se passer de canule pendant plusieurs mois; nécessité d'un nouveau débridement; guérison.* — Vallet (Paul), âgé de vingt-huit mois, entré le 29 mai 1862, salle Saint-Jean, n° 38. Croup primitif; invasion il y a deux jours. Phénomènes de suffocation; il a déjà eu plusieurs accès. Sifflement laryngo-trachéal; voix non complétement éteinte; exsudats visibles sur les amygdales. Un vomitif administré ne produit pas de résultat notable sur la marche de la maladie. Nouveaux accès de suffocation dans la nuit; l'asphyxie se prononce. L'opération, devenue urgente, est pratiquée dans la matinée par mon collègue Liné, rapidement et sans incident particulier. Immédiatement après, la respiration est presque normale; l'enfant joue sur son lit; fièvre modérée.

Les jours suivants, les choses se passent aussi bien que possible, à part un peu de diarrhée, résultat très probable de l'administration des vomitifs.

Le 2 juin, quatrième jour après l'opération, la canule est enlevée pour la première fois : aussitôt l'enfant étouffe, et tandis que l'on nettoie la canule, force est de maintenir le dilatateur en place. Durant six jours consécutifs, chaque essai d'enlèvement de la canule est suivi des mêmes accidents et des mêmes impossibilités. De plus, à la suite de quintes de toux plus ou moins violentes, le malade a rendu, à plusieurs reprises, par la canule, une quantité de sang assez abondante pour prendre la proportion d'une véritable hémorrhagie. (Julep; sirop de chlorure de fer, 10 grammes.)

Le 10 juin, l'enfant peut se passer de canule pendant dix minutes environ; mais le lendemain un accès immédiat de suffocation oblige à réintroduire la canule aussitôt qu'elle a été enlevée. Dans la journée, le petit malade est repris de fièvre; la respiration est précipitée, anxieuse; irascibilité; refus d'aliments; toux fréquente. Nous soupçonnons un état prodromique, car la rougeole règne dans les salles.

Dès le lendemain, en effet, le visage, le col et la partie supérieure du tronc, mais le visage surtout, sont le siége d'une éruption constituée par des papules un peu saillantes, discrètes, de couleur un peu indécise, rouge pâle, et ne pouvant laisser aucun doute relativement à leur nature rubéolique. En même temps, râles sonores abondants disséminés dans les deux poumons; toux quinteuse provoquant de nouveau l'expulsion par la canule d'une assez grande quantité de sang mêlé à d'épaisses mucosités.

Deux jours après son apparition, l'éruption a disparu; l'appareil fébrile est tombé; l'état général est meilleur, mais l'enfant ne peut se passer le plus petit instant de la canule sans être immédiatement menacé de suffocation. Craignant quelque nouvelle contagion nosocomiale, les parents demandent à emporter le petit malade, et je m'engage, sur leurs instances, à lui continuer chez eux les soins nécessaires.

Il y avait à peine deux jours qu'il était dans sa famille qu'il fut repris d'une fièvre intense avec chaleur mordicante à la peau. Refus d'aliments; vomissements; irascibilité. Puis je vis bientôt apparaître une éruption scarlatineuse dont le germe avait été très probablement puisé à l'hôpital. La maladie fut bénigne, et une desquamation générale survenue vers le quatrième jour ne permettait pas le moindre doute sur sa véritable nature. Il n'y eut point de complications, mais les forces étaient très abattues; l'alimentation avait dû être très insuffisante; plus que jamais la canule était indispensable. Toutefois, un mieux très notable étant survenu, je fis, le 5 août, une nouvelle tentative d'enlèvement de la canule : l'enfant put s'en passer assez bien pendant vingt minutes. Encouragé, je recommençai le lendemain : cédant aux désirs des parents, j'attendis une heure, pendant laquelle la respiration demeura tranquille et presque normale; mais un instant après survenait un accès de suffocation des plus menaçants : la plaie, fortement rétrécie, ne laissait plus passer la canule. L'enfant asphyxiait, et je me vis forcé de prendre le parti extrême, mais inévitable, de recommencer, en quelque sorte, l'opération de la trachéotomie. Par bonheur, elle fut réalisée sans le moindre accident, même sans hémorrhagie, et la canule put être facilement réintroduite. L'enfant resta très affaibli et abattu; il résista néanmoins, et quelques jours après il était très bien. Bien plus, il se passait facilement de canule; mais instruit par le passé, et peu confiant, j'engageai les parents à le transporter de nouveau à l'hôpital, afin qu'il pût être soumis à la surveillance constante, devenue nécessaire, ce qui fut fait le 11 août. Le 12 au matin la canule fut enlevée; *elle n'a jamais été remise*. L'enfant sortait guéri le 17. J'ai pu m'assurer plusieurs fois depuis que la guérison s'était parfaitement maintenue.

OBS. IV. — *Trachéotomie chez un enfant de vingt-neuf mois atteint de diphthérite nasale, pharyngienne et laryngée; guérison.* — Gérard (Marie), âgé de vingt-neuf mois, entré le 30 août 1862, salle Saint-Jean, n° 2. Angine couenneuse; écoulement nasal; voix éteinte; toux insonore; commencement d'asphyxie. Opéré le 30 août par M. le docteur Giraldès, chirurgien de l'hôpital.

Le 4 septembre, l'enfant est bien, malgré l'écoulement nasal qui persiste. La canule, retirée dans la matinée, a dû être replacée le soir, à cause des difficultés de la respiration.

Le 7, les liquides reviennent, pendant la déglutition, par la canule. Les aliments solides passent un peu mieux.

Le 12, le malade est très bien, si ce n'est qu'il ne peut rester un seul instant sans canule, étant tout aussitôt menacé de suffocation.

Le 14, la canule a pu enfin être enlevée, et n'a pas été remise; mais l'enfant a contracté l'ophthalmie purulente qui court dans les salles. De plus, les liquides continuent à revenir par la plaie et par le nez.

Néanmoins, le petit malade résiste, avec des soins appropriés à ces accidents et complications, et il part de l'hôpital le 24 septembre parfaitement guéri et la plaie complétement cicatrisée. La guérison s'est maintenue.

Tels sont, monsieur le rédacteur, les faits que je désirais soumettre à votre appréciation. Je les ai intentionnellement rapprochés selon une gradation insensible de l'âge des sujets. Il n'est pas besoin de les méditer longtemps pour se convaincre que, malgré la différence du niveau de l'âge, la situation reste la même pour tous, en face des résultats possibles de la tra-

(1) L'âge réglementaire d'admission étant au minimum deux ans, celui-ci figure presque toujours pour la forme sur les registres de l'administration.

Digitized by Google

chéotomie. Au-dessous comme au-dessus de deux ans, le jeune opéré est doué d'une telle force de résistance aux accidents et complications de toute espèce qui viennent l'assaillir et conspirer contre lui, que l'on ne saurait y croire qu'à la condition de l'avoir vue et en quelque sorte mesurée. Les exemples n'en sont pas si rares qu'on pourrait l'imaginer; mais il serait difficile d'en trouver deux aussi complets et aussi remarquables que ceux fournis par les petits malades de nos observations I et III. Or, que signifient cette force de résistance, cette lutte à outrance de petits organismes, en apparence si fragiles, sinon que l'âge en lui-même ne constitue pas une contre-indication formelle à l'opération? Cette contre-indication, il la faut chercher dans d'autres éléments de la situation actuelle du petit malade. Mais c'est là une question délicate, et qui, selon nous, demande à être remise presque complétement à l'étude; aussi la réserverai-je tout entière pour le moment.

Quoi qu'il en soit, et si je ne m'abuse sur leur signification, les faits précédents, rapprochés de ceux rappelés par vous, monsieur, et par M. le docteur Dumontpallier, me paraissent être de nature à changer ou à modifier, tout au moins, les idées et les convictions qui règnent encore dans l'esprit de quelques praticiens relativement à l'âge des sujets à trachéotomiser.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, l'expression respectueuse de mon dévouement confraternel.

J. V. Laborde.

Interne en médecine à l'hôpital des Enfants malades.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 8 décembre 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Physiologie. — *Action directe de l'électricité sur la contraction musculaire*, note de M. *Durand* (de Lunel). — Plusieurs éminents physiologistes considèrent le galvanisme, quand il porte son action sur un nerf moteur de manière à provoquer la contraction musculaire, non comme un agent direct de cette contraction, mais comme un simple excitant d'un influx nerveux spécial, qui, selon ces physiologistes, serait, dans ce cas, le seul provocateur direct de la contraction. L'auteur, s'appuyant de quelques expériences de M. Cl. Bernard, conclut que le galvanisme appliqué sur un nerf moteur peut, *directement et par lui seul*, provoquer la contraction musculaire. Il ajoute comme corollaire de cette conclusion, que toute influence électrique qui viendra à parcourir les nerfs moteurs, dans l'état sain, pourra, quelle qu'en soit la cause, externe ou interne, mécanique, physique, chimique ou physiologique, se transmettre électriquement jusqu'aux muscles pour en provoquer la contraction. (*Comm.*: MM. Becquerel, Cl. Bernard, Longet.)

— M. *Wanner* présente une note ayant pour titre : De l'influence de la pression utéro-amniotique sur la circulation foetale, note qui fait suite à de précédentes communications de l'auteur sur le mécanisme et les causes de la circulation durant la vie extra-utérine. (*Comm.*: MM. Flourens, Cl. Bernard.)

— M. *Legrand du Saulle*, en adressant un mémoire Sur le délire des pellagreux considéré au point de vue médico-légal, y joint l'indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (*Commission du concours pour le prix proposé par l'Académie sur la question de la pellagre.*)

— M. *Goltz* adresse de Kœnigsberg, au concours pour le prix de physiologie expérimentale, quatre opuscules écrits en allemand et relatifs : au nerf vague et au cœur, — au principe des mouvements du cœur, — aux mouvements dits automatiques du cœur détaché de la grenouille, — aux fonctions de la moelle épinière chez les grenouilles.

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de M. *Semelaigne* sur la *réorganisation du service des aliénés du département de la Seine.*

— M. *le Secrétaire perpétuel* met sous les yeux de l'Académie un pulvérisateur de l'eau, construit par M. *Luer*, fabricant d'instruments de chirurgie.

Académie de médecine.

Séance du 9 décembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

(Suite et fin. — Voy. le numéro 50.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863. — Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « Des altérations pathologiques du placenta, et de leur influence sur le développement du fœtus. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie est ainsi conçue : « De la dyspepsie. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — L'Académie propose aux concurrents : « De comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question est de nouveau : « De la mélancolie. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voy. plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la période de 1856 à 1862, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix sera de la valeur de 12 000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1864. — Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Étudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. » — Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie met au concours cette question : « Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Digitized by Google

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. — L'Académie, pour se conformer aux prescriptions de M. Orfila, propose, pour la troisième fois, la question relative aux champignons vénéneux, formulée ainsi qu'il suit : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour tout le monde. — 2° Rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur les effets nuisibles des champignons, soit sur leurs qualités comestibles. — 3° Isoler les principes toxiques des champignons vénéneux, indiquer leurs caractères physiques et chimiques, insister sur les moyens propres à déceler leur présence, en cas d'empoisonnement. — 4° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. — 5° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. — Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voy. plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1863 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

Séance du 16 décembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie-de-Cusset (Allier), par M. le docteur *Cornil-Boirot*; d'Allevard (Isère), par M. le docteur *Niepce*; de Propiac (Drôme), par M. le docteur *Loubier*; de Digne (Basses-Alpes), par M. le docteur *Silve*; des eaux minérales du département du Gard et du département des Landes, par MM. les médecins-inspecteurs; de l'hôpital militaire des Bains-de-la-Reine (province d'Oran), par M. le docteur *Chatelain*, médecin en chef. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un travail intitulé : *Topographie médicale de la ville et du cercle de Nemours* (*province d'Oran*), par M. le docteur *Masse*, médecin en chef de l'hôpital de cette ville. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une note sur l'emploi du permanganate de potasse comme agent de désinfection, par M. le docteur *Castex*, médecin militaire. (*Comm :* M. Blache.) — *c.* Une observation sur les propriétés fébrifuges et antipériodiques de l'eau concentrée de la source Dominique de Vals (Ardèche), par M. le docteur *Chabannes*. (*Commission des eaux minérales.*) — *d.* Une note complémentaire sur un nouveau système d'aération des salles des hôpitaux, par M. le docteur *Esmein*. (*Commission de l'hygiène des hôpitaux.*) — *e.* Une note sur le traitement de la diarrhée chronique des aliénés, par M. le docteur *Berthier* (de Bourg). (*Comm.:* M. Roger.) — *f.* Un mémoire de M. *d'Houdbine*, pharmacien de première classe à Amiens, sur les propriétés thérapeutiques de son sirop pectoral balsamique. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g.* Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Munaret*. (Accepté.)

M. *Gavarret* présente un nouvel appareil pulvérisateur imaginé et exécuté par M. *Lüer*, et en explique le mécanisme devant l'Académie.

M. *le Président* fait part de la mort récente de M. le docteur *Vatable*, membre correspondant à la Guadeloupe.

M. *le Président* annonce que le bureau a décidé qu'il y avait lieu de déclarer une place vacante dans la section de physique et de chimie médicales, et une autre place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. *Larrey*, vice-président, est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. *Robert*. Cette lecture est accueillie avec les témoignages de la plus vive sympathie.

Lectures.

Aliénation mentale. — M. le docteur *Félix Voisin* lit une *Note sur la démence*. L'auteur, dans cette note, qui n'est que le prélude d'un travail plus considérable, émet l'opinion que la démence complète est très rare, et indique sommairement tout le parti que la thérapeutique peut et doit tirer de cette considération.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Poggiale* se propose de répondre très sommairement aux deux questions récemment posées par M. Gibert relativement à la filtration des eaux et à leur rafraîchissement. A l'établissement du quai des Célestins, on filtre par jour 300 à 400 mètres cubes d'eau. Cette eau est vendue 10 centimes le litre ou 5 francs le mètre cube; la superficie totale des appareils de filtrage est de 2000 mètres carrés. Voilà une surface énorme, et qui pourtant ne donne que 300 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures! Et c'est là ce qu'on appelle un modèle de filtration en grand! Cette compagnie serait déjà ruinée si elle n'avait pas ajouté à son industrie un vaste débit d'eau-de-vie, de vin, etc. M. Gibert me dira peut-être qu'il suffirait d'agrandir l'établissement; eh bien! il faudrait, à ce compte, une surface de 5 à 6 hectares pour l'installation d'appareils suffisants. Ajoutez que ces appareils réclament des frais incessants de nettoyage et d'assainissement, et que le résultat de la filtration est toujours imparfait.

Ce n'est donc pas là qu'est le progrès. Il faut aujourd'hui que tout le monde boive de l'eau limpide à bon marché, et la trouve limpide et d'une limpidité parfaite à la borne-fontaine.

La température est une condition essentielle; il faut que l'eau à Paris, en France, marque de 10 à 14 degrés. L'eau de Seine présente-t-elle cet avantage? Non! elle est variable comme l'eau de toutes les rivières et de tous les fleuves; elle peut acquérir jusqu'à + 28 degrés en été et 5 degrés au-dessous de zéro en hiver. M. Poggiale répète qu'il est aisé aux riches d'avoir de l'eau fraîche en été et tempérée en hiver; mais cela n'est pas aussi loisible aux pauvres, aux ouvriers. La température de l'eau de la Seine est sensiblement la même en pleine rivière, dans les réservoirs et aux fontaines. La question de la température est surtout utile, nécessaire, dans les grandes villes du Midi.

M. Poggiale demande que l'Académie discute avec calme, avec impartialité cette importante question des eaux potables, qui intéresse à un si haut degré le bien-être des populations.

M. *Gibert* déclare n'avoir voulu parler que de la Seine; s'il a cité avantageusement l'exemple de la compagnie des Célestins, c'est que cette compagnie a fourni de l'eau filtrée à Paris pendant quarante ans. Il s'engage à montrer dans la prochaine séance un appareil ingénieux de filtrage avec lequel on pourrait clarifier la Seine tout entière.

M. *Bouchardat* ne vient pas discuter le rapport de M. Poggiale; il vient plutôt faire une lecture à l'occasion de ce rapport.

L'orateur pense que la meilleure méthode d'étude applicable aux eaux potables n'est point fournie par la chimie, mais par l'observation médicale rigoureuse; car si la chimie a fait beaucoup pour nous instruire sur la composition des matériaux inorganiques des eaux potables, elle a fait bien peu de chose pour nous éclairer sur les causes de nocuité de certaines eaux.

M. Bouchardat se propose d'étudier successivement : 1° la quantité d'eau nécessaire à l'homme en vingt-quatre heures; 2° l'influence sur la santé des principales matières qui interviennent dans la composition des eaux potables; 3° le caractère des bonnes eaux, et les moyens rapides d'essai; 4° les principales eaux usuelles de sources, de rivières, de canaux, de citernes, de mares, etc.; 5° les endémies attribuées à l'usage continu des mauvaises eaux (goître, crétinisme, bouton d'Alep, bouton de Biskra); 6° la clarification, la distribution et la conservation des eaux potables; 7° le procédé général d'utilisation des eaux douteuses.

I. *De la quantité d'eau nécessaire en vingt-quatre heures.* — On

Digitized by Google

a cherché à évaluer la quantité d'eau qui est nécessaire à l'homme en vingt-quatre heures, mais on comprend sans peine que cette quantité doit être variable suivant une foule de conditions : l'âge, l'exercice, la température, l'état de saturation en vapeur d'eau de l'atmosphère, etc., influent sur les pertes en eau et, par conséquent, sur les besoins.

M. Bouchardat, se basant sur les chiffres donnés par M. Barral dans sa *Statistique animale*, adopte 2 litres ou 2 kilogrammes pour la quantité moyenne d'eau qu'un homme adulte doit prendre en vingt-quatre heures dans ses aliments et ses boissons. Pour la conservation de la santé, il est mieux d'ingérer habituellement la quantité d'eau nécessaire à l'accomplissement régulier des fonctions que d'en prendre en excès ou en trop faible quantité. Bien que les inconvénients soient souvent faibles ou nuls, qu'ils passent plus souvent encore inaperçus ou ne se manifestent qu'à la longue et par une observation attentive de la santé, il est mieux de se tenir dans une juste mesure.

II. *Influence sur la santé des principales matières qui interviennent dans la composition des eaux potables.* — Pour apprécier l'influence sur la santé des principales substances contenues dans les eaux potables, M. Bouchardat les distingue en matières gazeuses, fixes et organiques.

Gaz contenus dans les eaux potables. — Les principaux gaz contenus dans les eaux potables sont : l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'ammoniaque.

La présence de l'*air* dans les eaux destinées à la boisson est une condition de salubrité généralement admise par les auteurs, et qui est vraie, mais dont il ne faut pas exagérer la valeur ; l'eau aérée a une saveur plus agréable que celle qui ne l'est pas, et c'est un point d'une grande importance quand il s'agit d'eaux potables ; mais cet air joue-t-il un rôle *direct* indispensable? Il est permis d'en douter, quand on voit le peuple le plus nombreux du globe, les Chinois, n'employer l'eau qu'après l'avoir fait bouillir, c'est-à-dire lorsqu'elle est privée d'air.

L'air contenu dans l'eau des fleuves est généralement plus riche en oxygène que celui de l'atmosphère ; Humboldt et Gay-Lussac en ont trouvé 33 pour 100 dans l'eau de la Seine.

On admet généralement que l'eau aérée est plus digestible et qu'elle possède une saveur plus agréable que l'eau distillée pure. Sans nier que l'air puisse très légèrement modifier la saveur de l'eau, M. Bouchardat croit que les observations qui établissent ce fait manquent de précision et que l'eau non distillée doit sa saveur moins encore à l'air qu'elle tient en dissolution qu'aux matières salines qu'elle renferme.

Quant à l'action digestive de l'oxygène en dissolution dans l'eau, c'est une assertion que tous les auteurs répètent sans qu'aucune observation directe en démontre la réalité.

Est-ce à dire pour cela que l'orateur ne considère point la présence du gaz oxygène dans les eaux potables comme un indice de leur bonne qualité? Ce n'est pas sa pensée. Eclairé par les observations de M. Boussingault, il aime à trouver l'oxygène dans une eau potable, non point parce que ce gaz est utile à la digestion, mais parce que sa présence en proportion notable est incompatible avec celle des substances organiques spéciales qui doivent être le plus souvent incriminées.

La présence du gaz acide carbonique dans les eaux potables est une chose favorable : il leur donne de la sapidité, il excite l'appétit, paraît favoriser la digestion, c'est à lui que plusieurs eaux de table, Seltz, Saint-Galmier, Condillac, Pougues, doivent leurs principales propriétés.

Toutes les eaux courantes, et l'on pourrait dire toutes les eaux potables, renferment une très faible quantité d'ammoniaque combinée ; cette ammoniaque a été rassemblée dans l'atmosphère par les pluies ou provient de la décomposition spontanée des matières azotées, se putréfiant dans les eaux.

La présence de l'ammoniaque dans les eaux potables est donc la suite et souvent l'indice d'une fermentation putride inachevée. Bien que nous attribuions une action décisive aux substances organiques dans l'action nuisible des eaux, gardons-nous de conclure à l'insalubrité d'une eau d'après la présence des quelques milligrammes d'ammoniaque par litre. Plusieurs cas peuvent se présenter dans lesquels cette constatation n'est point un critérium des eaux insalubres. M. Bouchardat se contente d'en citer deux : le premier, c'est quand la décomposition de la matière organique est complète ; le second, c'est quand cette matière organique est d'action indifférente, et heureusement c'est le cas le plus ordinaire, surtout lorsqu'il s'agit des eaux des fleuves et des rivières.

Influence des matières fixes sur la qualité des eaux potables. — La plupart des eaux potables de bonne qualité, et en particulier les eaux des fleuves et des rivières, renferment généralement de 1 à 3 dix-millièmes de matières fixes. Une eau peut contenir 5 dix-millièmes (demi-gramme par litre) de matières fixes et être considérée non-seulement comme une eau potable de bonne qualité, mais encore comme convenable pour les principaux usages de la vie.

Les eaux qui contiennent des proportions élevées de matières fixes en dissolution ont une saveur désagréable, une action purgative prononcée ou une action altérante nuisible sur l'ensemble de la nutrition ; mais de pareilles eaux doivent être rangées dans la classe des eaux salées ou dans celle des médicinales, et non parmi les eaux potables.

Occupons-nous d'abord des acides ou principes électronégatifs des eaux, puis nous apprécierons le rôle des bases ou principes électropositifs.

Silice. — Si la silice contenue dans les eaux nous est utile, ce n'est qu'indirectement en fournissant à la tige de nos graminées une substance qui leur est nécessaire. Les eaux courantes contiennent de 1/2 à 3 centigrammes de silice par litre. M. le docteur A. Guilbert, dans sa thèse (Paris, 1857), attribue avec beaucoup de vraisemblance à l'usage des eaux chargées de silice, les caries et les pertes de dents très communes dans certaines contrées, cet excès de silice déterminant la formation rapide du tartre qui déchausse les dents et favorise la carie.

Les *phosphates* se trouvent dans toutes les eaux courantes, quoique jusqu'ici peu d'analyses les mentionnent.

Les *carbonates* existent aussi dans toutes les eaux potables, la présence des carbonates terreux, en proportion modérée, est toujours utile, comme il sera prouvé plus loin en parlant de la chaux.

Les *chlorures* se trouvent aussi dans toutes les eaux potables ; comme les carbonates, ce sont de bons sels, mais ils s'y trouvent en quantité vraiment insignifiante si on les compare aux quantités qu'on ingère journellement avec les aliments solides ou dans le bouillon.

Bromures, iodures. — D'accord avec M. Chatin, M. Bouchardat considère comme utile dans les eaux potables une très faible quantité d'iodure et de bromure ; si la proportion de ces sels s'élevait à 1 centigramme, on ne saurait destiner de pareilles eaux à l'usage habituel, on devrait les classer parmi les médicinales.

Le *fluor* intervient dans la composition de la matière minérale des os et de l'émail des dents. M. Bouchardat a constaté l'existence de traces d'acide fluorhydrique ou d'un fluorure dans le suc gastrique des poules. Le fluorure de calcium nécessaire à l'organisme se trouve dans nos aliments usuels, dans l'eau potable.

Les *azotates* paraissent exister dans toutes les eaux potables, mais le plus souvent en quantités trop petites pour exercer une action appréciable sur l'homme. Si directement les azotates ne doivent pas être suspectés, indirectement au moins ils doivent éveiller l'attention. Ils s'accompagnent habituellement de matières organiques que nous considérons comme suspectes, puis les eaux qui contiennent des azotates, conservées dans des réservoirs de plomb, peuvent attaquer ce métal.

Digitized by Google

Sulfates. — C'est le sulfate de chaux qui forme la partie la plus considérable des sulfates contenus dans les eaux potables; il paraît y jouer un rôle très différent de celui qu'on attribue au bicarbonate de chaux. En effet, il n'a pas, comme ce dernier sel, la propriété de dégager un gaz favorable à l'action digestive et éminemment stable, il ne peut non plus fournir, par sa décomposition, un élément basique à un accès d'acidité gastrique. En outre, l'eau peut en dissoudre une proportion assez grande pour en acquérir une saveur douceâtre fort désagréable. Enfin, comme tous les sulfates, il est susceptible de se décomposer sous l'influence d'une matière organique, en produisant du gaz sulfhydrique, ce qui le rend un élément pernicieux pour les eaux, qui, faute d'écoulement facile, sont exposées à séjourner plus ou moins longtemps sur le sol. Si l'on ajoute à ces considérations celles relatives à son action décomposante sur les savons et à ses propriétés incrustantes, on devra admettre que la présence dans les eaux du sulfate de chaux en quantités notables est une circonstance fâcheuse.

Sels calcaires. — Quand une eau contient plus de 1 millième d'un sel calcaire en dissolution, elle est regardée comme impropre aux usages ordinaires de la vie : on la range parmi les eaux qu'on désigne habituellement sous les noms de *dures*, crues, etc.

Néanmoins, une eau peut encore être potable et renfermer 1 ou 2 millièmes de sels calcaires (ex. eaux de Pougues et de Condillac), pourvu qu'elle ne contienne aucune substance nuisible et que sa saveur plaise. M. Bouchardat ne conseille pas la distribution d'une pareille eau parce qu'elle serait impropre aux principaux usages économiques. Avec Dupasquier, l'orateur est d'avis que non-seulement le bicarbonate de chaux, dans la proportion d'un demi-millième, n'est pas défavorable, mais qu'il constitue un élément utile de bonnes eaux.

Les eaux calcaires incrustantes sont généralement redoutées comme pouvant donner lieu à la gravelle ou aux calculs vésicaux; c'est une erreur qu'il importe de détruire. Rien de précis ne légitime cette étiologie de la gravelle; au contraire, plusieurs agents, tels que les eaux de Contrexéville, ou le remède de mademoiselle Stéphens, qui ont une incontestable utilité pour prévenir la formation des gravelles à base d'acide urique ou d'oxalate de chaux, paraissent devoir leur utilité aux sels calcaires qu'ils renferment.

Les *sels de magnésie*, quand ils se trouvent dans les eaux potables en quantité assez faible pour ne pas leur donner de saveur, si l'on ne peut dire qu'ils soient utiles, doivent au moins être considérés comme inoffensifs, malgré les accusations dont ils ont été l'objet.

Les *sels de soude* et *de potasse*, tant qu'ils n'existent pas dans les eaux potables en quantité suffisante pour leur donner une saveur désagréable, peuvent être considérés plutôt comme utiles que nuisibles.

Sels d'alumine. — On a noté dans les eaux l'alumine à l'état de phosphate, de sulfate ou de bicarbonate, presque toujours on ne la trouve qu'en proportion insignifiante; on l'a signalée dans certaines eaux de puits en quantité notable; elle leur donne alors, d'après M. Blondeau, un goût terreux détestable.

Le *fer* n'existe qu'en proportion infiniment petite dans les eaux potables; en effet, 5 centigrammes et moins de bicarbonate ferreux par litre suffisent pour caractériser une eau minérale ferrugineuse.

Influence des matières organiques sur la qualité des eaux potables. — Sauf de rares exceptions, les eaux qui contiennent une proportion notable de matières organiques se putréfient plus ou moins rapidement, et acquièrent par là des propriétés organoleptiques qui les font rejeter.

Le rôle des matières organiques dans les eaux potables est la question la plus importante, mais aussi la plus difficile de l'hygiène des eaux. On arrive par la méthode d'exclusion, en examinant le rôle de toutes les substances minérales qui interviennent dans la composition des eaux potables, à démontrer que toutes ces matières doivent être écartées lorsqu'il s'agit de remonter à la cause des effets nuisibles de certaines eaux; mais on est invinciblement conduit à incriminer les matières organiques, quand il s'agit des eaux potables altérant la santé de l'homme.

M. Bouchardat regarde l'énoncé suivant comme se rapprochant de la vérité : *les matières organiques dans les eaux potables sont généralement nuisibles aux hommes et utiles, au contraire, au développement des végétaux;* il dit généralement, car la loi comporte de nombreuses exceptions.

Quand on étudie la question de l'influence des matières organiques sur la qualité des eaux potables, il faut distinguer et traiter séparément les matières organiques en suspension et les matières organiques en dissolution.

Des matières organiques en suspension dans les eaux potables. — M. Bouchardat rappelle les expériences qu'il a faites, et les nombreuses observations qu'il a recueillies, et qui donnent une idée très nette de l'influence des matières organiques en suspension dans les eaux potables.

Il est bien démontré par ces expériences et ces observations que les matières organiques en suspension agissent comme ferments, et putréfient rapidement les matières organiques en dissolution en les rendant partiellement insolubles, tandis que les matières organiques en dissolution peuvent *rester latentes*, tant qu'un germe ou une matière organique insoluble n'en vient pas provoquer la décomposition.

Des matières organiques en dissolution dans les eaux potables. — Les matières organiques contenues dans les eaux peuvent avoir des origines très diverses; elles peuvent provenir de la décomposition spontanée d'animaux et de parties d'animaux, ou de végétaux et de parties de végétaux.

Jusqu'ici on s'est préoccupé davantage de l'influence de matières animales en décomposition sur la qualité des eaux, et bien à tort; elles communiquent, quand leur proportion est suffisante, des qualités organoleptiques qui les font repousser dans presque tous les cas, tandis que les eaux contenant des matières organiques provenant de la décomposition de parties végétales peuvent encore conserver les principales qualités apparentes des eaux potables, et altérer profondément la santé des populations qui boivent de ces eaux.

On a dit, et M. Bouchardat est porté à croire cette assertion exacte dans quelques cas, que les eaux chargées de matières organiques provenant de la décomposition de matières animales pouvaient déterminer des accidents diarrhéiques et dysentériques.

Pour la diarrhée, cette opinion repose sur un *consensus* unanime plutôt que sur des observations précises. On prétend que les nouveaux arrivés à Paris payent leur tribut à l'eau de Seine, et l'on en trouve l'explication dans la présence d'une certaine quantité de matières organiques contenues dans cette eau. Sans nier cette influence, l'orateur pense qu'elle se complique de beaucoup d'autres qu'il est bien difficile d'éliminer : changement de genre de vie en arrivant dans la grande ville, changement d'alimentation, tout cela peut avoir une large part dans ces dérangements de digestion, qui sont moins fréquents qu'on ne le dit, et qui arrivent peut-être aussi souvent pour les étrangers qui ne consomment pas d'eau de Seine que pour ceux qui en boivent.

Pour les dysentéries déterminées par l'usage d'eaux potables contenant des matières provenant de la décomposition des substances animales, les difficultés ne sont pas moins grandes.

M. Blondeau a bien annoncé qu'à Rhodez l'apparition de la dysentérie avait coïncidé avec l'usage de pareilles eaux; cette opinion étiologique s'accorde avec beaucoup d'autres faits contenus dans les auteurs. Quoi qu'il en soit, la conviction de M. Bouchardat est loin d'être complète à cet égard.

On a encore accusé l'usage des eaux potables contenant en dissolution des produits de la décomposition des matières animales de déterminer la fièvre typhoïde, mais c'est bien là que la réserve la plus extrême est nécessaire.

Digitized by Google

Les journaux de médecine de Belgique de cette année ont rapporté des faits très intéressants, entre autres ceux de M. Decoudé, sur l'influence d'eau putride sur la production de la fièvre typhoïde, mais néanmoins ces questions sont trop délicates pour qu'il soit possible de conclure légitimement à la nocuité des eaux dans les conditions rapportées.

Quoi qu'il en soit, à moins d'expériences bien précises sur l'innocuité, dans un cas bien déterminé, il est sage de s'abstenir d'eaux contenant en dissolution des produits de la décomposition putride des matières animales, même après leur désinfection.

III. *Caractères des bonnes eaux. Moyen de les constater.* — Les bonnes eaux potables doivent être absolument inodores; leur saveur doit être peu sensible, agréable au palais; elles doivent être limpides, fraîches, aérées, légères; elles doivent dissoudre le savon sans former trop de grumeaux, cuire les haricots, pois et autres semences de la famille des légumineuses, sans les durcir.

Il faut, en outre, *qu'un long usage et des observations continuées avec persévérance aient démontré leur innocuité.*

M. Bouchardat énumère les principales recherches chimiques entreprises sur les eaux potables, notamment celles de Deparcieux, Lavoisier, Thenard, Hallé et Collin, Vauquelin, Henri et Boutron, Girardin, Boussingault, Deville et les auteurs de l'Annuaire des eaux de la France.

Il signale d'une manière spéciale les travaux importants auxquels la question des *eaux de Paris* a donné lieu dans ces dernières années et les débats utiles qu'elle a provoqués.

« Les recherches étendues de M. Poggiale sur les eaux des casernes des fortifications de Paris, dit M. Bouchardat, complètent de la manière la plus heureuse le vaste ensemble de travaux exécutés sur les eaux potables de la capitale.

» Puisque j'aborde incidemment ce sujet, je ne puis passer sous silence les savantes études de l'éminent ingénieur en chef M. Belgrand, sur la déviation des principales eaux potables qui peuvent alimenter Paris. Je dois mentionner encore le dévouement sans bornes avec lequel notre collègue et ami M. Robinet s'est consacré à cette grande question. Si quelquefois la passion s'est un peu mêlée à la polémique, on peut être sûr que l'amour seul de la vérité et du bien public a pu animer des hommes aussi distingués que notre collègue M. Jolly et M. E. S. Dugué, et tant d'autres écrivains habiles, parmi lesquels je citerai M. L. Figuier, M. le docteur A. Linas et M. Barral, qui ont pris part à cette mémorable discussion.

» Avant de clore cet historique, je dois une mention toute spéciale à l'excellente dissertation de M. A. Gautier, intitulée : *Études des eaux potables*, au point de vue chimique, hygiénique et médical, que j'ai déjà eu occasion de citer. »

L'orateur termine cette première partie de son discours en exposant les meilleures méthodes d'analyse adoptées aujourd'hui par les chimistes. Il remet à une autre séance la lecture de la deuxième partie, où il s'occupera particulièrement des maladies liées à l'usage des mauvaises eaux.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se réunit en *Comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 19 DÉCEMBRE 1862.

Discussion sur le mode de publication, rapport de M. *Bergeron*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS DE NOVEMBRE.

M. *Lailler* fait le compte rendu habituel au nom de la commission des *maladies régnantes*. L'état sanitaire des hôpitaux

poursuivi sa marche régulièrement jusqu'à la convalescence. Chez une seconde jeune fille, on a vu prédominer la forme dynamique, et la convalescence a commencé au vingtième jour ; sur les deux dernières, la maladie a débuté comme chez les jeunes gens de tout à l'heure, par des phénomènes gastriques paraissant par accès de vingt-quatre heures, jusqu'à la période de fièvre confirmée.

Enfin, M. Sée a vu chez une jeune femme récemment arrivée d'Algérie, la fièvre typhoïde débuter par des symptômes exclusivement thoraciques, sans adynamie, sans accidents abdominaux, au point de simuler une pneumonie, lorsqu'au bout de huit jours les symptômes cérébraux ont éclaté sous la forme d'un délire véritablement maniaque, et d'hallucinations qui ont duré un mois. Le traitement hydrothérapique n'a rien produit les premiers jours, mais M. Trousseau ayant conseillé une large affusion de quatre seaux d'eau froide, on vit cesser subitement les accidents cérébraux. Cette dernière observation est la seule où M. Sée ait rencontré au début des phénomènes thoraciques ; les autres cas avaient été signalés par des symptômes gastriques.

M. *Gallard* a aussi observé un petit groupe de trois personnes appartenant à la même famille, prises, au retour de Pierrefonds, de fièvre typhoïde dont la convalescence fut marquée par un extrême affaiblissement. Il a vu aussi des synoques dont les convalescences étaient très longues. M. Gallard demande à M. Lailler si les hôpitaux ont fourni quelques renseignements au sujet des accidents puerpéraux ; il y a eu en ville plusieurs cas malheureux.

M. *Lailler* n'a rien appris de spécial pour les hôpitaux. Il a entendu citer un cas de mort en ville.

M. *Behier* a aussi entendu citer quatre cas malheureux dans le monde, peut-être sont-ce les mêmes que ceux dont a parlé M. Gallard. Il a observé aussi pour son compte un cas de fièvre typhoïde avec accès maniaques, délire de persécution, sans phénomènes abdominaux ni thoraciques marqués au début.

Dr E. Isambert.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Croup bronchique et croup ascendant, par M. Féron.

Le fait communiqué par M. le docteur Féron à la *Société centrale du département du Nord* offre ceci de particulier, que l'enfant atteint de croup n'avait jamais expectoré de fausses membranes, et que, à l'inspection de la gorge, on découvrait à peine quelques points grisâtres sur les amygdales. Aussi la vraie nature de la maladie n'a-t-elle été reconnue qu'à l'autopsie. De là, pour la *Société centrale du département du Nord*, un thème de discussion intéressante qui a porté spécialement : 1° sur le degré de fréquence du croup bronchique, c'est-à-dire siégeant uniquement dans les bronches, et du croup dit *ascendant*, qui, commençant par les bronches, finit par envahir le larynx et l'arrière-gorge ; 2° sur les signes qui peuvent faire reconnaître cette forme de croup pendant la vie.

Sur le premier point, il est avéré, comme l'a fait remarquer M. Wannebroucq, que l'on avait commencé par placer trop exclusivement dans l'arrière-gorge et le larynx le point de départ du croup. Il paraît, d'après les recherches de M. Millard et de M. Garnier, que la diphthérite débute par les bronches dans un tiers des cas. Seulement, il y avait à faire ici une distinction que je n'ai pas trouvée dans le compte rendu de la discussion. On a décrit sous le nom de pseudo-membranes des bronches deux produits différents : l'un, fibrino-albumineux, semblable au produit diphthéritique de la gorge ; l'autre, entièrement fibrineux et identique, par son aspect comme par sa composition, avec les concrétions fibrineuses des artères. Le premier, qui résulte d'une sécrétion morbide, se présente sous forme de cylindres le plus souvent canaliculés ; le second, provenant sans doute d'une simple extravasation sanguine, est disposé en cylindres pleins. Nous inclinons même à croire avec M. Barthez que c'est à cette dernière espèce que doit être entièrement rapportée la bronchite pseudo-membraneuse décrite il y a quelques années par M. Valleix. On comprend de quelle importance serait cette distinction pour la détermination du degré de fréquence de la vraie bronchite diphthéritique.

Quant aux signes diagnostiques de cette sorte de bronchite, ils n'ont malheureusement rien de spécifique. « L'absence totale de bruit respiratoire sans matité, dans un seul poumon, dit un des membres les plus distingués de la Société du département du Nord, M. Parise, indique l'obstruction des grosses bronches de ce poumon par de fausses membranes. L'absence totale de ces mêmes bruits dans toute l'étendue de la poitrine, sans matité, est un indice certain de l'obstruction du larynx. » Ce signe, qui avait été déjà indiqué par M. Baron et par M. Nonat, est loin d'exister toujours. Il en est un autre qui a été signalé par plusieurs auteurs, notamment par Valleix, Barthez, Cazeaux, Thore : c'est un bruit de soupape produit dans l'inspiration. Mais on conçoit que ce bruit doive manquer dans une foule de cas. Nous le répétons, il n'existe pas, quant à présent, à notre connaissance, de signe positif de la bronchite pseudo-membraneuse, et M. Féron est dès lors fort excusable de ne l'avoir pas reconnue chez le malade confié à ses soins. (*Bulletin médical du nord de la France.*)

Traitement des fractures de la rotule par un nouvel appareil, par M. Trélat.

Dans le dernier numéro de ce journal, nous rapportions un cas de guérison d'une fracture de rotule par l'application de la griffe de M. Malgaigne. M. Trélat a pensé qu'en évitant tout traumatisme, on pourrait utiliser l'action de la griffe, qui ramène bien parallèlement les fragments l'un vers l'autre. De là l'idée d'un appareil très simple, très facile à composer, *et qui*, à en juger par les deux circonstances dans lesquelles il a été employé, paraît devoir donner un bon résultat.

Voici, d'après M. Trélat, la description de cet appareil. *Il* suppose qu'il n'y a pas de gonflement inflammatoire ou qu'il a été apaisé par les moyens convenables. Il taille deux plaques de gutta-percha, longues de 10 à 12 centimètres, larges à une extrémité de 6 centimètres environ et à l'autre de 3 ou 4 centimètres. Une épaisseur de 5 à 6 millimètres est parfaitement convenable. Ces plaques sont ramollies dans l'eau chaude. Le membre étant maintenu dans l'extension forcée et la cuisse fléchie à 45 degrés sur le bassin, les deux plaques sont déposées sur chacun des fragments, de telle sorte qu'elles se regardent par leur extrémité la plus large ; avec les doigts mouillés on moule la gutta-percha sur les contours de la rotule et des parties ambiantes. Avec un peu d'habitude on obtient un moule très exact, épousant les moindres saillies et conservant jusqu'à l'empreinte des poils. Il insiste sur la nécessité d'un moulage parfait, car l'efficacité et l'innocuité de l'appareil reposent sur ce premier temps. On applique sur la gutta-percha des linges trempés dans l'eau froide, et, dès que les plaques sont assez dures pour pouvoir être enlevées sans déformation, on les plonge dans un vase rempli d'eau froide où, en quelques minutes, elles ont recouvré leur résistance normale.

On les place alors très facilement sur les parties qu'elles moulent sans interposer aucun corps étranger, et on les fixe au niveau des extrémités pointues par une bandelette de diachylon médiocrement serrée, qui fait une ou deux fois le tour du membre. Sans cette précaution, au moment où l'on applique la griffe, chaque plaque se relèverait par sa pointe, et la griffe cesserait immédiatement d'agir. Lors de son premier essai, il avait taillé des plaques beaucoup trop courtes ; aussi était-il dans l'obligation de serrer fortement les bandelettes pour em-

pêcher le relèvement des extrémités. En donnant aux plaques la longueur qu'il a indiquée, on a un bras de levier suffisant pour qu'une faible pression s'oppose à la bascule des plaques.

On ramène alors à l'aide des doigts les deux plaques l'une vers l'autre, et l'on implante fortement dans chacune d'elles la moitié correspondante de la griffe. Nulle crainte de transpercer la gutta-percha et d'arriver jusqu'à la peau; il s'est assuré, en pressant de toute sa force sur une table, que la substance gommeuse ne se laisse pénétrer qu'avec difficulté et que les pointes arrivent rarement à la moitié de son épaisseur.

Il ne reste plus qu'à faire agir la vis et à maintenir ainsi plaques et fragments rapprochés au degré voulu.

Pour éviter toute mobilité, il dépose le membre dans une gouttière dont l'appareil propre de la fracture est totalement indépendant. Cette gouttière est maintenue relevée par son extrémité inférieure à 35 ou 40 degrés.

La pression, très uniforme et répartie sur une large surface, ne détermine aucun accident, et, dans l'intervalle des deux plaques, on peut apprécier avec exactitude l'état de la fracture. Au bout de quelques jours, une semaine en général, les parties molles s'affaissant, les plaques agissent moins exactement. Dès qu'on constate cet état, on enlève l'appareil, et, en ramollissant dans l'eau chaude les extrémités rotuliennes des deux plaques, on rétablit les choses telles qu'elles doivent être, avec d'autant plus de facilité que l'inspection quotidienne de la fracture n'est gênée par rien.

Au bout d'un mois, l'appareil a donné tous ses résultats; il est bon de laisser encore pour quelques jours le membre dans l'extension, mais les plaques et la griffe doivent être enlevées. (*Bulletin de thérapeutique*, n° 449.)

— L'appareil de M. Trélat nous paraît très ingénieux; il a certainement sur la griffe l'avantage de ne pas effrayer les malades, ce qui est déjà quelque chose. Pourra-t-il la remplacer? Pourra-t-il suffire dans les cas où il y a une grande tendance au déplacement? C'est ce que l'avenir seul apprendra. Mais, autant qu'il est permis de proposer une modification à un appareil qu'on n'a pas vu fonctionner, il nous semble que les bandelettes de diachylon placées circulairement autour du membre doivent exercer une constriction fâcheuse, et il serait peut-être préférable de placer sous le creux poplité une petite planchette ou une plaque de gutta-percha sur laquelle passeraient les bandelettes, de manière à ne pas gêner la circulation veineuse.

Large kyste hydatique abdominal communiquant avec la vésicule biliaire, par M. GREENHOW.

OBS. — Élisabeth C..., âgée de quinze ans, entre à l'hôpital de Middlesex, à Londres, le 26 août 1862. A l'âge de trois ans, elle avait fait une chute sur le côté droit, et depuis sa santé était restée assez mauvaise, quoique excellente auparavant. Depuis plusieurs années, sa mère avait constaté la présence, dans le côté droit de l'abdomen, d'une tumeur qui continua à croître d'une manière graduelle; mais, à la suite d'une scarlatine survenue un mois avant l'entrée à l'hôpital, la tumeur prit tout à coup un accroissement rapide et devint douloureuse.

On constate, lors de l'admission, les symptômes suivants : les conjonctives sont légèrement jaunâtres ; le regard a quelque chose de hagard ; l'émaciation est considérable. L'abdomen est notablement augmenté de volume ; la dyspnée, toujours très notable, augmente encore par accès. Le pouls est à 100, faible ; l'urine renferme de la bile. La percussion ne donne de la résonnance que dans les hypochondres et à la région épigastrique.

Le 3 septembre, la douleur et la dyspnée augmentant, on pratique la paracentèse abdominale, et l'on évacue par le trocart 7 kilogrammes d'un liquide brunâtre et presque entièrement formé par de la bile.

Le lendemain, la malade se trouve très soulagée, mais on constate le troisième jour que le kyste se remplit rapidement.

Le 25 septembre, moins d'un mois après l'opération, la tumeur s'est reproduite, plus considérable même qu'avant la ponction ; la dyspnée n'a pas reparu, mais la faiblesse fait des progrès incessants, et la malade s'éteint le 26 septembre.

A l'*autopsie*, on retrouve dans la tumeur le même liquide dont on peut évaluer approximativement la quantité à 13 ou 14 pintes ; la cavité pleurale droite renferme une grande quantité de liquide presque purulent ; les poumons, affaissés, renferment beaucoup de tubercules miliaires ; le péritoine est injecté et épaissi. Sur le bord antérieur du lobe gauche du foie existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, adhérent au viscère par un pédicule étroit, mince et comme cicatriciel ; le liquide qu'il renferme, examiné au microscope, permet de constater la présence d'un grand nombre de crochets d'échinocoques.

Au-dessus du foie, au-dessous du diaphragme qu'elle repousse en haut, existe une large tumeur dont les parois semblent constituées par le péritoine et la tunique fibreuse propre du foie ; on trouve dans son intérieur un kyste renfermant environ une pinte de liquide, contenant également des crochets d'échinocoques. Vers la face inférieure du foie, la vésicule forme un vaste sac pyriforme et communique par une ouverture pouvant admettre trois doigts avec un énorme kyste placé dans l'abdomen et le bassin, renfermant également un kyste secondaire dont le liquide contient des débris d'échinocoques. (*The Lancet*, 1er novembre 1862.)

L'observation de M. Greenhow que nous avons analysée manque de détails importants quant au diagnostic de l'affection, et l'on ne peut dès lors discuter la question de savoir si le traitement employé, si la ponction simple n'aurait pu être avantageusement remplacée par une autre méthode. Il semble que l'ouverture large de la poche au moyen des caustiques, le lavage de ce vaste kyste, suivi d'injections iodées, eussent pu modifier suffisamment la surface interne de la tumeur pour empêcher une récidive aussi rapide. Les injections iodées ont été rarement suivies de succès dans le traitement des kystes hydatiques du foie; mais celui-ci présentait ce caractère particulier, qui le rapproche du fait observé par M. Barthez dans le service de Chomel, que le kyste semblait prendre son origine en dehors du foie.

Peut-être même pourrait-on le considérer comme développé tout à fait en dehors de l'organe et ouvert secondairement dans la vésicule si la coexistence d'autres kystes acéphalocystes plus petits, mais en rapport avec le foie, ne jetaient du doute sur cette interprétation.

Ce qui nous paraît aussi très digne de remarque, c'est le développement considérable de la poche et l'énorme quantité de liquide qu'elle renfermait. Nous ne trouvons aucun exemple comparable dans les thèses de MM. Cadet-Gassicourt et Dolbeau. La présence de la bile dans cette vaste tumeur acéphalocyste mérite aussi d'attirer l'attention. La pénétration du fluide biliaire dans les kystes acéphalocystes du foie a souvent amené la guérison, si bien même que M. Dolbeau a proposé de tenter l'injection de bile dans l'intérieur de ces kystes plutôt que l'emploi de la teinture d'iode. Dans ce cas du moins, l'existence de débris d'échinocoques semblerait autoriser à croire que les acéphalocystes ont été en partie détruits au contact de ce liquide, puisque aucun n'a été trouvé intact à l'intérieur de la poche.

Rapprochement permanent des mâchoires : opération d'Esmarch, par M. HEATH.

Il arrive parfois que des cicatrices siégeant sur la joue, soit à sa face interne, soit à sa face externe, viennent par leur rétraction apporter un obstacle invincible à l'écartement des mâchoires. Esmarch conseilla, dans ces circonstances, la création en avant de l'obstacle d'une fausse articulation, afin de rendre une partie des mouvements perdus et de permettre la préhension d'aliments solides. L'opération d'Esmarch a fait l'année dernière le sujet d'un rapport de M. Verneuil à la Société de chirurgie. M. Heath vient de la pratiquer avec succès à l'hôpital de Middlesex à Londres.

Le malade, âgé de quinze ans, par suite d'une nécrose partielle du maxillaire et de la rétraction de cicatrices siégeant sur la face interne des joues, vers la commissure droite des lèvres, ne pouvait plus écarter les mâchoires et n'était plus nourri qu'avec des aliments liquides introduits avec difficulté à travers l'interstice des dents. M. Fergusson avait sans succès détruit les cicatrices et maintenu l'écartement des mâchoires avec un appareil muni d'une vis. La maladie avait reparu à mesure de la cicatrisation de la plaie.

Digitized by Google

M. Heath fit à droite, en avant du masséter et sur le bord inférieur du maxillaire inférieur, une incision horizontale de 5 centimètres de long, détacha et releva les parties molles de la joue, glissa au-dessous une petite scie en lame de couteau et, par deux sections, enleva un morceau du maxillaire en forme de coin et large d'un quart de pouce environ à sa base. Le fragment osseux enlevé renfermait l'orifice externe du canal dentaire ou trou mentonnier. Le malade fut guéri en deux mois; il s'était formé au niveau de la section une fausse articulation qui permettait l'abaissement de toute la moitié gauche du maxillaire et de la partie de la moitié droite avoisinant la ligne médiane. L'écartement entre les incisives pouvait être porté à plus de 2 centimètres.

Quant à la portion du maxillaire portant les molaires droites, elle reste naturellement immobile; mais, bien que le malade ne puisse ouvrir, en quelque sorte, la bouche que d'un côté, il peut, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, prendre des aliments ordinaires et même mâcher des substances assez solides. (*The Lancet*, octobre 1862.)

Emploi des préparations arsenicales dans l'ophthalmie pustuleuse, par le docteur Eritchett.

Le docteur Eritchett, pour combattre l'état général qui a une si grande importance dans l'apparition de l'ophthalmie scrofuleuse, administre aux malades à l'intérieur les préparations arsenicales, soit seules, soit associées aux préparations ferrugineuses. Pour les enfants âgés de cinq à six ans, six gouttes de liqueur de Fowler, administrées trois fois par jour dans une cuillerée à café de vin chalybé, est suivant lui une dose très convenable, sous l'influence de laquelle on voit disparaître parfois des ophthalmies pustuleuses très rebelles. (*Med. Times*, 1862.)

VI

VARIÉTÉS.

Deux brochures, l'une de M. Charrière, l'autre de M. Matthieu, nous ont été remises dans ces derniers jours. Toutes deux traitent de questions de priorité dans la fabrication des instruments de chirurgie; c'est un débat dans lequel nous n'avons pas à intervenir; mais étant suffisamment désigné, dans l'opuscule de M. Charrière père, par le nom de *critique de la Gazette hebdomadaire*, nous ferons seulement une remarque qui est déjà venue certainement à l'esprit de nos lecteurs; c'est que notre très courte revue de l'exposition de Londres a été faite au point de vue scientifique, qui est le nôtre, et non au point de vue industriel, qui est celui des fabricants. Les questions de priorité mêmes dépassent notre compétence, et nous les laissons se débattre entre les intéressés.

Léon Le Fort.

Une nouvelle perte, bien douloureuse encore, vient d'atteindre le corps médical. Un de nos collègues de la presse, connu par son active collaboration à un traité très répandu de pathologie externe, et qui avait atteint naguère les limites de son ambition en devenant chirurgien des hôpitaux, le bon, l'honnête, le laborieux, le judicieux Jamain est mort subitement dans la rue, au sortir de la *Société botanique de France*. Ses obsèques ont eu lieu dimanche dernier. MM. Dolbeau, Gubler, Legouest, Brochin, et M. de Cambray, chef du secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, ont payé un juste tribut de regrets à la mémoire de notre confrère.

— La Société médicale du VIIIe arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1863. Ont été élus : *président*, M. Morel-Lavallée; *vice-président*, M. Mac-Carthy; *secrétaire général*, M. Sirey; *secrétaire*, M. Dally.

— M. le docteur Béhier a ouvert à l'hôpital de la Pitié, le 15 décembre, à neuf heures un quart, des conférences cliniques qu'il continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure. — La visite des malades à huit heures un quart.

— M. Ernest Faivre ouvrira au Collége de France, le lundi 22 décembre, à deux heures, le cours d'histoire naturelle des corps organisés. Il exposera les recherches récentes sur l'espèce chez les végétaux et les animaux.

— M. Blondeau, ancien pharmacien aide-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par suite du décès de M. Tessier, médecin de l'hôpital des Enfants malades, les mutations suivantes devront avoir lieu dans le service médical des hôpitaux, à partir du 1[er] janvier 1863 : M. Bouchut passera aux Enfants malades; M. Laillier, à Saint-Louis; M. Sée, à Beaujon; M. Empis, à la Pitié; M. Triboulet, à Sainte-Eugénie; M. Axenfeld, à Saint-Antoine; M. Ch. Bernard, aux Incurables. — MM. Simonet et Lorain, médecins du Bureau central, seront nommés, le premier à la direction des Nourrices, le deuxième à l'hospice La Rochefoucauld. (*Gazette des hôpitaux*.)

— L'hospice des Incurables (hommes) doit être très prochainement transféré à Ivry. L'hospice des Ménages doit également être transféré à la campagne. Il sera installé à Issy, à 2 kilomètres des fortifications. On espère pouvoir inaugurer cet établissement dans le courant de 1863.

— Par bref du 2 octobre dernier, Sa Sainteté le Pape a nommé chevaliers de l'ordre de Pie IX MM. Le Roy (J. A. M.) et Védrènes, médecins-majors à l'hôpital militaire de Rome.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 17 novembre. Lauréats : MM. Loignon, Mazières, Machenaud, Delsouiller, Addison, Mallet, Martin, Luzun, Heguy, Faduilhe, Pujos, Mourié. — *Élèves en pharmacie* : mention, M. Nadaud.

— Ont été autorisés à accepter et à porter : M. le baron Larrey, la décoration de chevalier de Saint-Stanislas de 2[e] classe de Russie (avec plaque); M. Sédillot, celle de commandeur de Saint-Grégoire le Grand; MM. Armand et Guérin (aide-major), celle d'Isabelle la Catholique.

— MM. Ball, Barudel, Coronat, Elleaume, Lobligeois, Pinel, Thevenot, Van Oord, Varnet et Wertheim ont été reçus membres de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Quelques considérations sur la fièvre typhoïde dans les campagnes, par le docteur *P. Marin*. Brochure in-8. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 25

Traité de chimie générale, industrielle et agricole, par *Pelouze* et *Fremy*. 3[e] édition, avec figures dans le texte. Tome V, 1[re] partie. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

Il a paru jusqu'à ce jour : Tomes I[er], II, IV. Prix de chaque volume complet. 15 fr.

Illustrations of puerperal diseases (Observations sur les maladies puerpérales), par le docteur *Uvedale West*. Seconde édition. In-8. 6 fr. 50

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur *Félix Roubaud*. 15[e] année, 1863. 1 fort vol. in-12 de 464 pages, imprimé avec des caractères neufs. Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale*, rue de la Monnaie, n° 13, à Paris. 4 fr.

Recherches sur les conditions météorologiques de développement du croup et de la diphthérite; sur le traitement de cette affection et sur les médicaments qui remplissent le mieux les indications de ce traitement, précédées d'une observation de croup guéri par la trachéotomie, par le docteur *Courty*. In-4 de 50 pages et une planche. Montpellier, Boehm.

De la liqueur d'absinthe et de ses effets, par *Ferdinand Moreau*. In-8 de 36 pages. Paris, F. Savy. 1 fr.

La térabdelle, ou machine pneumatique opérant à volonté la saignée locale et la révulsion aux principales régions du corps humain, par le docteur *Damoiseau*. In-8 de 70 pages, avec figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr.

Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope, par le docteur *L. Türck*. In-8 de 100 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME IX. — PARIS, 26 DÉCEMBRE 1862. — N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Traitement du lupus par la galvanocaustique : MM. Neumann et Veith. — Du goître chez les animaux domestiques : MM. Baillarger et Rey. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : De la valeur des signes diagnostiques fournis par l'inspection de la langue. — III. **Correspondance.** Physiologie. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Bibliographie.** Dictionnaire de diagnostic médical. — VI. **Variétés.** La pharmacie à l'exposition de 1862. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Sur certaines questions délicates de médecine légale et d'hygiène publique.

I

Paris, 25 décembre 1862.

TRAITEMENT DU LUPUS PAR LA GALVANOCAUSTIQUE : MM. NEUMANN ET VEITH. — DU GOÎTRE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES : MM. BAILLARGER ET REY.

Les ravages profonds et rapides du lupus ont donné depuis longtemps l'idée de traiter cette cruelle affection par des moyens chirurgicaux énergiques, parmi lesquels la cautérisation, actuelle ou potentielle, occupe le premier rang. Le fer rouge, les acides concentrés, les chlorures de zinc et d'antimoine, le caustique de Vienne, n'ont pas paru trop violents pour prévenir ou combattre les désordres que laissent après elles les ulcérations lupiques.

A la vérité, depuis qu'on connait mieux la nature du mal et qu'on manie mieux les médicaments antiscrofuleux, on a atténué les rigueurs du traitement externe ; ainsi, pour ne citer qu'une seule autorité, M. Bazin rejette presque complétement les moyens puissants que nous venons d'énumérer. Toutefois, il recommande encore des topiques tels que les acides sulfurique et nitrique, le biiodure de mercure, la teinture caustique d'iode, l'huile d'acajou, etc., qui e charifient la surface des tubercules et des ulcérations du lupus (1).

Malgré cette richesse d'agents modificateurs, et tout en reconnaissant leur utilité dans un grand nombre de cas, nous croyons utile de signaler un moyen nouveau expérimenté avec succès en Allemagne, et que nous ont fait connaître MM. Neumann, chef de clinique du professeur Hebra (de Vienne), et Veith, jeune docteur de Breslau, élève de notre excellent ami le professeur Middeldorpf. Je veux parler de la galvanocaustique.

Nous donnons un extrait des travaux de MM. Neumann et Veith ; quoique leur publication remonte déjà à une année,

(1) *Leçons cliniques sur la scrofule*, p. 251 et 252, 2e édit., 1861.

FEUILLETON.

Sur certaines questions délicates de médecine légale et d'hygiène publique.

SOMMAIRE. — La médecine légale en 1702 et en 1862 ; les matrones jurées d'autrefois et les médecins légistes d'aujourd'hui. — *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 4e édition, par M. le professeur *Tardieu* (1) ; — *Études sur l'infanticide et la grossesse cachée ou simulée*, par M. le professeur *Toulmouche*, de Rennes (2) ; une lacune dans ces deux ouvrages.
Mémoires sur la prostitution publique à Bordeaux, par M. le docteur *Jeannel* (3) ; parallèle de la prostitution romaine et de la prostitution contemporaine ; orgies romaines ; Priape souverain ; culte du Phallus ; fêtes de la *bonne déesse*.
Empiriques, somnambules et rebouteurs beaucerons, par M. Lecocq (4).

En l'an de grâce 1702, les parlements, tribunaux et cours de justice se passaient volontiers de notre ministère et de notre témoignage en matière de crime ou de délit contre les mœurs et contre les personnes. Les prévôts, les baillis et autres graves magistrats aimaient mieux s'en rapporter à eux-mêmes, et apprécier *de visu, tactu et olfactu*, comme dans la singulière épreuve du *congrès* ; ou bien, si le cas était de nature à mettre leur compétence en défaut, ils demandaient un supplément de lumières à des matrones plus ou moins vénérables et plus ou moins lettrées.

Dans un livre fort connu, plus connu peut-être des gens du monde que des médecins, et où la physiologie de la génération est fouillée jusque dans ses recoins les plus mystérieux avec une crudité de langage plus naïve que calculée, un praticien du commencement du XVIIIe siècle nous a transmis un curieux échantillon de la science de ces dames et de leur littérature. Quand on a lu, dans cet ouvrage, le rapport de Marie-Christophlette Roine et de Jeanne Portepoullet « matrones jurées de la ville de Paris », sur l'attentat commis par Jacques Mudont, bourgeois de la ville de la Roche-sur-Mer, contre la

(1) Chez J. B. Baillière et fils.
(2) Chez les mêmes libraires.
(3) Chez G. Germer Baillière.
(4) Chez Pétrot-Garnier, à Chartres.

Digitized by Google

ils ne sont pas, au moins en France, aussi connus peut-être qu'ils le méritent (1).

« Quoique le lupus soit lié le plus souvent à une dyscrasie scrofuleuse ou syphilitique, il est toujours indispensable de le traiter localement ; on est naturellement porté à combattre sur place par des moyens énergiques les progrès d'un mal hideux qui, choisissant le visage pour siége favori, séquestre de la société des sujets pour la plupart jeunes et vigoureux.

» La galvano-caustique peut remplacer avantageusement les plus actifs des moyens topiques; sa supériorité n'est pas admise à priori, mais déduite de l'observation clinique ; elle a réussi non-seulement à Breslau, entre les mains et sous les yeux de M. Middeldorpf, mais aussi à Vienne, dans la clinique des maladies cutanées, dirigée par M. Hebra.

» D'après M. Neumann, les douleurs causées par le galvano-cautère cessent presque immédiatement, elles ne peuvent être comparées aux vives souffrances occasionnées par la potasse caustique, la pâte de canquoin, etc.; elles sont même beaucoup moins vives que celles qui suivent l'emploi du nitrate d'argent. Les eschares se détachent très vite, aussi le séjour à l'hôpital en est-il fort abrégé et n'est pas même indispensable dans les formes légères. Ce genre de cautérisation ne provoque d'ailleurs nulle hémorrhagie, ce qui n'est pas sans importance dans une lésion où l'hypérémie est si prononcée. On se sert habituellement du galvano-cautère à dents (*Zahnbrenner*), avec lequel on attaque les tubercules isolément, comme on le ferait avec le crayon de nitrate d'argent; seulement un léger contact suffit. En faisant pénétrer les dents à un millimètre de profondeur, on provoque une inflammation et une suppuration capables de résoudre les masses indurées.

» On se sert du cautère de porcelaine lorsque les tubercules sont volumineux, ou lorsqu'il est nécessaire de cautériser de larges surfaces comme dans le lupus hypertrophique. Hebra a même attaqué avec le couteau de platine le lupus exubérant, et il a aussi excisé d'un seul coup, et sans hémorrhagie, des tumeurs qu'on n'aurait pu retrancher aussi promptement à l'aide d'aucun caustique.

» Le platine chauffé à blanc ne forme presque pas d'eschare, chauffé au rouge, il ne produit que de croûtes minces, qui se détachent du troisième au dixième jour, à l'aide de lotions avec la décoction de camomille ; les plaies se recouvrent plus ou moins promptement d'épiderme suivant la constitution du malade ; on rend les cicatrices plus régulières en touchant légèrement les plaies avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ou le précipité blanc.

» En résumé, la galvano-caustique, à elle seule, suffit à guérir la plupart des cas de lupus tuberculeux et hypertrophique. Une seule application est plus efficace que vingt attouchements avec le nitrate d'argent. Cependant il est quelquefois utile d'employer d'autres caustiques quand le mal consiste plutôt dans une infiltration très étendue qu'en des tubercules ou des excroissances circonscrites. »

Voici l'analyse de quelques observations consignées dans la thèse de M. Veith; du reste, cet auteur, tout en exposant le mode d'emploi du nouveau moyen, s'applique surtout à en tracer les indications suivant les cas (1) :

OBS. I. — *Lupus tuberculeux et ulcérant du nez et des joues.* — Commis, âgé de vingt-trois ans, robuste. A sept ans, ophthalmie scrofuleuse rebelle; à douze ans, tubercules sur le nez, suppurant, guérissant spontanément et récidivant à plusieurs reprises; guérison par un séjour à la campagne. A seize ans, ils reparaissent et persistent, malgré l'usage des eaux de Karlsbad, qui font disparaître l'ophthalmie; des cautérisations à l'acide nitrique détruisent momentanément les tubercules, qui récidivent plus nombreux que jamais en 1860. Huile de foie de morue à l'intérieur. En février 1861, cautérisation galvanique des tubercules et des ulcérations. Cuisson légère, eschares minces qui se détachent dès le troisième jour et laissent des cicatrices petites et étoilées qu'on panse avec la pommade au précipité blanc. On fit encore sept cautérisations à un intervalle de quinze jours à un mois; on usa du cautère en porcelaine pour les grandes ulcérations. L'opération provoquait à peine des douleurs et n'effrayait pas le malade. En juillet, il sort complétement guéri. En septembre, on cautérise encore quelques cicatrices devenues rouges et un peu dures. Quelques excoriations de la pituitaire sont touchées avec la solution de nitrate d'argent.

OBS. II. — *Lupus tuberculeux ulcéré de la joue et de la région maxillaire droite.* — Couturière âgée de vingt-deux ans. A cinq ans, dermatose scrofuleuse occupant le menton, les oreilles,

(1) Neumann, *Die Galvanocaustiche Behandlung des Lupus; Zeitschrift der Gesellschaft der Aertzte zu Wien*, 1861 ; — Veith, *De lupo ejusque curandi methodis, imprimis ope galvanocaustica*, dissertation inaugurale, Vratislaw, novembre 1861 M. le docteur Schweitzer a bien voulu nous faire connaître ces travaux.

(1) M. Veith, adoptant les résultats histologiques annoncés par Pohl (*Archives de Virchow*, t. VI, 1854, et Bardeleben, *Lehrbuch der Chirurgie*, 1860), n'admet que deux formes de lupus : 1° le *lupus celluleux ou tuberculeux*, caractérisé par des tubercules formés par l'hypergénèse des cellules et des noyaux d'épiderme ; 2° le *lupus fibreux ou hypertrophique*, dans lequel les fibrilles du tissu conjonctif ont acquis un développement excessif. Les variétés de lupus exfoliatif, serpigineux, ulcéré, ne sont que des degrés de ces deux formes.

fille Olive Tisserand, on est bien forcé de convenir qu'en ce temps-là Thémis n'était ni trop difficile sur le fond, ni trop sévère sur la forme; et qu'il lui fallait vraiment une foi robuste dans la précision de ses balances pour baser ses arrêts sur des preuves semblables et sur de pareils certificats d'expertise.

Aujourd'hui, grâce au ciel, « nous avons changé tout cela ». La justice, moins absolue dans sa souveraineté, moins confiante dans sa propre sagesse, moins convaincue de son infaillibilité, et plus soucieuse de la fortune, des intérêts, de l'honneur et de la vie des hommes, appelle à son aide la vraie science, l'associe à ses investigations, lui demande le secours de ses lumières et ne prononce plus sur les questions qui sont du ressort de la médecine, sans s'être suffisamment éclairée de ses avis, de ses conseils et de ses décisions. Et, dans ces délicates conjonctures, ce n'est plus à madame Christophlette Roine ou à madame Jeanne Portepoullet, que les magistrats ont recours, mais à un savant expert, à un médecin légiste, ou, pour me servir d'une expression fort usitée au palais, à un homme de l'art.

Il est surtout deux espèces de crimes qui réclament souvent, trop souvent même, l'intervention du médecin : je veux parler de l'attentat à la pudeur et de l'infanticide. Ces deux crimes se donnent, pour ainsi dire, la main; ils sont de la même famille; ils constituent le comble de la dépravation, la plus audacieuse expression de la débauche et le *nec plus ultra* du libertinage.

Quatre savants médecins, MM. Toulmouche, Tardieu et Pénard, en France, Casper, en Prusse, ont, depuis quelques années, attaché plus spécialement leurs noms à cette partie délicate et jusqu'alors mal explorée de la médecine légale : les trois premiers, dans des monographies qui ont eu le plus grand retentissement ; le quatrième, dans un magnifique *Traité*, que M. Gustave Baillière, à la fois traducteur habile et éditeur intelligent, a vulgarisé parmi nous. Casper a été savamment loué dans ce journal par un de nos plus distingués colla-

Digitized by Google

les joues, le cuir chevelu et disparaissant seule. A huit ans, tubercule sur la joue, suppurant et s'accroissant sans cesse; traité pendant trois mois par le précipité blanc et les sudorifiques; grand soulagement. Il ne restait qu'une tache rouge, indurée, indolente; six fois la malade entra à l'hôpital et fut toujours améliorée sans être guérie complétement. Le mal, à chaque récidive, s'aggravait. En janvier 1861, l'ulcère de la joue était large, entouré de nombreux tubercules suppurés qui envahissaient le nez, l'oreille, le menton. On pratiqua à huit ou quinze jours d'intervalle vingt cautérisations avec le cautère à dents ou celui de porcelaine. Pansement des plaies avec l'axonge simple ou combiné au précipité blanc. Une ou deux semaines après la chute des eschares, on obtenait une cicatrice régulière et étroite. Nulle douleur pendant ni après l'opération, à laquelle la malade se prêtait toujours avec une certaine gaieté.

Les deux ou trois premières cautérisations suffirent pour guérir l'ulcère de la joue, et ce qui prolongea la cure fut l'apparition à la circonférence de nouveaux tubercules qui durent être successivement cautérisés. Le traitement dure encore, et sans doute il amènera la guérison radicale, car on a peine maintenant à découvrir des tubercules récents.

Obs. III. — *Lupus hypertrophique et ulcérant de la lèvre supérieure des joues et du nez.* — Fille de vingt-cinq ans, domestique. Nombreuses manifestations scrofuleuses pendant l'enfance. Dès l'âge de dix ans, des tubercules se montrent au nez, suppurent et gagnent les parties voisines, malgré les traitements les plus variés. Août 1860, entrée à l'hôpital : aspect hideux du visage; le nez, triplé de volume, se présente sous la forme d'une masse globuleuse couverte d'ulcérations. Mêmes lésions à la lèvre supérieure, aux joues, aux angles internes des yeux, à la racine des sourcils. Vingt-cinq applications du galvano-cautère furent faites à huit ou quinze jours d'intervalle; elles étaient très peu douloureuses, comme nous l'a affirmé M. le docteur Schweitzer, témoin oculaire. Le résultat fut très satisfaisant. Lorsque la malade quitta l'hôpital, le nez avait repris ses dimensions ordinaires, et l'affection était partout presque complétement guérie.

Obs. IV. — *Lupus tuberculeux et ulcérant du nez et des joues.* — Fille de vingt-six ans. Dans le jeune âge, rougeole et adénite cervicale; à douze ans, l'orifice des narines devient le siége de petits tubercules qui s'ulcèrent et se propagent aux régions voisines. A son entrée à l'hôpital, la portion cartilagineuse du nez et la moitié interne des joues sont couvertes de tubercules et d'ulcérations masquées par des croûtes brunes et épaisses. La cautérisation électrique, appliquée depuis trois mois, a procuré la guérison des ulcères et la formation de belles cicatrices. On la continue pour détruire les petits tubercules qui se forment encore à la circonférence. La malade est en voie de guérison.

Obs. V. — *Lupus tuberculeux et ulcéreux du nez.* — Femme de cinquante-cinq ans, n'a jamais eu d'autres maladies que la scrofule. L'année dernière, des tubercules rouges et durs se sont développés sur le nez; ils suppurent, se couvrent de croûtes brunes et s'étendent de plus en plus. Les caustiques ont été déjà mis en usage sans succès; elle est, au contraire, en voie de guérison depuis qu'elle est soumise à la cautérisation galvanique.

Obs. VI. — *Lupus tuberculeux ulcéré à l'avant-bras.* — Le malade, âgé de quatorze ans (*sic*), cordonnier, de constitution robuste, mais atteint de la vérole, porte à l'avant-bras une ulcération plus grande qu'une pièce de 50 centimes, couverte d'une croûte brune et dure, très adhérente, et qui offre l'aspect du lupus. Une seule cautérisation fut faite avec le cautère en porcelaine et suivie de fomentations avec la solution d'hypochlorite de chaux. Il n'a pas été revu.

Obs. VII. — *Lupus tuberculeux et ulcéré du nez et de la joue gauche.* — Femme de vingt-six ans. Pas d'autre maladie que la scrofule. Elle nie tout antécédent syphilitique, ce qu'on doit mettre en doute, car elle est accouchée il y a quelque temps d'un enfant dont le corps était couvert d'un exanthème rouge.

Plusieurs mois avant l'accouchement, elle présentait sur l'aile gauche du nez une tumeur dure du volume d'une fève, autour de laquelle se développèrent des pustules suivies d'ulcérations; le tout indolent. Les ulcères guérirent spontanément, mais en laissant après eux une tuméfaction qui, peu de temps après les couches, se couvrit de tubercules et d'ulcérations nouvelles recouvertes de croûtes adhérentes. Quatre cautérisations furent faites et restèrent sans succès. On administra dès lors un traitement antisyphilitique par le calomel, qui continue encore et paraît devoir donner un bon résultat.

Obs. VIII. — *Lupus tuberculeux et serpigineux du cou et du bras droit.* — Femme de vingt-trois ans. Scrofuleuse dès son enfance. A cette époque même, la joue droite se couvrit de tubercules, qui guérissaient spontanément, mais se renouvelaient incessamment. La maladie s'étendit dans la suite à la totalité du cou et au bras droit jusqu'aux doigts. M. Stark employa la galvano-caustique et réussit à guérir le mal après cinq applications du cautère à dents.

En donnant de la publicité à cette nouvelle application du galvano-cautère, nous avouerons volontiers que les observations fournies à l'appui sont pour la plupart assez défectueuses, surtout les dernières. D'abord il n'est pas prouvé que dans tous les cas on ait eu à combattre de véritables lupus;

---

borateurs; il a été question également de M. Pénard dans le précédent volume de la Gazette hebdomadaire (p. 321). Je vais parler aujourd'hui de MM. Tardieu et Toulmouche.

Aussi bien, ces deux auteurs ont entre eux plus d'un point de contact : ils ont écrit sur les mêmes matières; ils ont été dirigés dans leurs recherches par les mêmes principes, et ils ont eu recours aux mêmes procédés d'investigation. Pleins d'estime, tous deux, pour les travaux de leurs devanciers, mais frappés des incertitudes de leurs doctrines et convaincus de l'insuffisance de leurs efforts, ils empruntent le moins possible au passé et n'acceptent de ses annales que les faits dûment acquis à la science. Et, d'ailleurs, qu'ont-ils besoin de l'expérience d'autrui? Admis, par leur position spéciale, au sanctuaire même de la justice, initiés journellement à la confidence de ses enquêtes les plus intimes, et chargés de scruter les preuves du délit jusque dans ses retraites les plus cachées, forts d'une expérience personnelle sans rivale, éclairés par des centaines d'observations, ils ont certainement dans leurs propres mains tous les matériaux nécessaires pour résoudre les problèmes les plus redoutables et les plus délicats de la médecine légale. Aussi, voyez quel tact et quelle habileté se révèlent dans leurs œuvres, quelle finesse dans leurs études, quelle perspicacité minutieuse dans leurs recherches! Comme tout y est scrupuleusement vérifié et contrôlé avec une remarquable exactitude! Pas d'interprétations hypothétiques, pas de conclusions ambiguës, pas de solutions équivoques. Rien n'est laissé à l'arbitraire, rien n'est abandonné à la fantaisie. Toutes les questions sont abordées franchement, tous les cas sont prévus, envisagés sous toutes les faces, examinés dans tous leurs détails et résolus avec toute la clarté, toute la précision que réclame un si grave sujet.

On ne s'attend pas à ce que j'entre dans l'analyse des deux brochures de MM. Toulmouche et Tardieu. Ces études laborieuses, riches de faits, fécondes en détails techniques et en applications pratiques, échappent à ce genre d'épreuve; elles demandent à être lues avec attention et méditées avec sang-

Digitized by Google

en effet, les descriptions écourtées qui précèdent se rapportent mieux à des scrofulides ulcéreuses moins tenaces, moins graves que le vrai lupus. Cependant, en ne tenant compte que des faits probants, il paraît que la galvano-caustique a réussi là où d'autres moyens aussi énergiques et plus douloureux avaient échoué. On sera surtout frappé du peu de souffrances et de la réaction minime qu'ont provoquées les applications réitérées du cautère électrique. Nous sommes de plus très disposé à admettre l'action résolutive de la cautérisation actuelle, et il est manifeste que le galvano-cautère se manie avec beaucoup plus de précision et moins d'inconvénients que le fer rouge; c'est pourquoi nous désirons que de nouveaux essais soient faits en France par des hommes habiles et compétents.

A. Verneuil.

On se rappelle le mémoire lu à l'Académie des sciences par M. Baillarger (*Gaz. hebd.*, 1862, n° 39, p. 617), et relatif au goître des animaux domestiques. On admet généralement que le goître existe très rarement chez ces animaux, à l'exception du chien. Or, M. Baillarger dit avoir constaté que l'hypertrophie de la glande thyroïde se montre avec une fréquence exceptionnelle chez le mulet, au moins dans certaines contrées. Ainsi, dans la Maurienne, à Aiguebelle, Saint-Jean, Saint-Michel et Modane, elle s'observerait plus souvent chez le mulet que chez l'homme même. Dans une écurie de Modane, renfermant vingt de ces animaux, il n'y en aurait pas moins de dix-neuf atteints de goître. Ces données seraient confirmées par ce qu'on observe dans le département de l'Isère. Sur trente mulets de l'usine métallurgique d'Allevard, vingt-trois étaient goîtreux. D'une manière générale, M. Baillarger évalue à plus des deux tiers la proportion des mulets goîtreux dans les pays qu'il a visités.

Pour ce qui concerne les chevaux et les chiens, M. Baillarger professe que les premiers sont plus exposés que les seconds au gonflement thyroïdien. Sur sept chevaux de la brigade de gendarmerie de Saint-Jean-de-Maurienne, quatre seraient devenus goîtreux après un séjour de deux ans. Enfin l'auteur a rencontré des cas isolés de goître chez les vaches, les moutons, les chèvres et les porcs.

N'étant pas en mesure, pour le moment, d'intervenir en connaissance de cause dans cette intéressante question de pathologie comparée, nous nous faisons un devoir de mettre sous les yeux du lecteur tous les documents qui s'y rapportent. A ce titre, on lira avec intérêt un extrait de la note communiquée par M. A. Rey à la *Société impériale de médecine de Lyon*. On verra que M. Rey contredit vivement les opinions de M. Baillarger, et même ses observations en ce qui concerne l'usine d'Allevard. Néanmoins, nous le répétons, en présence des affirmations si positives de M. Baillarger, dont l'excellent esprit nous inspire confiance, nous faisons, jusqu'à plus ample informé, les plus expresses réserves sur le fait en litige. A. D.

La proximité d'Allevard m'a permis, sinon d'aller sur les lieux pour une vérification, mais au moins d'avoir des renseignements précis par l'entremise de mon frère, vétérinaire à Grenoble, qui depuis vingt ans est chargé de faire chaque mois une visite de ces mulets dans les localités qu'ils habitent, et de donner des soins à ceux qui sont affectés de maladie.

Il a été surpris autant que moi par la lecture de la note soumise à l'Académie des sciences; il m'a assuré que son attention n'avait jamais été éveillée par l'existence du goître sur les mulets, et m'a promis qu'à sa première visite, qui devait être prochaine, il examinerait avec soin ceux qui appartiennent à l'usine d'Allevard.

Après son retour, il s'est empressé de m'écrire que le directeur de cette usine, M. Charrière, avait été non moins étonné que lui du résultat de l'examen fait sur les mulets, mais qu'il n'en avait conçu aucune inquiétude, ceux-ci lui paraissant jouir d'une très bonne santé.

De son côté, mon frère a visité attentivement tous ces animaux, et il n'en a trouvé qu'un seul présentant une inégalité dans le volume des thyroïdes. Il a constaté en outre, contrairement au dire de M. Baillarger, qu'aucun de ces mulets n'était affecté de ce défaut qu'on nomme le cornage, et qui pour eux serait causé par la pression du goître sur la trachée.

Pour moi, je viendrai à l'appui de cette constatation en déclarant que je n'ai jamais vu le goître apporter chez les animaux solipèdes quelque gêne dans l'acte de la respiration. Il est bien entendu que j'admets cette influence funeste sur les fonctions de la trachée dans l'espèce humaine et dans l'espèce canine, mais non, je le répète, dans l'espèce chevaline.

J'ai longtemps habité le département de l'Isère, et j'ai fait, à différentes reprises, de longues excursions dans les vallées des Alpes, où l'on trouve le goître sans rien voir de semblable. Souvent, à la clinique de l'École vétérinaire de Lyon, des émigrants du Briançonnais et d'une partie de la Savoie me présentent leurs mulets affectés de diverses maladies, mais non du goître. Depuis la publication des idées que je viens combattre, je soumets ces mulets à un examen spécial sans rien trouver, si ce n'est, mais rarement, une légère différence dans le volume des corps thyroïdes.

---

froid, si l'on veut en saisir l'esprit, en apprécier sainement la portée et en mettre à profit les utiles enseignements.

Je me bornerai donc à ajouter quelques remarques particulières aux considérations générales qui précèdent.

Le livre de M. Tardieu, Sur les attentats aux mœurs, n'est plus une nouveauté; il est parvenu à sa quatrième édition, et l'on peut dire qu'il a fait le tour du monde. Depuis sa première apparition, il s'est enrichi, — s'il est permis d'employer cet euphémisme en parlant de nos plus hideuses plaies sociales, — de la découverte d'attentats inédits et de la révélation de turpitudes imprévues, telles que l'industrie des photographies obscènes, la propagation des poses immondes d'après nature et contre nature, l'abus du magnétisme comme moyen de viol et comme procédé de défloration, maints exploits de la honteuse franc-maçonnerie des pédérastes et des tribades, etc. Tant il est vrai que les ressources de la débauche sont inépuisables, et qu'on ne saurait assigner de bornes aux raffinements de la lubricité, aux infâmes entreprises du libertinage et aux entraînements inouïs des imaginations dépravées!

L'ouvrage de M. Toulmouche Sur l'infanticide et la grossesse cachée ou simulée, est de fraîche date et fera certainement son chemin. C'est moins un exposé didactique qu'un recueil d'observations et une série de rapports médico-légaux, précédés ou suivis de quelques réflexions pratiques. Je ne connais rien de plus instructif que cette méthode, qui place sans cesse l'exemple à côté du précepte, qui nous fait assister aux diverses phases d'une expertise, et qui nous permet d'en mieux saisir les détails, d'en démêler toutes les difficultés et d'en prévoir les conclusions.

Je ne vois pas que M. Toulmouche se soit jamais servi de loupe ou de microscope dans l'examen des poumons pour la constatation médico-légale de l'infanticide; et, à ce propos, si quelqu'un, ébranlé par les souvenirs d'une discussion académique récente, pouvait conserver encore des doutes sur la valeur des procédés docimasiques ordinaires, je l'engagerais à

Digitized by Google

Peut-être ne sommes-nous pas d'accord sur la nature du goitre du mulet, et a-t-on pris pour une hypertrophie thyroïdienne la base des glandes parotides, toujours assez développées chez les solipèdes.

M. Baillarger dit que, dans l'état normal, les glandes thyroïdes des mulets sont grosses comme des châtaignes, et il croit devoir faire remarquer qu'il n'a considéré comme atteints de goitre que les mulets chez lesquels ces glandes avaient acquis le volume d'un œuf de poule, ou même d'un œuf de dinde; tout cela me fait penser qu'il y a eu erreur de diagnostic, et je suis d'autant plus fondé à le croire que cet observateur assure que le plus souvent rien ne décèle l'existence de cette tumeur au dehors. Or, il est certain que la situation latérale et superficielle du corps thyroïde à l'origine de la trachée doit rendre très facile la perception du moindre engorgement qui affecterait cet organe.

En admettant l'existence chez les mulets d'une prédisposition spéciale à l'hypertrophie des glandes thyroïdes, on ne prend pas garde à une chose, c'est qu'on commet une énormité.

Les mulets employés dans les montagnes de la Savoie et du Dauphiné, pour les travaux de l'agriculture et de l'industrie, ne sont pas originaires de ces pays. Ils sont presque tous importés du Poitou et de l'Auvergne; chaque année nous les voyons traverser notre ville et séjourner à la Guillotière en bandes nombreuses de sujets âgés de deux à trois ans.

Il faut donc que ces animaux soient bien impressionnables aux causes du goitre pour que, dans l'espace de deux ou trois ans, ils finissent par être atteints, pour la plupart, de cette affection. Il faut aussi que cette grande susceptibilité ne dure pas longtemps et qu'elle finisse par s'arrêter toujours assez à temps pour qu'il n'en résulte aucune souffrance et que les propriétaires des mulets ne s'en aperçoivent jamais. Pourquoi donc faire naître chez ces derniers des inquiétudes inutiles ou les disposer à se moquer des décrets de la science; c'est, en effet, ce dernier parti que le directeur de l'usine d'Allevard paraît avoir préféré.

Ainsi donc je suis amené par le raisonnement et l'observation à ne pas admettre les conclusions qui considèrent le goitre comme sévissant *d'une manière spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets*.

Mais il est aussi question des chevaux et des chiens dans ces conclusions.

M. Baillarger assure qu'à Saint-Jean-de-Maurienne, sur les sept chevaux de la brigade de gendarmerie, quatre sont devenus goitreux après un séjour de moins de deux ans. Ce fait serait d'autant plus remarquable, que ces chevaux de la brigade de gendarmerie, bien nourris, bien soignés, sont logés dans une écurie spacieuse très éclairée et très aérée.

L'annonce de ces faits qui n'avaient jamais été signalés par les vétérinaires, a causé quelque émotion dans les bureaux du ministère de la guerre. Il a été question un instant d'envoyer en mission un vétérinaire principal pour étudier la question dans la Savoie, où le goitre se développait sur les chevaux d'une façon si rapide et si extraordinaire. Mais ce projet n'a pas eu de suite, sans doute parce qu'on a pensé que le mal était trop bénin pour causer quelques craintes sérieuses, et qu'on pouvait attendre encore, puisque les plus intéressés à les signaler, les gendarmes qui sont propriétaires des chevaux, n'ont formulé jusqu'à présent aucune réclamation.

Le goitre est très rare chez le cheval, et quand on l'observe, il présente à gauche et à droite de la partie inférieure du larynx, sur les côtés de la trachée, une tumeur qui varie du volume d'une noix à celui d'un œuf. Son volume n'atteint pas des proportions considérables de manière à nuire aux fonctions respiratoires. Il arrive fort rarement à constituer une difformité appréciable à la vue.

M. Warz a cité, dans un journal allemand, un goitre d'un volume considérable sur *Amurath*, étalon arabe des écuries du roi de Hanovre. Sur ce cheval, le goitre était arrivé à prendre les dimensions de la tête d'un petit enfant. La glande thyroïde était devenue dure, consistante, et cependant elle ne gênait pas la respiration. Cet étalon fut néanmoins conservé pour la saillie; on ne dit pas si ses produits ont présenté des traces de cette maladie. Il fut guéri assez promptement par des onctions d'onguent mercuriel uni à l'onguent d'althæa camphré. Je demande si cette tumeur était réellement un goitre, quand je lis qu'elle a cédé à un traitement si peu énergique et si simple.

De son côté, Delafond a communiqué le fait suivant à la Société centrale de médecine vétérinaire (séance du 9 juin 1859. — *Recueil de médecine vétérinaire*, année 1859, p. 639): Un cheval de race bretonne, conduit à l'École pour le service des opérations chirurgicales, présentait à la gorge une tumeur volumineuse ayant les apparences du goitre de l'homme. A l'autopsie, MM. Collin et Delafond constatèrent que cette tumeur avait réellement son siége dans les glandes thyroïdes, dont le tissu morbide, examiné au microscope, s'est montré extrêmement vasculaire et a présenté des cellules, des globules et des cristaux hématiques, résultat de l'hypertrophie de la glande.

Pour mon compte, je n'admets pas plus pour le cheval que pour le mulet la fréquence de cette affection dans les contrées où elle est endémique pour l'espèce humaine, ne l'ayant pas observée même une seule fois sur les chevaux de ces localités.

C'est aussi l'opinion de quelques vétérinaires allemands. Cependant, il faut le dire, Rychner assure, dans sa PATHOLOGIE BOVINE, que le goitre se montre principalement chez le bœuf dans les contrées où le crétinisme est fréquent. Observons que

---

faire taire ses scrupules et à puiser de nouveaux motifs de confiance dans les lignes suivantes: « Quant aux résultats des expériences docimasiques, *ils sont décisifs* lorsqu'elles sont pratiquées avec les précautions que j'ai indiquées; et si leurs conséquences ont été contestées, elles ne l'ont été que par des écrivains qui avaient plus fait de médecine légale à l'aide de compilations et dans leur cabinet, que le scalpel à la main... » Ainsi parle M. Toulmouche, après une expérience de trente années.

Quand on a lu les deux ouvrages dont il vient d'être question, celui de M. Tardieu et celui de M. Toulmouche, on sent naître en soi je ne sais quel mélange de dégoût et de pitié, d'indignation et d'indulgence pour les misérables qui se laissent aller à de pareilles infamies. Au récit de ces actes monstrueux, qui soulèvent toutes les consciences et qui révoltent tous les sentiments, on se demande si quelque chose d'humain bat encore sous ces poitrines suffoquées de luxure, si les gens qui descendent à de semblables turpitudes, qui foulent ainsi aux pieds leur dignité d'homme et qui violent si honteusement les lois de la nature, sont bien maîtres de leur libre arbitre et possèdent toujours l'intégrité de leur raison; on se demande si ce ne sont pas très souvent des êtres dégradés, dépourvus de sens moral et obéissant d'une manière fatale aux entraînements irrésistibles d'une impulsion délirante ou d'une perversion instinctive. En d'autres termes, sont-ce toujours des coupables et des criminels? Ne sont-ce pas quelquefois des fous, des insensés, de la catégorie de ceux que M. Trélat, dans son livre sur *la folie lucide*, décrit sous le nom de satyres, nymphomanes, érotomanes et pervers? Cette opinion me paraît d'autant plus soutenable, dans l'espèce, que les attentats décrits par M. Tardieu sont commis surtout par des vieillards, par des gens blasés et parvenus à un âge où l'intelligence s'affaiblit, où la sensibilité morale s'émousse, et où la raison ne conserve plus assez d'empire pour résister aux sollicitations prédominantes et tyranniques des appétits sensuels.

Je soumets respectueusement ces réflexions à M. Tardieu et

Digitized by Google

les auteurs de la note à l'Académie ont oublié de vérifier le fait sur les animaux de l'espèce bovine.

M. Goubaux, professeur à l'École d'Alfort, a recueilli des observations dans le département de l'Aisne, dont le sol est magnésien et où le goître est fréquent sur l'espèce humaine. Il a constaté que cette maladie est très rare chez les animaux de cette contrée ; en visitant les diverses foires de bestiaux, il n'a rencontré qu'un seul animal goîtreux dans les espèces bovine, ovine et porcine.

D'après M. Prangé, qui a habité la Meurthe, où le goître est très fréquent, la nature du sol n'a aucune influence. Ce vétérinaire prétend que dans les vallées de la Suisse les animaux ne sont pas affectés de goîtres.

Enfin, d'après M. Baillarger, après les chevaux ce sont les chiens qui semblent être le plus prédisposés à l'hypertrophie des glandes thyroïdes.

Il faudrait renverser la proposition, les vétérinaires ne connaissant guère le goître que dans l'espèce canine. En effet, le goître sur les chiens est assez commun partout, même à Lyon. Il est attribué à l'influence de l'humidité des cours, des magasins et autres lieux plus ou moins obscurs où ces animaux, ceux surtout destinés à la garde, se trouvent renfermés.

On s'accorde assez généralement à admettre l'influence de l'hérédité, un peu par analogie avec ce qu'on observe dans l'espèce humaine. Hurtrel d'Arboval a fait remarquer qu'on ne s'est pas occupé de vérifier si l'hérédité est aussi bien prouvée chez les animaux. Cependant on aurait, en Allemagne, constaté l'hérédité de cet état pathologique dans quelques familles de chiens.

Dans l'espèce canine, le goître commence souvent à se montrer dès le bas âge et continue à augmenter de volume pour rester ensuite stationnaire. On a dit qu'il augmentait rarement au point de devenir dangereux ; c'est vrai relativement à l'influence qu'il peut avoir sur les premières voies respiratoires. Mais il est grave sous un autre point de vue, c'est qu'il coïncide presque toujours avec un tempérament faible et cachectique ; il est rare que les animaux qui en sont affectés parviennent à l'âge adulte.

Chez les vieux chiens, les goîtres sont quelquefois très volumineux ; ils compriment les organes voisins. M. Warz, vétérinaire allemand que j'ai déjà cité, en a vu qui compriment le larynx, le pharynx, la trachée, les vaisseaux et les nerfs ; ils occasionnent par la suite une respiration difficile et bruyante, une voix enrouée, une toux plus ou moins fréquente, une déglutition difficile, des vomissements, la suffocation ou la mort par asphyxie. D'après ses observations personnelles, la grosseur du goître n'est pas la seule cause de ces complications ; cela dépend aussi de sa position et de la direction que prend la thyroïde en se développant. (*Archiv für Thierheilkunde.*)

D'après M. Leblanc père, le goître est une maladie très fréquente sur le chien, à Paris. Il en est de même dans les autres grandes villes. Je n'ai jamais entendu dire qu'il soit commun chez ces animaux dans les pays de montagnes.

Il résulte de ce qui précède, que la prédisposition exceptionnelle des mulets pour le goître n'est pas prouvée. Je dois ajouter qu'elle paraîtra encore plus douteuse, si je fais observer que cette assertion n'a pas été soumise au contrôle des hommes spéciaux, et que M. Baillarger n'a pas même demandé leur avis aux vétérinaires des localités qu'il a parcourues. Il aurait pris sur lui la responsabilité de décider une des plus graves questions d'une médecine à laquelle, nous devons le dire, il doit être quelque peu étranger.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1862 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 janvier 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

De la valeur des signes diagnostiques fournis par l'inspection de la langue, par le docteur Antoine Cros.

Nous ne sommes plus au temps où la langue était, pour les médecins, le miroir de l'estomac, de même que les yeux sont le miroir de l'âme. L'inspection de cet organe est loin d'avoir l'importance un peu exclusive qu'on lui attribuait autrefois en séméiologie, depuis que l'auscultation, la percussion, le plessimétrisme, « ces sens nouveaux », sont venus fournir de nouveaux éléments à la médecine exacte, depuis que le progrès de la science ne permet plus qu'on accuse, d'après l'aspect de la membrane muqueuse linguale, l'intestin d'être malade, lorsque le poumon ou tout autre organe est le siége de la lésion.

Néanmoins les états que la langue présente dans les maladies méritent d'être soigneusement étudiés ; ils ont une grande importance, au point de vue de leurs rapports avec les modes normaux ou anormaux de fonctionner de beaucoup d'autres organes.

Nous ne parlerons pas de tous les états pathologiques dont les divers tissus de la langue peuvent être le siége ; nous ren-

---

à M. Toulmouche ; et si ces maîtres éminents veulent bien en reconnaître l'opportunité, ils me permettront de leur dire qu'à ce compte il existe une lacune dans leurs monographies ; qu'il y manque un chapitre destiné à faire la part du coupable et la part de l'aliéné, à établir une distinction nécessaire entre les attentats du vice et les aberrations de la démence. Sans doute, rien n'est plus difficile à faire que cette distinction ; mais il me semble que, dans l'état actuel de nos mœurs et de nos tendances, une étude médico-légale n'est complète qu'autant qu'elle s'attache à marquer la limite où le crime s'arrête et où la folie commence.

Autres temps, autres mœurs ! Si, après le livre de M. Tardieu, vous lisez le récent mémoire de M. le docteur Jeannel sur la prostitution publique, vous verrez avec un étonnement profond que ce qui est justement flétri et jugé digne des galères, chez les peuples modernes, comme un odieux attentat ou comme un crime abominable, était toléré, encouragé, honoré même chez les anciens Romains. Suivant la belle expression de Juvénal, ces fiers dominateurs du monde s'étaient laissé vaincre et subjuguer par la luxure. Sous les césars, le libertinage ne connut plus ni frein ni bornes ; on le vit étaler avec arrogance toutes les obscénités imaginables dans les festins, les cirques, les théâtres, les bains publics, sur les promenades et sur le Forum, jusque dans les tribunaux et dans les temples. La débauche n'était plus un vice ; elle était devenue une habitude et même elle avait reçu une sorte de consécration officielle et religieuse. Alors Vénus triomphait de Minerve ; Priape avait détrôné Jupiter et régnait en souverain sur le monde païen ; il avait son culte et ses autels, non-seulement dans les temples, mais encore dans le foyer domestique, dans le sanctuaire même de la famille. Les salles de bains, les chambres à coucher, les gynécées et les boudoirs des dames romaines étaient ornés d'inscriptions, de peintures murales et de bas-reliefs destinés à célébrer les prouesses du dieu Phallus ; aux fêtes de Bacchus, son image était promenée avec pompe dans

Digitized by Google

voyons pour cette étude aux divers traités de pathologie *externe* ou *interne*, et nous insisterons seulement sur ceux qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique médicale, surtout sur ceux que l'on considère trop spécialement comme des *symptômes* et que l'on néglige en conséquence de combattre.

Ces états de la langue constituent par eux-mêmes des conditions toujours désagréables, souvent fâcheuses, parfois dangereuses, et par conséquent ils exigent qu'on les considère, dans certains cas, comme de véritables complications, et qu'on y remédie par des moyens convenables.

C'est à ce point de vue tout nouveau qu'ils ont été, pour la première fois, il y a plus de trente ans, étudiés par M. Piorry. (Mémoire publié sur ce sujet à la suite du procédé opératoire de la percussion. Paris, 1835.) Les observations suivantes et les réflexions qui les accompagnent, tendent toutes à démontrer de nouveau quelques vérités importantes dans la pratique et trop oubliées peut-être par les praticiens.

Les deux objets principaux de notre étude sont les *rougeurs* de la langue et ses *enduits*.

Quand la membrane glossique est le siége d'une congestion sanguine persistante, la langue est pointue, d'un rouge vif, particulièrement à son extrémité et sur ses bords; si on l'examine de près, on y découvre une multitude de points rouges, arrondis, saillants, qui ne sont autre chose que des papilles congestionnées ou plutôt enflammées; une forte loupe fait voir cela de la manière la plus nette. Le malade éprouve, au bout de sa langue, un peu de gêne, un sentiment de sécheresse et de chaleur; il lui semble que la salive devient plus visqueuse; et toutes ces sensations sont plus marquées, s'il fait usage de mets, de boissons ou de condiments excitants.

Cet état, considéré si longtemps comme le signe pathognomonique d'une irritation ou d'une inflammation gastrique, nous paraît être, purement et simplement, une congestion ou une inflammation des papilles du goût, qui souvent, en effet, coïncide avec des affections du tube digestif. Il peut être, et il est souvent lié à des phlegmasies du poumon, plus rarement de l'intestin; mais, très souvent aussi, il existe seul, lorsque tout l'appareil splanchnique du thorax et de l'abdomen est dans l'état le plus physiologique.

Cette *maladie* ou plutôt cette *monorganie* peut être passagère ou chronique; et, dans quelques cas, elle est assez rebelle.

Obs. I. — Une jeune femme de chambre vient un jour me consulter pour une maladie de l'estomac, disait-elle; en même temps, elle nous montre une langue présentant, au plus haut degré, les caractères ci-dessus décrits. Nous examinons avec soin la région épigastrique. Rien de particulier n'attire notre attention : aucun trouble de la digestion; bon appétit habituel; menstrues régulières; à peine un peu de constipation, comme on la rencontre sur les sept dixièmes des femmes *bien portantes* (*in aere parisiensi*). C'est là tout ce que la malade éprouvait; elle ne se plaignait de l'estomac qu'à cause de l'état de sa langue : l'esprit de Broussais agissait sur elle, et le symptôme qu'elle avait observé l'avait conduite à faire son petit diagnostic. C'est ainsi qu'on reconnaît les idées théoriques de Galien ou d'Hippocrate dans les croyances médicales de la foule. Malgré mes doutes sur l'existence, chez cette jeune fille, d'une phlegmasie ou même d'une simple irritation gastrique ou intestinale, je lui prescrivis un traitement destiné à faire disparaître ou du moins à calmer cette prétendue inflammation du tube digestif, si elle eût existé. Ce traitement ne modifia que très peu l'état de la langue. Quelques verres de limonade purgative pris le matin vainquirent la constipation, et l'habitude d'aller chaque jour à la garderobe étant *imposée* à la malade, empêcha que cet accident ne se reproduisît. L'état subinflammatoire ou congestif de la langue persistait; ce n'est enfin qu'en traitant la maladie de la langue elle-même au moyen de *gargarismes* émollients d'abord, astringents ensuite, et employant des drastiques à plusieurs reprises, que je la fis disparaître.

A côté de ce fait, il ne sera pas sans intérêt peut-être d'en placer un autre qui n'offre cependant pas plus que lui de raretés nosologiques.

Obs. II. — Je fus appelé, il y a quelques années, pour donner des soins à une jeune dame de Turin, madame Co..., âgée de dix-huit ans, malade, à cette époque, depuis seize mois, et se trouvant vers le milieu du septième d'une première grossesse. Voici l'état où se trouvait cette dame : pâleur excessive de tout le tégument externe; conjonctives palpébrales, aussi bien que la peau, complétement blanches; pouls filiforme, faible, assez irrégulier, fréquent; veines cutanées à peine apparentes, représentées par des filets violacés ou même presque rosés en quelques points, n'ayant aucune saillie. Le bras étant élevé verticalement, ainsi que l'a recommandé M. Piorry, le pouls ne se perçoit plus; une teinte verdâtre est répandue sur divers points du visage, surtout vers l'ovale inférieur. Les yeux sont vifs et brillants. Au toucher, la peau paraît un peu plus sèche qu'à l'état normal; sa température est assez élevée. L'auscultation médiate fait entendre un bruit de souffle assez fort dans les carotides, surtout à gauche. La percussion fait reconnaître une sonorité parfaite des poumons absolument égale des deux côtés. Le plessimétrisme fait voir un cœur et un foie extrêmement petits. La malade est atteinte, depuis deux ou trois mois, de diarrhée séreuse très rebelle, accompagnée de douleurs intestinales et de cuisson à l'anus, de douleurs gastriques souvent vives, que provoquent la pression, le simple contact de la région, l'ingestion des aliments. Les substances les plus faciles à digérer sont rejetées immédiatement après avoir été prises; le pain, toute espèce de viande, la plupart des légumes ne peuvent être supportés; un centième de vin dans l'eau provoque un sentiment de chaleur intense, suivi bientôt de douleurs intolérables, et augmente l'hydrentérorrhée. La langue de madame Co... est *sèche*, *dure*, *pointue*, *râpeuse*, *d'un rouge vif*; elle présente tous les signes d'une véritable *glosso-dermite*. Comment ne pas saisir le rapport qui existe entre cet état de la langue et la gastrite, maladie plus rare qu'on ne le croyait il y a trente ou quarante ans, mais qu'il est impossible de méconnaître dans le cas que nous essayons de retracer? Ajoutons que madame Co... pouvait à peine marcher, qu'elle avait souvent des syncopes, et que son moral était profondément affecté. Ce n'est pas seulement le mal qui l'avait mise dans ce triste état; l'art s'en était mêlé. Le simplisme des divers médecins qu'elle avait consultés à l'étranger avait porté les uns à ne voir que la gastro-entérite, et à prescrire de nombreuses sangsues à l'épigastre; les autres à ne voir que la chlorose, et à administrer bravement du fer et des *toniques*, qui

---

les rues; elle servait d'enseigne à certaines maisons et de modèle à des pains, à des gâteaux, à des coupes et à des bijoux; on en faisait porter aux enfants en guise d'amulettes, et les chastes matrones ne rougissaient pas d'en orner leur ceinture ou leur cou. Mais où la licence était portée à son comble et où la lubricité atteignait son paroxysme, c'était dans ces fameux mystères de la *bonne deesse*, dans ces saturnales nocturnes, où tous les âges et tous les sexes confondaient leurs caresses immondes dans une affreuse promiscuité et se livraient pêle-mêle à toutes les fureurs de l'ivresse érotique. Ceux qui déclament contre la dépravation et le débordement des mœurs d'aujourd'hui seraient sans doute plus enclins à l'indulgence s'ils visitaient les ruines de Pompéi et le musée ci-devant secret de Naples, où sont amassées et conservées toutes les archives de l'immoralité romaine; ou même, sans aller si loin, s'ils ouvraient le livre de M. Jeannel, dans lequel on trouve un parallèle saisissant de la prostitution ancienne et de la prostitution contemporaine. Inutile d'ajouter, après ce que j'ai dit plus haut, que la comparaison est entièrement à l'avantage des Romains, nos maîtres en toute chose.

M. Jeannel fait promener son lecteur dans tous les carrefours et les lieux borgnes de Bordeaux; il le conduit dans les maisons de première et de deuxième classe (honni soit qui mal y pense!) et jusque dans les bouges les plus ignobles; là, il lui fait voir des *dames* de toute catégorie; il l'initie à leur genre de vie, pénètre dans le détail de leurs habitudes les plus intimes, et retrace l'histoire de leur grandeur et de leur décadence. L'auteur, ensuite, fait ressortir les avantages de la réorganisation du dispensaire de salubrité de Bordeaux; il démontre, par des preuves statistiques, que l'amélioration de ce service et l'adoption de certaines mesures accessoires, telles que la distribution d'un liquide préservatif et l'affichage dans les maisons de prostitution d'une instruction médicale et hygiénique, ont amené une diminution très notable de l'infection vénérienne dans les hôpitaux militaires. Il en conclut que la prophylaxie par excellence de la propagation syphilitique serait de formuler

Digitized by Google

n'avaient fait qu'augmenter la phlegmasie de l'appareil digestif. Au moyen d'un traitement presque tout hygiénique, aidé d'un peu de sous-azotate de bismuth et de quelques lavements émollients d'abord, astringents ensuite, je fus assez heureux pour voir les fonctions digestives se rétablir peu à peu, la diarrhée diminuer, puis disparaître, *l'état de la langue se modifier en même temps*, l'accouchement arriver à terme et s'effectuer sans accidents. Enfin la malade put retourner dans son pays deux mois après son accouchement, dans un état voisin de la plus parfaite santé.

Il serait facile de placer, à côté des précédents, un grand nombre de faits relatifs à cet état inflammatoire de la langue existant sans qu'aucun enduit se dépose à sa surface, je n'en mentionnerai qu'un seul. Il s'agit encore d'une très jeune femme.

OBS. III. — Madame P... avait une phlegmasie de tout le tube digestif, et en même temps une violente fièvre intermittente. Sa langue était *dure, sèche, rugueuse, pointue et d'un rouge vif dans toute son étendue.* Un médecin avait plongé toute sa famille dans la désolation en annonçant (sans doute d'après l'aspect général, et surtout d'après le facies de la malade) qu'elle avait une phthisie pulmonaire au dernier degré, et qu'elle n'avait que peu de temps à vivre. Elle guérit en dix jours. Ce praticien n'aurait pas commis cette erreur s'il avait percuté la poitrine, qui ne contenait pas trace de tubercules (il y avait seulement un peu de bronchite), et s'il avait plessimétrisé la rate, qui avait 9 centimètres de haut en bas, il n'aurait pas fait verser une seule larme inutile, et n'aurait pas prescrit je ne sais quelle potion irritante qui ne pouvait faire aucun bien dans un cas pareil. La langue redevint normale quand la fièvre fut guérie. Il y a trois ans que ce fait s'est passé ; la santé de cette dame est aujourd'hui excellente.

A la suite des états de la langue que nous venons d'étudier, se produisant d'une manière si générale dans les maladies aiguës, états analogues à l'érythème de la peau, se placent naturellement les différentes espèces d'inflammations désignées sous la commune dénomination de *glossite*.

On sait que dans ces cas, relativement très rares, la langue est tuméfiée, très dure, chaude, douloureuse ; ce n'est pas ici le lieu d'étudier les variétés que l'on en peut distinguer ; mais nous devons une mention spéciale, au point de vue de la diagnose différentielle, à celles qui sont dues à des causes spécifiques, à des virus ou à des poisons, telles que la *glossite* rubéolique, la *glossite* scarlatineuse, ainsi qu'à celle qui accompagne assez souvent la stomatite simple, glossite qui ne diffère des précédentes, comme aspect, que par la nuance de la rougeur (sans parler des coïncidences qui indiquent toujours la vraie nature du mal), ainsi qu'à la glossite érysipélateuse qui coïncide dans quelques cas avec l'érysipèle de la face, et qui se distingue de la glossite érythémateuse par le gonflement œdémateux qui l'accompagne et par son intensité.

Passerons-nous sous silence la glossite mercurielle reconnaissable à la coïncidence de gingivite avec salivation et à l'odeur particulière qui l'accompagne ? Nous ne dirons rien des glossites pustuleuses, varioliques ou autres, qu'il est impossible de prendre pour autre chose que ce qu'elles sont.

Dans un grand nombre de cas, au lieu de l'inflammation des papilles que nous offre la première de nos observations, et dont le caractère est d'être permanente, il existe une simple congestion de ces mêmes papilles qui lui ressemble beaucoup ; mais cette dernière disparaîtra lorsque la langue, au lieu d'être portée au dehors, est examinée dans la bouche, et que le malade la laisse immobile derrière l'arcade dentaire inférieure. Ce signe a été donné par M. Piorry, dans son mémoire sur les caractères que la langue peut présenter au point de vue du diagnostic, mémoire publié en 1835, à la suite du *Procédé opératoire de la percussion médiate*.

La congestion dont il est ici question est essentiellement active ; elle peut être considérée comme le premier degré de l'inflammation ; elle apparaît dans des circonstances analogues à celles qui font naître cette dernière ; il existe entre elles des états intermédiaires qui ne diffèrent les uns des autres que par des nuances à peine sensibles, mais rien n'est facile comme de distinguer cette hypérémie papillaire superficielle, véritable érection des papilles, des hypérémies non inflammatoires qui accompagnent les diverses congestions dont la tête, dans son ensemble, peut être le siége. si c'est le sang artériel qui afflue avec force vers l'encéphale ou vers la face, la langue est d'un rouge vif uniforme, l'état physique de sa surface n'est changé en rien, son volume est ordinairement peu modifié. Si une maladie du cœur ou toute autre cause gêne la circulation veineuse, la langue est d'un rouge violacé, dans les cas extrêmes, comme bleuâtre, sa teinte est la même sur toute son étendue, et la membrane muqueuse qui la recouvre est molle, humide, et ne présente ordinairement aucune tuméfaction des papilles.

Il serait superflu d'insister sur ces différences dont la valeur s'apprécie facilement, dans la pratique, grâce aux signes coïncidents, car ce n'est souvent qu'au moyen de rapports complexes, fournis par divers modes d'exploration et par l'examen de plusieurs organes, que l'on peut *construire* le diagnostic anatomique, le seul *vrai* diagnostic. Notons en passant, pour compléter ce que nous avons dit des colorations de la langue, la teinte cyanosée qui se produit toutes les fois que le sang n'est pas suffisamment oxygéné, et la pâleur de sa membrane muqueuse qui se rencontre toutes les fois que la masse du sang ou la quantité des globules est diminuée, qu'il y a hydrémie ou hypémie ; cette pâleur s'observe aussi dans la syncope qui n'est qu'une *anémie* encéphalique passagère.

Il nous reste maintenant à étudier les enduits qui recouvrent la langue dans des circonstances si diverses.

Voici une observation que nous croyons de nature à éclairer singulièrement cette question de pathologie. Nous la donnons en l'abrégeant beaucoup, c'est-à-dire en en supprimant pres-

---

pour les dispensaires et les bureaux de mœurs un règlement-type applicable à toutes les villes de l'empire. Si l'expérience qui en a été faite à Bordeaux ne suffisait pas pour attester l'efficacité des moyens proposés par M. Jeannel, on n'a pas oublié la haute sanction que les éloges de M. Tardieu et le témoignage de M. Larrey devant l'Académie de médecine, ont donnée aux travaux de ce savant et honorable praticien.

Puisqu'il est ici question d'hygiène et de salubrité, aussi bien puis-je dire deux mots sur le charlatanisme, cet art insalubre par excellence, ce fléau permanent de la santé publique. Un Chartrain (c'est le seul titre que se donne modestement l'auteur), un homme d'esprit, M. Lecocq, a écrit là-dessus quelques pages curieuses et pleines de sens. En faisant l'histoire des empiriques et des rebouteurs beaucerons, il a fait l'histoire de tous les rebouteurs et empiriques du monde ; car ces gens-là se ressemblent partout et exercent partout les mêmes ravages. M. Lecocq n'en épargne aucun ; charlatans sur le trône, charlatans sous le chaume, depuis les rois de France, de Hongrie et d'Espagne, ci-devant guérisseurs des écrouelles, de la jaunisse et de la peste, jusqu'aux pâtres et aux bonnes femmes, possesseurs et fabricants de recettes merveilleuses, d'emplâtres spécifiques et d'onguents sans pareils, depuis Louis le Gros jusqu'au père *Tonnerre* et à madame *Robillard* ; tous, médecins aux urines, somnambules, dormeuses, pitres, saltimbanques, rebouteurs, renoueurs, rhabilleurs, guérisseurs ès tréteaux, médecins ès foires et marchés, et autres de la même école, sont traités d'importance, bernés et bafoués comme ils le méritent. Le livre de M. Lecocq est une bonne œuvre. Destiné à éclairer les classes agricoles et laborieuses sur les véritables intérêts de leur santé et à les mettre en garde contre l'ignoble et dangereuse exploitation des charlatans et des Robert-Macaires de notre profession, cet ouvrage exercera, je l'espère, une influence d'autant plus efficace sur le crédule public qu'il vient d'un homme désintéressé dans la question et auquel on ne peut pas dire : « Vous êtes orfèvre, monsieur Josse ! »

A. LINAS.

Digitized by Google

que tout ce qui ne touche pas au point que nous étudions.

Obs. IV. — Le nommé P..., tailleur, âgé de quarante-six ans, d'une complexion débile, maladive, paraissant plus âgé qu'il ne l'est réellement (on l'aurait autrefois qualifié de cacochyme), a été guéri à grand'peine, dans le second trimestre de l'année 1861, d'une ancienne splénomégalie qui se manifestait par de très violents accès fébriles intermittents et par d'autres phénomènes qu'il serait trop long de décrire ici (il présentait à cette époque, dans le sommet du poumon droit, une matité assez étendue qui disparut après le traitement quinique dirigé contre la fièvre intermittente). Il s'était assez bien rétabli, avait repris un peu d'embonpoint et de force, lorsqu'il fut atteint d'une pneumonite extrêmement grave au mois de novembre dernier.

Au moment où un traitement énergique et mesuré avait ramené le râle crépitant dans les points occupés précédemment par le souffle bronchique et la bronchophonie, au moment où, dans les mêmes points, la percussion médiate faisait entendre un bruit relativement sonore au lieu de la matité en quelque sorte absolue due à l'hépatisation, au moment où les crachats brun rouge commençaient à être remplacés par des mucosités moins colorées et moins visqueuses, où la fièvre et tous les autres phénomènes tendaient à disparaître ou du moins à s'amender, voici dans quel état se trouvaient la langue et la bouche du malade :

La langue était pointue, couverte d'un enduit très épais et comme épaissie dans toute son étendue ; il ne pouvait l'étaler et ne parvenait qu'avec peine à la mouvoir latéralement ; elle était dure au toucher et semblait presque rigide. Cet état paraissait tenir à l'inflammation de toute sa membrane muqueuse, qui rendait cette dernière comme racornie ; les papilles paraissaient dans un état d'érection très prononcée, et cependant le goût était absent, ou plutôt perverti ; tout ce que prenait le malade lui semblait insipide ou mauvais.

L'enduit dont nous venons de parler était d'un brun foncé au milieu de la langue ; autour de cette teinte centrale régnait une zone un peu plus claire tirant sur le jaune, et l'extrême bord de l'organe était d'un rouge vif, ainsi que la pointe. Cet enduit était très adhérent aux parties sous-jacentes. Il rendait l'haleine très fétide ; en détachant des parcelles avec une spatule, il était facile de reconnaître qu'il était bien la cause unique de cette odeur repoussante. Son épaisseur était de 3 millimètres environ. Les portions de la surface de la langue débarrassées de ce produit d'excrétion parurent d'un rouge vif et saignaient facilement. On ne put nettoyer complètement la langue qu'avec beaucoup de peine et en y consacrant beaucoup de temps, en passant sur sa surface, ainsi que le recommande M. Piorry, des tranches de citron toutes les dix minutes, à plusieurs reprises, et pendant une heure et demie ou deux.

L'inspection du fond de la bouche et du pharynx faisait apercevoir un enduit d'un blanc grisâtre semblable à un produit diphthéritique qui s'étendait sur les piliers, la luette, les amygdales et la paroi postérieure. Cet enduit était moins épais et moins adhérent que celui de la langue ; un linge rude suffisait pour le détacher. Cette opération faite, la membrane muqueuse qu'il recouvrait apparut d'un rouge vif assez comparable à la rougeur qui occupe la même région dans la scarlatine.

Il est à remarquer ici que le malade avait été en proie pendant quatre jours à une dyspnée violente, que les fosses nasales dont la membrane muqueuse était enflammée, donnant à l'air un accès insuffisant, il avait passé tout ce temps la bouche largement ouverte ; que l'enduit était presque sec dans les deux tiers antérieurs de la langue, qu'il était au contraire plus humide sur le tiers postérieur, qu'il était tout à fait mou et peu adhérent dans le pharynx et sur les amygdales, *qu'il existait également sur les dents*, où il avait formé dans quelques points des espèces de croûtes noirâtres ; qu'il semblait partout constitué par la même matière, se trouvant à des degrés variables de dessiccation. Il est impossible de ne pas admettre, en présence de ces faits, que les enduits dont il est ici question sont formés par la salive plus ou moins desséchée ou réduite par l'évaporation, comme l'a si bien démontré M. Piorry dans le mémoire cité plus haut.

On a souvent répété que les produits de sécrétion buccale *autres que la salive*, qui se déversent dans la bouche, forment en très grande partie ces enduits.

Mais quels sont ces produits de sécrétion, et dans quelle proportion existent-ils ? La salive, à l'état normal, contient une certaine proportion de globules de mucus visibles au microscope ; il est donc incontestable que les enduits pathologiques contiennent aussi de ce mucus plus ou moins altéré. Quant aux glandules de la base de la langue, elles ont la plus frappante analogie de structure avec les lobules qui composent les glandes salivaires, et tout porte à croire qu'il existe entre ces deux variétés de glandes identité à peu près complète de fonctions. Un grand clinicien a donné à la forme de glossite caractérisée par la présence de certains enduits, la qualification de *sécrétoire*, attribuant la formation de ces enduits à une altération de sécrétion du mucus buccal, semblable à celle qu'on observe dans la rétinite et dans la bronchite ; les faits ne paraissent pas confirmer cette manière de voir. Tout au plus pourrait-on concéder que ce mucus, épaissi et plus abondant que de coutume, *concourt* dans certains cas, et *pour une très faible part*, à constituer les enduits pathologiques.

Mais il ne faut pas oublier que de la salive pure desséchée à l'étuve les représente très exactement, que chez des malades dont les dents manquent, c'est sur les points de la langue qui correspondent aux alvéoles vides que se forment ces enduits, et que du reste l'assertion ci-dessus mentionnée n'a jamais été prouvée, et n'a été admise que par une simple vue de l'esprit.

M. Sappey pense que les cellules d'épithélium pavimenteux de la langue elle-même forment exclusivement les enduits morbides. S'il en était ainsi, comment expliquer la formation de ces mêmes enduits sur les dents où personne n'a songé à chercher un épithélium ? L'opinion du savant anatomiste n'en mérite pas moins d'être prise en sérieuse considération. Il est hors de doute que les enduits qui se forment même *lorsqu'on dort avec la bouche close, qui augmentent quand on garde l'abstinence et qui disparaissent quand on prend des aliments solides* sont presque exclusivement formés par l'épithélium aplati, polygonal, stratifié de la langue. Est-il besoin d'ajouter comme corollaire que cet épithélium doit se trouver en abondance dans toutes les variétés d'enduits ?

Après que l'enduit épais et fétide dont il est question plus haut fut enlevé, la langue de notre malade resta très sèche, très dure, très rouge, pointue, comme gênée, quoiqu'il prît abondamment des boissons émollientes, et ne se recouvrit d'enduits nouveaux que trois ou quatre jours après, enduits qu'on ôtait à mesure qu'ils apparaissaient.

La dyspnée, quoique moindre, existait toujours un peu, et le malade ne dormait qu'avec la bouche ouverte. Sa convalescence fut assez pénible quoique peu longue, et son dégoût pour tous les aliments était tel lorsque sa langue était chargée d'enduits, sialiques (qu'il nous soit permis de les nommer ainsi), que nous ne doutons pas *qu'il n'eût succombé* par insuffisance d'alimentation si on ne les eût soigneusement enlevés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

Physiologie du cœur.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Très honoré confrère,

Plusieurs personnes nous ont demandé si nous ne répondrions point à l'article de M. Beau sur l'interprétation de nos tracés cardiographiques. Nous venons vous prier de vouloir bien faire savoir à vos lecteurs que ce n'est pas notre intention, et cela pour les raisons suivantes :

1° Parce que M. Beau, s'attaquant à un tracé que nous avons déclaré nous-mêmes incomplet, et récusant celui qui a été opposé plus tard à ses premières objections (tracé très physiologique, tout à fait analogue à une centaine d'autres que nous tenons à la disposition de M. Beau), se place ainsi du premier coup en dehors du terrain où il nous avait appelé lui-même;

2° Parce que M. Beau, trouvant qu'une ampoule placée dans une cavité, peut, pendant la contraction de cette cavité, éprouver une dilatation à un moment donné, se met ainsi en opposition formelle avec les lois les plus élémentaires de la

Digitized by Google

physique, et prouve ainsi que nous ne pourrons jamais discuter avec lui l'interprétation de nos tracés en nous appuyant sur une base commune.

3° Parce que notre travail d'ensemble sera très prochainement publié, et que le public médical pourra y puiser tous les éléments d'une solution radicale.

Agréez, etc. A. Chauveau et J. Marey.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

M. Beau, dans un article publié par vous le 12 décembre dernier, m'a consacré quelques lignes auxquelles je répondrai si votre bienveillante hospitalité le permet.

1° Je ne reprends pas la thèse de M. Hérard, puisque M. Hérard admet comme signe du rétrécissement mitral un souffle qui peut exister tantôt avant le premier temps, tantôt au premier temps, tantôt au second temps, tandis que, pour moi, le signe pathognomonique est un bruit anormal, un grondement, non pas un souffle qui remplit plus ou moins le second temps, qui s'entend plus ou moins nettement suivant l'état de la circulation, mais qu'on trouve toujours quand l'auscultation devient possible.

2° M. Beau donne à entendre que c'est au second temps que l'on doit percevoir le bruit désigné par *ffout-ta-ta-rou*. Pour un seul temps, ce serait, en effet, bien du bruit, et bien malheureuse serait l'oreille qui ne l'entendrait pas. Il est bien évident que le second temps est occupé par la syllabe *rou* seulement. M. Beau n'a jamais entendu ce ronflement du second temps, dit-il; mais d'autres l'ont entendu. Sans parler de M. Bouillaud, qui me l'a appris, je citerai MM. Trousseau, Gubler, Empis, etc.

3° M. Beau dit avoir cherché ce bruit inutilement sur un grand nombre de malades de son service affectés de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire; il dit avoir été aidé dans ses recherches par M. Duroziez lui-même, qui n'a pas été plus heureux que lui.

M. Beau me proposa d'examiner des malades dans son service : « Tenez, me dit-il, voilà trois malades qui ont un rétrécissement mitral, cherchez un bruit anormal au second temps. » L'autopsie a-t-elle démontré qu'il y avait rétrécissement mitral? Je ne sache pas. Je n'ai pas eu d'autre entrevue à ce sujet avec M. Beau, et celle-ci ne fut pas de longue durée. Voilà donc à quoi se réduisent les recherches faites avec M. Beau.

J'apporte dans mon travail douze nouvelles autopsies à l'appui de ma thèse; de nouveaux cas se sont produits. Aidé du bruit anormal du second temps, localisé à droite et à gauche, j'ai pu annoncer, dans l'étude publiée par les Archives, qu'on trouverait chez la femme Wolff un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche doublé d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; la femme est morte dans le service de M. Béhier; les élèves du service savent que mon diagnostic s'est vérifié. Ce sont là des faits sérieux; ce n'est pas de la fantaisie, comme tendrait à l'insinuer M. Beau.

4° « On ne fonde pas les lois physiologiques sur les exceptions des lois pathologiques, » dit M. Beau.

Or, qui ai-je invoqué comme physiologistes admettant l'entrée du sang dans le ventricule pendant le second temps? Galien, Harvey, Haller, Hope, Bouillaud, Skoda, l'école de Paris tout entière. Si le sang entre dans le ventricule physiologique, pourquoi n'entrerait-il pas dans le ventricule pathologique?

Et il entre avec bruit.

Agréez, etc. P. Duroziez,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

Hygiène publique. — M. *Boudin* adresse une note qui se rattache à sa précédente communication sur les *inconvénients des mariages consanguins* et sur la fréquence des cas de *surdi-mutité* parmi les enfants issus de tels mariages.

« Les fâcheux résultats des mariages entre consanguins, après avoir épargné la première génération, se traduisent souvent, dit l'auteur, sur la seconde génération. Des individus issus de mariages consanguins, quoique parfaitement constitués eux-mêmes, bien portants, et *sans s'allier entre proches*, sont exposés à engendrer des enfants infirmes, et à produire *indirectement* l'état morbide auquel ils ont eux-mêmes échappé. En voici deux exemples, dont le premier nous est communiqué par le docteur Balley, et dont le second est fourni par M. Chazarain :

» Obs. I. — A Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), M. B..., pharmacien, épouse une Allemande, mais issue d'un mariage *entre cousins*; ils ont quatre enfants : le premier naît *bossu*; le second, *sourd-muet*; le troisième, sain de corps et d'esprit; le quatrième, *imbécile*. Il y a ici évidemment une hérédité *indirecte*, ou influence consanguine provenant du côté de la mère.

» Obs. II. — M. L..., maire de C... (Dordogne), dit M. Chazarain, avait épousé la fille de son cousin germain. Il eut de cette union un garçon et une fille, non-seulement *exempts d'infirmités*, mais encore doués, comme leurs parents, *de la meilleure santé*. Mademoiselle L..., mariée à vingt ans avec un jeune homme plus âgé qu'elle de quelques années, *et avec lequel elle n'était parente à aucun degré*, a donné le jour à une fille atteinte de *surdi-mutité congéniale*. Le père et la mère de cette enfant habitent un pays élevé, très salubre; leur habitation est à l'abri de l'humidité; leur position pécuniaire leur permet de vivre dans l'aisance. Aucun autre sourd-muet n'existe à C.... Il n'y a jamais eu d'autre sourd-muet dans la famille.

» A moins donc d'attribuer, dans ces deux observations, les infirmités des enfants à un simple hasard, on est conduit à admettre, dans les mariages entre consanguins, une influence qui ne se borne pas toujours à la première génération. » (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

M. *Flandin* soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : De la chaleur et du froid; explications physiques de certains phénomènes physiologiques. (*Comm.* : MM. Regnault, Cl. Bernard.)

M. *Lüer*, qui avait présenté à la précédente séance un *pulvérisateur* de l'eau, de son invention, soumet au jugement de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté à cet appareil. Dans sa nouvelle forme, l'instrument présente deux corps de pompe, dont l'un se charge au moyen d'un tube plongeur, pendant que l'autre se décharge, soit par un, soit par plusieurs becs, permettant ainsi d'opérer la pulvérisation d'une manière continue et pendant tout le temps jugé nécessaire. (*Comm.* : MM. Velpeau, Cl. Bernard.)

M. *Velpeau* présente au nom de l'auteur, M. *Sperino* (de Turin), un ouvrage sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil. Mise en pratique dès la plus haute antiquité, vantée de nouveau dans le XVII^e et le XVIII^e siècle contre un certain nombre de maladies de l'œil, un peu oubliée ensuite, la paracentèse oculaire a repris un peu de faveur depuis 1835; mais nul ne l'a autant essayée que M. Sperino. Ce n'est plus seulement, comme ses devanciers, pour remédier aux cataractes, aux inflammations, aux hydropisies, qu'il en fait usage; c'est aussi et surtout au glaucome, au staphylome, à la choroïdite et à diverses espèces d'amauroses, que le chirurgien de Turin oppose cette opération. Si les résultats qu'il dit en avoir obtenus jusqu'ici se con-

Digitized by Google

firment dans la pratique générale, il aura rendu un véritable service à la thérapeutique.

M. *Velpeau* communique l'extrait d'une lettre de M. *Ciniselli* qui rappelle une réclamation de priorité qu'il a élevée à l'occasion d'une communication de M. Tripier concernant un *procédé de galvanocaustique* fondé, non pas sur les effets des courants continus, mais sur leur action chimique. M. Ciniselli demande que deux opuscules qu'il a adressés ultérieurement à l'appui de sa réclamation soient renvoyés à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Tripier. Il exprime de plus le désir que ces deux pièces soient comprises dans le nombre des pièces de concours pour le prix proposé concernant l'application de l'électricité à la thérapeutique : c'était, dit-il, dans cette intention qu'il avait joint aux deux opuscules imprimés une analyse manuscrite.

Le prix devant être décerné seulement en 1866, si M. Ciniselli persiste dans cette intention, il conviendra qu'il la rappelle en temps opportun.

PHYSIOLOGIE. — *Sur la quantité d'air indispensable à la respiration durant le sommeil*, note de M. *J. Delbruck*. — Jusqu'à quel point l'air est-il nécessaire à la respiration pendant le sommeil?

D'abord, en ce qui concerne les animaux qui ont des poumons comme nous et qui respirent comme nous, que se passe-t-il? Que fait l'animal sauvage (le lion, le tigre, l'ours, etc.), quand vient l'heure du sommeil? Il quitte le grand air, se retire au fond d'un antre, tout au fond, et se prive d'air le plus qu'il peut. Que fait le chien dans nos maisons? Il recherche sa niche ou un coin quelconque, et se cache, en outre, le museau sous le ventre. Tous les oiseaux qui vivent sans cesse dans l'air et succombent si aisément à l'asphyxie (ainsi que le démontre l'expérience de laboratoire de l'oiseau sous la cloche), que font-ils au moment du sommeil? Ils se retirent sous un abri, et tous, évitant avec soin de respirer de l'air, se cachent la tête sous le fin duvet de leurs ailes.

Ces faits ne suffisent-ils pas pour faire réfléchir? Les plantes exhalent, le jour, l'oxygène qu'elles absorbent pendant la nuit. L'analogie ne nous conduirait-elle pas à reconnaître que les animaux doivent respirer pendant le sommeil un peu de ce gaz qu'ils exhalent à l'état de veille?

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret, en date du 17 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. *Devilliers*, comme membre titulaire, en remplacement de M. *Moreau*, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Devilliers prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique un rapport de M. le docteur *Brémont* sur le service médical des eaux minérales de Chaudesaigues (Cantal) pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. *Boudin*, *Bergeron* et *Delpech*, qui se présentent comme candidats dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Des lettres de MM. *Giraud-Teulon* et *Berthelot*, qui se présentent comme candidats dans la section de physique et de chimie médicales. — *c*. Une observation d'opération césarienne pratiquée une demi-heure après la mort de la mère et ayant abouti à l'extraction d'un enfant à terme qui a vécu quelques instants, par M. le docteur *Perrotte* (d'Avranches). (*Comm.*: M. Devilliers.) — *d*. Un rapport de M. le professeur *Dumas* (de Montpellier) sur le service de vaccine du département de l'Hérault. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Une note sur les poisons des champignons et leurs contre-poisons, par M. le docteur *Letellier* (de Saint-Leu-Taverny). (*Comm.*: MM. Guibourt, Chatin, Devergie.) — *d*. Un pli cacheté renfermant la description d'un procédé ayant pour objet d'employer en certaines circonstances l'électricité comme agent thérapeutique, par MM. *Giuseppe Aymini* et *Jules Eckmann*. (Accepté.)

M. le secrétaire perpétuel offre en hommage à l'Académie au nom de M. *Trinquart*, photographe, le groupe des membres du bureau.

Digitized by Google

bouton d'Alep et celle du bouton de Biskra soient liées à l'usage de mauvaises eaux.

Du goitre endémique. — On confond sous le nom de *goitre* des tumeurs du cou développées dans la région thyroïdienne qui peuvent être de nature très diverse, telles que poches d'hydatides, masses cancéreuses, etc. Il faut réserver le nom de goitre au développement anomal et le plus souvent endémique de la glande thyroïde.

Il convient tout d'abord de mettre en lumière la cause principale, la cause déterminante ; c'est là que nous trouverons à incriminer les eaux de mauvaise qualité. Plusieurs causes secondaires favorisent cette influence nuisible des mauvaises eaux, et parmi elles nous rencontrons l'hérédité et toutes les causes d'appauvrissement général de l'économie.

La constitution géologique du sol a été incriminée sur un ensemble de preuves très précises données par monseigneur le cardinal archevêque Billiet (*Rec. acad. de Savoie*), et admirablement développée par M. le docteur Grange (*Archives des missions scientifiques*, 1850), et le Rapport de M. E. de Beaumont sur ses travaux (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 28 avril 1851). Mais cette question de la constitution du sol se lie doublement à celle de la composition des eaux : 1° par la nature des matériaux dissous; 2° par la marche imprimée par ces matériaux à la décomposition des matières organiques qui ont été en contact avec ces eaux avant leur infiltration.

Dans une longue suite de recherches, M. Chatin a soutenu avec une grande persévérance que le goitre endémique doit être attribué à l'absence de l'iode dans les eaux, les aliments et l'air. Ce qui donne une grande vraisemblance à cette manière de voir, c'est que le goitre se guérit sous l'influence de très petites quantités d'iode administrées chaque jour; or, il paraît évident qu'une très faible proportion de ce principe pouvant contre-balancer l'influence funeste des matières qui peuvent causer le goitre, l'*iode ne doit pas se rencontrer en proportion appréciable dans les eaux et les aliments des localités à goitre*. Sur ce premier point, on peut regarder l'hypothèse de M. Chatin comme réunissant en sa faveur toutes les probabilités.

Cependant la démonstration n'est pas complète. En effet, d'après M. Chatin, dans les localités entachées de goitre endémique, les eaux pluviales ne contiennent pas d'iode ; comment alors expliquer ce fait qu'au Puiset, sur dix-neuf familles, une seule soit exempte, celle qui consomme de l'eau d'une citerne, et que les dix-huit autres, qui boivent de l'eau des fontaines, soient goitreuses? Cela nous conduit à admettre qu'il y a autre chose que l'absence de l'iode pour expliquer l'influence des eaux dans la production du goitre endémique. Selon nous, ce n'est pas l'absence d'un principe, mais la présence dans l'eau de matières agissant comme les ferments, qui donne naissance au goitre endémique.

Influence des matières organiques. — Plusieurs observateurs ont émis vaguement l'opinion que les matières organiques contenues dans les eaux pouvaient avoir, concurremment avec d'autres causes, de l'action sur la production du goitre endémique. M. le docteur Morétin, dans une excellente thèse, puis dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, donna des preuves directes à l'appui de cette opinion.

Depuis, j'ai essayé sur divers animaux, chien, chat, lapin, l'influence du sulfate de chaux, à la dose de 2 grammes environ, administré journellement, et pendant près d'une année, sans qu'il en résultât aucune incommodité. J'ai fait la même expérience sur l'homme avec le sulfate de chaux et la magnésie. Je suis arrivé à ajouter de nouveaux faits que je considère comme concluants à ceux déjà connus pour innocenter le sulfate de chaux et les sels de magnésie contenus dans les eaux qui déterminent le goitre.

Nous voici donc inévitablement conduits par la méthode d'exclusion à admettre que le goitre est déterminé par la présence dans les eaux d'une matière organique spéciale.

Il paraît d'abord extrêmement probable, pour ne pas dire démontré, qu'il ne faut point incriminer les eaux contenant des matières organiques provenant de la décomposition des matières animales. Tous les faits observés démontrent qu'il faut les écarter ; ainsi jamais on n'a indiqué comme produisant le goitre les eaux des grandes villes, provenant si souvent, pour une notable proportion, d'infiltrations de fosses d'aisances non étanchées, de cimetières encombrés, etc. C'est dans les villages peu habités, où les produits des animaux sont rares, où au contraire les débris des végétaux abondent, qu'il faut rechercher ces eaux ayant le fâcheux privilége de donner le goitre. Comme pour la production des effluves maremmatiques, ce sont certaines matières végétales qui, se décomposant dans des conditions qui n'ont point encore été fixées, donnent naissance au ferment soluble qui modifie l'économie pour produire le goitre. Si nous continuons notre comparaison avec les effluves des marais, nous allons encore trouver un nouveau point de ressemblance de la plus haute importance. Les effluves maremmatiques se développent surtout avec intensité, lorsque les matières végétales se décomposent sous l'influence des eaux douces et des eaux salées mélangées. Or, ces eaux contiennent alors du chlorure de sodium, du magnésium, des sulfates de chaux, de magnésie, des bicarbonates de chaux, de magnésie. Ce sont précisément les mêmes sels que l'on rencontre dans les eaux qui s'infiltrent dans les terrains dolomitiques habités par les goitreux. Nous sommes donc naturellement conduits à admettre que le ferment qui doit produire le goitre prend naissance par la décomposition de certaines matières végétales sous l'influence de l'eau renfermant les sels qui se rencontrent dans les terrains dolomitiques.

Je ne considère l'opinion que je viens de développer que comme une hypothèse qui rend mieux compte des faits observés que celles qui ont été défendues par les auteurs qui m'ont précédé. L'absence de l'oxygène de ces eaux, l'influence du terrain, la concentration du goitre sur des espaces limités, tout devient facile à expliquer et à comprendre. Nous verrons, dans la suite de ce travail, que la prophylaxie est elle-même très facile. Si l'on veut bien mettre à l'épreuve les conseils que je donnerai, l'hypothèse que j'ai développée en recevra sa consécration, ou les faits négatifs la réfuteront.

Élection.

L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement du bureau et au renouvellement partiel du Conseil, pour l'année 1863.

Sont nommés :

Président	MM. LARREY.
Vice-président	GRISOLLE.
Secrétaire annuel	BÉCLARD.
1er membre du Conseil	GUÉRARD.
2e membre du Conseil	J. CLOQUET.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 5 ET 12 NOVEMBRE 1862.

TUMEURS FIBREUSES DU COU. — POLYPES FIBRO-MUQUEUX DES FOSSES NASALES. — OPÉRATION NOUVELLE CONTRE LES CAS GRAVES DE RÉTRACTION DES DOIGTS.

Deux tumeurs fibreuses du cou ont été présentées par M. *Huguier* et par M. *Richard*. Toutes deux avaient leurs points d'insertion sur les os, dans les parties profondes, et étaient recouvertes par des couches musculaires. La tumeur enlevée par M. Huguier était grosse comme le poing d'un adulte, et avait mis sept ans à acquérir ce volume. Elle s'insérait sur les apophyses épineuses et transverses des premières vertèbres cervicales et sur la partie inférieure de l'occipital, et était recouverte par les muscles complexus, splénius et trapèze. Quand elle eut été disséquée dans toute sa partie libre, elle fut aisément énucléée avec les doigts. La tumeur présentée par M. Richard s'était développée plus rapidement, et avait le

Digitized by Google

volume de la tête d'un fœtus à terme. Elle occupait toute la partie latérale du cou, et reposait sur le plexus brachial et sur les muscles profonds. Les adhérences qu'elle avait contractées en rendirent l'énucléation difficile, et il fallut couper un pédicule qui s'implantait sur le bord supérieur de l'omoplate, un peu en dedans du trou sous-épineux. Le trapèze et l'angulaire de l'omoplate recouvraient la tumeur, et durent être coupés. Comme les vaisseaux et les nerfs du cou étaient refoulés par la tumeur et ne lui adhéraient pas, on put aisément les éviter.

— M. *Dolbeau* a communiqué une observation relative à des polypes fibro-muqueux des fosses nasales qu'il a extraits dans les conditions suivantes : Le malade, âgé de quarante et un ans, était idiot; il avait depuis une dizaine d'années des épistaxis fréquentes; il était devenu très sourd; sa voix était nasonnée, sa respiration embarrassée, et il se plaignait souvent de douleurs de tête. Dans les derniers temps, il était dans un état habituel de somnolence, et deux fois il était tombé privé de sentiment, mais sans aucun mouvement convulsif. Ces symptômes généraux avaient fait craindre l'existence de prolongements de la tumeur dans la cavité crânienne. Le nez était très élargi, et les narines dilatées par des masses molles et rougeâtres qui remplissaient toutes les fosses nasales. Les deux yeux, et surtout l'œil gauche, étaient saillants. Le voile du palais était repoussé en avant, et le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, y sentait une tumeur dure qui remplissait si bien la partie supérieure du pharynx qu'il était impossible de déterminer quelles étaient les implantations du polype. M. Dolbeau diagnostiqua un polype naso-pharyngien de nature fibreuse s'implantant probablement à la base du crâne, et envoyant des prolongements dans les deux fosses nasales et un peu dans la fente ptérygo-maxillaire. Quant aux prolongements intra-crâniens, qui avaient été soupçonnés par M. Richet, M. Dolbeau ne voyait pas de raisons suffisantes pour les admettre. A son avis, la somnolence, les maux de tête, la surdité, et même les syncopes, pouvaient s'expliquer par les seuls troubles de la circulation et de la respiration amenés par la présence d'une tumeur volumineuse dans les fosses nasales. Il se décida donc à l'opération. Il ouvrit d'abord une voie par une opération préliminaire qui consista à abaisser la voûte palatine, d'un côté, en la laissant adhérente au voile du palais, après l'avoir rendue libre en dedans et en haut. Cette opération, indiquée par M. Désanneaux, ne lui ouvrit, du reste, qu'un accès médiocre, et il convient qu'il eût été gêné dans ses manœuvres si la masse à extirper avait été plus considérable. Il put constater, dès lors, que l'implantation de la tumeur ne se faisait point à la base du crâne; que la masse pharyngienne n'avait d'insertion que sur le vomer, et n'était qu'un prolongement des tumeurs fibro-muqueuses des fosses nasales. Ces différentes tumeurs furent arrachées avec des pinces à polypes, et le malade perdit peu de sang. Les suites de l'opération paraissaient devoir être heureuses lorsque le cinquième jour le malade mourut subitement sans avoir présenté aucun phénomène saillant.

L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion cérébrale. Il y avait seulement une anémie assez prononcée des méninges et de la substance du cerveau, anémie qui permet de croire, avec M. Dolbeau, que la mort n'a été, dans ce cas, que le résultat d'une syncope, comme celles que le malade avait eues précédemment. Ce jugement est corroboré par l'état d'intégrité dans lequel étaient les poumons, le cœur, l'estomac et les intestins. La tumeur n'avait pas plus de prolongements dans l'intérieur de l'orbite qu'elle n'en avait dans l'intérieur du crâne, à la base duquel elle ne s'insérait même pas. Si le diagnostic avait pu être plus parfait, on aurait donc évité une opération aussi grave, et le simple arrachement des tumeurs aurait suffi.

Les cas dans lesquels une méprise de cette nature peut être commise ne sont pas des plus rares, et M. *Velpeau* en a signalé un auquel il a failli se laisser prendre, et qu'il sera bon de se rappeler, avec celui de M. Dolbeau, avant d'entreprendre une opération grave. Le malade de M. Velpeau paraissait avoir un polype rétro-pharyngien à implantation crânienne, et avec des prolongements dans les fosses nasales. La véritable origine était, au contraire, dans les fosses nasales, et la masse pharyngienne n'était qu'un appendice des tumeurs nasales. Les polypes furent arrachés par la narine d'abord, et quelques jours après ce fut le tour du prolongement pharyngien. Le malade a guéri promptement.

M. *Huguier*, après avoir réclamé pour lui-même l'idée de remplacer l'ablation des maxillaires, comme opération préliminaire, par l'écartement des os, rappelle un fait dans lequel des prolongements intra-crâniens existaient sans qu'il y eût aucun symptôme cérébral indiquant cette complication. Ainsi certains symptômes peuvent faire croire, comme dans le cas de M. Dolbeau, à des lésions qui n'existent pas, et ces lésions peuvent exister sans qu'aucun trouble les révèle.

Il est absolument impossible, ainsi que l'a dit M. *Verneuil*, d'avoir la certitude qu'une tumeur fibreuse a des prolongements du côté du cerveau. Quand même on le soupçonnerait, M. Verneuil croit encore qu'on serait autorisé à courir les chances d'une opération, puisque sans l'opération la mort est encore plus certaine.

Quant au procédé opératoire, le meilleur (pour les vrais fibromes rétro-pharyngiens) est celui qui fait la voie la plus large. M. Verneuil est convaincu que s'il s'agit d'enlever une de ces tumeurs volumineuses à insertions multiples, les procédés parcimonieux ne valent pas la résection de la mâchoire supérieure, qui permet seule de voir ce qu'on fait. Il ne faut pas exagérer la gravité de cette opération préliminaire, destinée d'ailleurs à remédier complétement à une des affections chirurgicales les plus dangereuses, et s'il devait rester une difformité, on sait quels services pourrait rendre la prothèse.

— M. *Verneuil* a soumis à ses collègues le projet d'une opération nouvelle destinée à remédier à la flexion permanente des doigts, qui succède aux rétractions cicatricielles. Les sections transversales pratiquées sur les bords des cicatrices ne lui inspirent aucune confiance. Peut-être faudrait-il attendre un résultat plus heureux des coupes variées, ondulées, obliques, ou en forme de V superposés, que M. Décès père a conseillées et qui lui ont réussi; mais encore ne seraient-elles guère applicables aux cas les plus graves, et elles ne l'étaient pas dans celui que M. Verneuil a rencontré. Toute l'enveloppe tégumentaire des doigts était convertie en une gaine cicatricielle se continuant avec la large cicatrice, qui occupait toute la face palmaire, le poignet, et même une partie de l'avant-bras. Il ne restait plus de doigt auriculaire; il avait été sphacélé. L'espèce de gant cicatriciel qui enveloppait tout le squelette de la main fixait les autres doigts dans une attitude telle que les premières phalanges étaient un peu renversées du côté de la face dorsale, pendant que les deux dernières phalanges étaient fléchies jusqu'au contact des premières. M. Verneuil appliqua au redressement de ces doigts un procédé autoplastique qui consista à tailler, pour chaque doigt, un lambeau allongé rectangulaire, répondant par sa base au milieu de la seconde phalange, et par son sommet au niveau des articulations carpo-métacarpiennes. Une fois ce lambeau isolé par la dissection, le redressement devenait facile. Toutefois, comme on ne pouvait songer à prendre trois lambeaux juxtaposés à la région palmaire, M. Verneuil résolut de n'opérer que les deux doigts extrêmes, c'est-à-dire l'annulaire et l'indicateur. Le succès ne répondit pas à son attente; les lambeaux se mortifièrent, et avec eux les tendons fléchisseurs, bien qu'ils eussent été scrupuleusement ménagés dans la dissection. L'analyse rigoureuse que M. Verneuil a faite de ces accidents et de leurs causes montre que l'insuccès du procédé autoplastique pourrait facilement se reproduire. Dans ces conditions, il propose une innovation qu'il emploierait dans un second cas qui se présente, et qui consiste dans une rétraction extrême de l'index et du médius. Voici comment M. Verneuil expose lui-même

cette innovation : « Ne pouvant sûrement ajouter de l'étoffe à la partie antérieure des doigts fléchis, je propose, dit-il, de faire l'ablation d'une partie du squelette en conservant les tendons et tout le ligament du doigt. Il suffisait de faire l'extirpation de l'une des phalanges (la première ou la seconde, en totalité ou en partie) pour rétablir la proportion entre l'enveloppe trop restreinte et le squelette trop développé. Ne pouvant faire une anaplastie par prothèse, je ferais une anaplastie par exérèse. Cette opération, facile à pratiquer, causant peu de traumatisme, serait probablement peu grave, et, tout en mutilant les doigts, laisserait espérer le rétablissement des fonctions. Pour se rassurer sur les suites, et quant aux usages des doigts ainsi raccourcis, il suffit de se rappeler ce qu'on observe après les extirpations de phalanges, à la suite de *spina ventosa*, de carie, de nécrose ou de panaris. »

V

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire du diagnostic médical, par M. E. J. Woillez, médecin des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. grand in-8, de 932 pages. Paris, 1862, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Sous ce titre, M. le docteur Woillez nous a donné un ouvrage des plus importants pour la science du diagnostic. Comme l'auteur l'établit fort bien dans sa préface, la médecine, suivant le point de vue où on l'envisage, présente deux divisions fondamentales : la science et la pratique. A la première appartiennent la plupart des traités de pathologie générale et spéciale qui ont été publiés à toutes les époques ; à la seconde les traités de diagnostic, de séméiologie, comme les traités de thérapeutique. Dans cette seconde catégorie, on peut dire que l'on possède un beaucoup moins grand nombre d'ouvrages sur le diagnostic que sur la thérapeutique. Rien de moins rationnel que cette inégalité, car quelle est la première difficulté à laquelle se heurte l'élève qui aborde les malades pour la première fois, le jeune praticien qui débute dans la carrière, tout comme le médecin le plus instruit et le plus expérimenté, si ce n'est à cette éternelle question de la diagnose sans laquelle deviennent impossibles toute thérapeutique rationnelle et même toute étude scientifique des maladies? C'est sans doute que de tout temps il a fallu prescrire et formuler, et qu'au moyen d'une formule donnée avec assurance il a toujours été commode, dans la pratique, de dissimuler ses incertitudes ou même son ignorance. Le diagnostic, en tant que science précise, est une science moderne. Les progrès incessants des sciences physiques et naturelles ont donné l'exemple aux médecins, et ce sera la gloire de notre siècle et de l'école française en particulier d'avoir doté la médecine de ces méthodes d'observation qui l'ont fait entrer de plus en plus dans le cercle des sciences exactes et lui ont permis de répondre enfin par des faits précis à cette dénomination surannée d'*art conjectural* que ses détracteurs étaient toujours prêts à lui attribuer.

C'est donc à la suite du livre immortel de Laennec, à la suite des travaux d'Avenbrugger et de M. Piorry, qu'on a vu surtout se produire les livres qui avaient plus spécialement en vue la séméiologie, les méthodes propres à conduire au diagnostic, ouvrages qui sont à la pathologie scientifique ce que les traités d'analyse sont aux traités de chimie générale et descriptive. Les ouvrages sur le diagnostic ont paru, en effet, s'inspirer de l'esprit qui avait présidé aux traités d'analyse chimique ou aux dichotomies des sciences naturelles. La plupart des ouvrages que nous avons actuellement entre les mains, tels que l'élégant Traité du diagnostic de M. Racle ou le Traité d'auscultation de MM. Barth et Roger, pour ne citer que ceux qui ont conquis le plus justement la faveur du public médical actuel, ont plus ou moins tenté d'arriver à la connaissance de la maladie par une marche méthodique, dichotomique, autant que la complexité des phénomènes morbides pouvait le permettre, et qui, prenant pour point de départ le signe pathologique bien étudié, bien caractérisé, déduisait de sa présence seule ou de sa concordance avec d'autres signes la connaissance de la maladie. Ces livres ont ainsi posé le problème tel qu'il se présente, en effet, à la majorité de ceux qui débutent dans la pratique, et cette méthode nous semble certainement la meilleure quand il s'agit des maladies locales de la poitrine, de l'abdomen, des centres nerveux ; mais elle devient d'une application plus délicate quand il s'agit des maladies générales, dont il devient difficile, sans une localisation plus ou moins systématique, de chercher les signes dans les ouvrages dont nous parlons.

C'est sans doute pour éviter cet inconvénient, pour échapper à tout esprit de système, que M. Woillez a cru devoir renoncer à la méthode dichotomique et préféré s'en tenir à l'ordre alphabétique, donnant à son ouvrage la forme d'un dictionnaire, « la seule forme d'ouvrage, dit-il dans sa préface, dont le cadre se prête admirablement à ces recherches en apparence si difficiles. Là, chaque symptôme, chaque organe, chaque maladie, chaque moyen d'exploration utile, ont leur article facile à trouver immédiatement. Il en résulte que le lecteur est naturellement conduit de l'un à l'autre jusqu'à ce qu'en définitive il arrive, non pas simplement à dénommer la maladie, mais à l'étudier dans toutes ses particularités diagnostiques. »

C'est surtout l'utilité de ses lecteurs que M. Woillez a voulu consulter en adoptant cette forme plutôt que son intérêt personnel, car, dans un dictionnaire, on ne trouve ni le plan général, ni l'exposition de principes, ni les agréments du style, toutes les qualités enfin qui puissent frapper et séduire la plupart des lecteurs. M. Woillez croit devoir s'excuser d'avance sur son style : c'est une preuve de modestie de plus de la part du savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; mais nous pouvons le rassurer à ce sujet, son style est ce qu'il devait être : concis, correct et juste d'expression. C'est tout ce qu'on peut demander dans un ouvrage de cette nature ; tout développement eût été un hors-d'œuvre, et l'auteur a fait preuve d'un bon jugement en en faisant résolûment le sacrifice. L'ordre rigoureux, la méthode uniforme permettant de retrouver aisément ce qu'on recherche, telles devaient être les qualités fondamentales de la rédaction de son livre, et, sous ce rapport, l'exécution est de nature à satisfaire le critique le plus difficile ; c'est une justice que nous nous plaisons à rendre à l'auteur. Tout était à faire pour lui, car notre époque n'avait pas produit d'ouvrages de cette forme sur le diagnostic. Au siècle dernier, de 1770 à 1777, avaient paru trois dictionnaires sur le pronostic, les symptômes, le diagnostic, qu'il faut peut-être attribuer tous les trois au même auteur, Michel du Tennetar, comme M. Woillez nous l'indique dans sa préface : « Mais ce sont là des œuvres informes et vides pour l'époque où nous vivons, ne contenant d'ailleurs qu'un très petit nombre d'articles et où les questions de doctrine annihilent complétement les résultats de l'observation clinique. » L'auteur n'a donc pu en tirer aucun parti, il a dû tout faire par lui-même, et nous n'hésitons nullement à le croire quand il dit qu'il a fallu un très grand travail pour condenser en un seul volume des matériaux si considérables. Il faut s'être livré soi-même à des travaux semblables pour savoir au juste tout ce qu'il a fallu de science, de patience courageuse, d'amour constant de la vérité et enfin d'abnégation personnelle pour édifier un pareil ouvrage.

Le meilleur moyen de faire ressortir le mérite de l'auteur est d'exposer, non pas le plan de son livre, puisque sa forme même ne comporte pas de plan général, mais le nombre de points de vue différents auxquels il s'est placé pour choisir les articles qu'il a fait rentrer dans son cadre et dont le nombre dépasse de beaucoup celui qui forme habituellement la substance des traités de diagnostic et de séméiologie. Ainsi, on trouvera d'abord dans ce livre tous les symptômes ou signes

Digitized by Google

proprement dits, râles, matité, pouls, calorification, crachats, etc., avec leur description exacte, l'indication de leur valeur sémiotique; on trouvera l'exposition des diverses méthodes d'exploration et d'examen des malades.

Mais M. Woillez a bien élargi son cadre, il y a fait entrer comme éléments du diagnostic des articles d'anatomie, soit topographique, comme la région de l'aine, de l'aisselle, l'abdomen, etc., soit descriptive, poumon, cœur, vessie, etc., soit même histologique; il a donné la composition et les réactions normales des liquides de l'économie (sang, urine), soit de leurs principes immédiats (albumine, globules, leucocytes, etc.), ainsi que des actes physiologiques ou hygiéniques (âge, allaitement, accouchement), dont la connaissance importe au diagnostic. Nous y trouvons aussi tous les actes morbides élémentaires, depuis ceux qui semblent de nature purement dynamique (agitation, abattement, ataxie, etc.) jusqu'à ceux qui sont dus à une lésion matérielle appréciable ou à un processus morbide spécial (adhérences, atrophies, calculs, cancer, tubercule, abcès, etc.).

Bien des auteurs se seraient contentés de ce cadre, qui comprend déjà tous les éléments du diagnostic; M. Woillez a voulu y ajouter la contre-partie, c'est-à-dire la description succincte des maladies qu'on peut avoir à reconnaître, excellente idée, car si la constatation d'un phénomène morbide nous a fait soupçonner l'existence d'une maladie, nous pouvons immédiatement rechercher à côté, dans sa description, les autres signes qui la caractérisent.

Cette description est, on le comprend, très sommaire; elle est cependant très complète. Sous le titre d'*éléments du diagnostic*, l'auteur trace d'abord le tableau des symptômes caractéristiques de la maladie; sous celui d'*inductions diagnostiques*, il traite des affections qu'on pourrait confondre avec elle, des complications qu'elle peut présenter, des formes plus spéciales qu'elle affecte; enfin, sous un troisième titre, il en établit le pronostic, pensant avec raison que l'appréciation de la maladie n'est pas complète, si l'on n'indique pas en même temps son degré de gravité.

Chaque article forme ainsi une courte monographie de chaque maladie, qu'il est commode de rapprocher, en feuilletant le même volume, des signes proprement dits, à l'étude desquels se bornent habituellement les traités de diagnostic ou de séméiologie.

Nous ne pouvons sans doute faire ici l'analyse de ces articles séparés, dont nous avons lu un grand nombre avec plaisir et profit; qu'il nous suffise de dire que tous ces chapitres de pathologie sont toujours l'expression du dernier mot de la science. A côté des maladies les plus anciennement connues, nous trouvons toutes celles que des études récentes ont plus particulièrement fait connaître, la maladie bronzée d'Addison, la cachexie exophthalmique, les embolies, la leucocythémie, l'urémie, que l'auteur ne présente pas toujours comme des entités morbides bien assises, mais dont il discute la nature et la valeur en pleine connaissance de cause et avec une rare impartialité. Peut-être pourrait-on lui reprocher un peu d'indulgence envers la chromhidrose par exemple, qui aura bien de la peine à se relever de l'échec grave qu'elle a reçu dernièrement devant la Société des hôpitaux.

Nous devons remercier M. Woillez de nous avoir constamment indiqué les sources où il a puisé ses matériaux. Le lecteur peut ainsi, en recourant aux travaux originaux, se faire lui-même une opinion sur le point en litige, si le résumé et l'appréciation qu'en fait l'auteur laissaient quelques doutes dans son esprit. En cela, nous devons rendre justice à l'esprit consciencieux et libéral de notre savant confrère. Tous les travaux les plus récents, même les thèses inaugurales nouvellement soutenues, y sont cités à coté des noms des anciens. M. Woillez n'a rien oublié, n'a rien dédaigné parmi ces matériaux qu'apporte à l'édifice scientifique la jeunesse laborieuse.

Nous avons été heureux aussi de voir l'auteur puiser largement dans les recueils de nos diverses sociétés savantes,

années, et qui permettent d'obtenir des produits plus purs, partant plus certains dans leur action.

Bien que l'alcool et les quelques autres produits obtenus par la synthèse, d'après les procédés de M. Berthelot et exposés par M. Ménier, ne soient pas encore du domaine du pharmacien, nous ne pouvons passer sous silence ce progrès de la chimie, qui nous permet d'espérer que, dans un avenir prochain, il nous sera permis de former ainsi de toutes pièces quelques-uns de ces alcaloïdes, aujourd'hui si rares et si riches.

En attendant, nous voyons des progrès considérables dans la fabrication du chloroforme, qui est devenu l'objet d'une fabrication courante depuis son emploi comme anesthésique, et dont quelques industriels, tels que Désespringulle (de Lille), livrent au commerce de grandes quantités. Nous pensons que les progrès accomplis dans cette fabrication recevront un nouvel essor de l'emploi du *Methylated spirit* (c'est-à-dire d'alcool mêlé d'un neuvième de son poids d'esprit de bois, qui le rend impropre à la boisson), surtout si, en France comme en Angleterre, ce mélange pouvait être vendu pour les usages industriels sans payer de droits. Cela permettrait d'obtenir un chloroforme parfaitement apte à l'emploi chirurgical, malgré la très légère odeur persistante de l'esprit de bois. Nous sommes d'autant plus portés à le croire que les analyses faites par M. Handburg ne lui ont pas permis de trouver de traces sensibles de ce corps dans plusieurs échantillons qu'il a examinés.

Parmi les produits chimiques intéressants que présentait encore l'exposition, mentionnons l'acide carbolique, auquel on rapporte, depuis les expériences de M. Calvert, les propriétés médicales du coaltar, et qui possède très certainement des propriétés antiseptiques remarquables. Les manufactures peuvent aujourd'hui le livrer parfaitement pur.

Bien que le phosphore rouge n'entre pas dans le domaine immédiat de la médecine, nous ne pouvons cependant pas manquer de rappeler ici les avantages que présente cette forme de phosphore, qui permet d'éviter les empoisonnements si faciles avec le phosphore blanc ordinaire, avantages qui compensent et au delà l'inconvénient de fournir des allumettes moins commodes. On sait que ce produit est exploité aujourd'hui très en grand par une maison française, celle de M. Coignet.

Les iodures, chlorures et bromures, si fréquemment employés en médecine, étaient représentés par de magnifiques échantillons, parmi lesquels on remarquait ceux de la maison Tissier et fils, du Conquet, près de Brest, qui fournit annuellement 4 à 5000 kilogrammes d'iode et d'iodure de potassium, 8 à 900 kilogrammes de brome et 6 à 700 kilogrammes de bromure de potassium.

Si nous passons aux produits pharmaceutiques proprement dits, nous trouvons de magnifiques collections de médicaments envoyées par le collége de pharmacie de Philadelphie, MM. Howard et fils, etc.; mais nous devons remarquer que rien n'est venu indiquer à l'exposition un progrès notable dans la partie pratique de la pharmacie. La seule circonstance que nous puissions signaler, c'est la tendance de plus en plus prononcée de la substitution de l'industrie à la pharmacie proprement dite, et ce fait est surtout évident pour la préparation des divers alcaloïdes. C'est à cette tendance que nous devons d'avoir pu observer des cristaux, d'une dimension qu'on peut qualifier de gigantesque, de codéine, de strychnine, de morphine, etc., car ce n'est qu'en opérant sur des masses énormes de produits que les fabricants peuvent arriver à obtenir ces splendides spécimens. Parmi eux, nous devons citer au premier rang M. Ménier, dont les produits ont attiré tous les regards et ont permis à la France de rivaliser honorablement avec les fabriques les plus importantes de l'Europe.

A côté des alcaloïdes, qui ne sont que très exceptionnellement préparés dans les officines, nous devons remarquer encore, comme étant fournis souvent par l'industrie à la pharmacie, les poudres et les extraits. Pour les poudres, une série très remarquable était exposée par M. Ménier, qui a su établir une fabrication importante de produits pharmaceutiques réduits en poudre impalpable, et qui peuvent avec avantage soutenir toute concurrence avec les produits similaires de l'étranger. Quant aux extraits, et surtout à ceux préparés dans le vide, dont M. Grandval a proposé l'emploi en remplacement des extraits ordinaires, une série très intéressante en était exposée par M. Berjot (de Caen), qui a établi leur fabrication sur une grande échelle. Ces extraits, qui se présentent sous la forme de masses sèches et poreuses, ont l'avantage d'être plus solubles que les extraits ordinaires, mais ils ont l'inconvénient d'être hygroscopiques. Pour obvier à ce défaut, M. Berjot a imaginé un système de fermeture de vases qui permet d'absorber toute l'humidité de l'atmosphère du vase à mesure qu'elle tend à se former, et permet de conserver très longtemps le médicament sans qu'il s'altère. Malheureusement des expériences cliniques n'ont pas été faites encore assez nombreuses pour permettre de reconnaître quelles doses de ces extraits doivent être substituées à celles des extraits ordinaires, et bien que celles qui ont été faites jusqu'à ce jour aient semblé indiquer qu'il n'y aurait pas d'inconvénients graves à cette substitution, nous croyons qu'il serait très utile que quelques médecins, placés dans les circonstances les plus favorables, voulussent bien instituer des expérimentations qui donnassent une solution assurée à la question.

En somme, l'exposition de 1862 n'a pas offert pour la pharmacie de progrès bien sensibles sur celle de 1855; cependant l'intérêt qu'elle pouvait offrir, et offrait réellement, était parfaitement justifié par la beauté des échantillons présentés, et le choix heureux des collections réunies par les exposants. LÉON SOUBEIRAN.

M. le docteur Bisson, chef du service médical du chemin de fer d'Orléans, a succombé le 15 de ce mois, à l'âge de soixante et un ans.

— Un autre de nos confrères de Paris, M. Lusignan, vient de mourir subitement au moment où il accouchait une de ses clientes. Il était âgé de cinquante-quatre ans.

— On nous annonce aussi la mort d'un de nos confrères de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), M. le docteur Bellamy, médecin de la prison.

— La Société d'anthropologie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1863. Ont été nommés : *président*, M. de Quatrefages ; *vice-président*, M. Gratiolet ; *secrétaire général*, M. Broca ; *secrétaires*, MM. Dally et Trélat ; *trésorier*, M. Bertillon ; *archiviste*, M. Lemercier.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

AGENDA DE POCHE DU MÉDECIN PRATICIEN, contenant le calendrier de 1863, à deux jours à la page ; un *Formulaire*, un *Memento thérapeutique*, le *Dictionnaire des eaux minérales*, et une foule de renseignements utiles au médecin. Paris, Germer Baillière. Cartonné avec belle couverture. 1 fr 25

TRAITÉ DES MALADIES A URINES, ALBUMINEUSES ET SUCRÉES, OU DE L'ALBUMINURIE ET DU DIABÈTE SUCRÉ DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES MALADIES, par le docteur *J. Abeille*. In-8 de 730 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils. 8 fr.

CAUSERIES SCIENTIFIQUES : DÉCOUVERTES ET INVENTIONS ; PROGRÈS DE LA SCIENCE ET DE L'INDUSTRIE, par *Henri de Parville*. 2e année. In-18 de 425 pages, avec 30 figures dans le texte et un spectre coloré. Paris, F. Savy. 3 fr. 50
La 1re année a paru en décembre 1861.

LE TRAVAIL : SON INFLUENCE SUR LA SANTÉ, par le professeur *A. Bouchardat*. (Conférences de l'Association polytechnique pour l'enseignement gratuit des ouvriers, faites dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine les 8 et 15 juin 1862. In-18 de 150 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr 50

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE SERVICE SANITAIRE EN CAMPAGNE, ET PRINCIPALEMENT SUR L'IMPORTANCE DES ÉVACUATIONS DES MALADES ET DES BLESSÉS AU MOYEN DES CHEMINS DE FER, par le docteur *Catteloup*. In-8 de 48 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr. 50

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES MORT-NÉS EN FRANCE, par le docteur *Allaire*. Grand in-8 de 8 pages, avec une carte. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

PROGRAMME DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE, FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT LES ANNÉES SCOLAIRES DE 1861, 1862 et 1863, par le docteur *Monneret*. 2e année, 1862. Paris, Béchet jeune. 1 fr. 25

PRIX D'ABONNEMENT POUR LES PAYS ÉTRANGERS, PAR LA POSTE, A LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

	Par année.
Portugal, Suisse	25 »
Italie	26 »
Angleterre, Espagne, Égypte et Turquie, Grèce, Pays-Bas	27 »
Autriche, Bade, Bavière, Belgique, Danemark, Hanovre, Hesse, Villes libres, Pologne, Prusse, Russie, Saxe, Suède	28 »
Australie, Canada, Colonies, Cuba, États-Unis, Mexique, Nouvelle-Grenade (voie anglaise)	29 »
Asie, Brésil, Chine, Cochinchine, Inde, Réunion, Moldavie	31 »
États-Romains	34 »
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36 »

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES.

A

ABBATE. Vision par une cornée artificielle, 728. — Rage canine en Orient, 772.
Abcès. — de la fosse iliaque (sur les), 35, 67, 81. — du cerveau (curabilité des), 760. — du foie (énorme), 298. — d'un lobe antérieur du cerveau avec mutisme, 663. — lombaire suite de pleuro-pneumonie, 382. — péri-uréthraux suite de blennorrhagie, 343.
Abdomen par une baïonnette (guérison après transfixion de l'), 524.
Abdominales (moyen de provoquer l'adhérence des parois du ventre avec les tumeurs), 729, 748.
Absorption par les vaisseaux lymphatiques, 410. — (influence de l'électricité sur l'), 680, 706, 770.
Académie de médecine. Nomination des commissions permanentes, 10. — Séance annuelle, prix de 1862, 793. Prix proposés pour 1863, 809.
Académie des sciences. Prix décernés pour 1861 et proposés pour les années suivantes, 7.
Accouchée (transfusion chez une), 497. — à l'hôpital de Lourcine (mortalité des), 228.
Accouchement empêché par l'oblitération du col, 442. — forcé par les voies naturelles, substitué à l'opération césarienne, 667. — prématuré artificiel (statistique sur l'), 47. — prématuré artificiel par les douches utérines, 478. — prématuré artificiel (indication et procédé d'), 716, 728. — (guérison après une rupture de l'utérus dans l'), 701. — (relâchement des symphyses du bassin après l'), 347.
Acétate de potasse dans la blennorrhagie, 749.
Achromatisme de l'œil (défaut d'), 379.
Acide carbonique comme anesthésique, 379. — carbonique dans le traitement des plaies rebelles, 240. — chlorhydrique du commerce (arsenic dans l'), 636. — gallique contre l'entérorrhagie, 658. — sulfurique (empoisonnement par l'), 510.
Aconitine (effets toxiques de l'), 404.
ACTON (W.). Épidémie de variole chez les moutons, 651.
Acupuncture comme opération préalable de la cure des tumeurs abdominales, 729, 748.
ADAMS (John). Ablation du maxillaire inférieur pour une nécrose phosphorée, 572.
Adhérence des tumeurs abdominales avec le péritoine (moyen de provoquer l'), 729, 748.
ADRIAN. Variétés de l'eau de laurier-cerise, 659.
Æsculus glabra contre les fièvres intermittentes, 307.
AÏDÉ. Acide gallique contre l'entérorrhagie, 658.
Air raréfié (influence de l'), 363.
ALBERTETTI. Sur les vaccinations infectantes de Rivalta, 34.
Albumineuse (lait contre la néphrite), 749.
Albuminurie (tannin et noix vomique contre l'), 125.
Alcalins à haute dose (traitement du rhumatisme articulaire aigu par les), 465, [illegible]
Alcoolisme chronique par le quinquina (traitement de l'), 698. — Voy. *Ivrognerie.*
Algérie (hygiène de l'), 222.
Aliénation mentale par l'hydrothérapie (traitement de l'), 642, 650. — mentale méconnue, 28. — suite de masturbation et guérie par l'amputation du clitoris, 335.
Aliénés. — de la Seine (question du service des), 241, 809. — (influence de la translation des), 252, 258, 269, 391, 437. — (viande sèche contre la diarrhée chronique des), 477.
ALVARENGA (da Costa). Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune de Lisbonne, 61, 93.
AMBROSOLI. Acétate de potasse dans la blennorrhagie, 749.
Amélie-les-Bains (indicateur médical d'), 571.
Amérique tropicale au point de vue de la constitution médicale (altitudes de l'), [illegible]
AMMON (d'). Développement de l'œil humain. — De l'*acyclie*, de l'*iridérémie* et de l'*hémiphakie*. — De l'*épicanthus*, 110.
Amputations dans les hôpitaux de Paris (résultats statistiques des), 204.
Amygdale (écartement de la carotide interne pour l'opération d'un cancer de l'), 749.
Amyloïde des viscères (dégénération), 145.
Anatomie micrographique (instrument à pratiquer des coupes minces de tissu pour l'étude de l'), 74.
Anesthésique (acide carbonique comme), 379.
Anévrysme. — de l'aorte laryngoscopie dans un cas d'), 12. — de l'aorte avec perforation de l'œsophage, 79. — guéri par la compression digitale, 470, 685. — chez le même malade (quatre), 687. — de l'aorte ouvert dans la trachée, 701. — (compression digitale dans les), 673, 796. — iliaque guéri par l'ouverture du sac et la ligature des artères iliaques primitives interne et externe, 511. — de la fémorale guéri par la compression digitale, 716. — poplité traité par la ligature après l'insuccès de la compression, 174.
Angine. — couenneuse (épidémie d'), 43. — de poitrine (fumée de tabac, cause d'), 394. — de poitrine causée par la fumée de tabac, 426. — de poitrine (sur l'), 631. — (inhalation d'une solution de nitrate d'argent dans l'), 740. — phlegmoneuse (cas d'), 105. — tonsillaire (mort par hémorrhagie dans l'), 300.
Aniline (traitement de la chorée par le sulfate d'), 606.
Ankylose. — angulaire du fémur (méthode diaclastique dans le cas d'), 586. — coxo-fémorale guérie par l'ostéotomie cunéiforme, 284. — de la mâchoire (opération de la fausse), 690. — des mâchoires (opération d'Ermach pour l'), 815.
ANNANDALE. Trachéotomie chez un enfant de trois mois, 702.
Anthrax (traitement de l'), 453.
Anus. — artificiel (résultat d'une opération d'), 254. — imperforé (opération d'), 684. — imperforé par oblitération du gros intestin, 298.
Aorte. — ouvert dans la trachée (anévrysme de l'), 702. — avec perforation de l'œsophage (anévrysme de l'), 79. — (laryngoscopie dans un cas d'anévrysme de l'), 12.
Aortite suppurée donnant lieu à l'infection purulente, 11.
Aphonie (eau du Mont-Dore contre l'), 324.
ARCHAMBAULT. Cas de pellagre sporadique, 619.
Argent (coloration noire de la peau et dépôts métalliques, suite du traitement par le nitrate d'), 79.
Argyriasis avec dépôt métallique dans les viscères, 79.
ARRACHART. Résection du cubitus, 764.
Arséniate d'antimoine dans les maladies du cœur, 315.
Arsenic; sa présence dans l'acide chlorhydrique du commerce, 636. — contre la rage, 664. — contre l'ophthalmie pustuleuse, 816.
Artère. — fémorale guérie par la compression digitale (anévrysme de l'), 716. — fémorale (gangrène de la jambe et oblitération de l'), 298. — iliaque primitive (ligature de l'), 571. — pulmonaire (mort par embolie de l'), 266, 268. — centrale de la rétine (embolie de l'), 319. — mésentérique supérieure (embolie de l'), 637. — pulmonaire (contraction de l'), 298. — pulmonaire (embolie de l'), 72, 756. — viscérales (sensibilité des), 587. — sous-clavière pour une plaie de l'axillaire (ligature de l'), 571.
Arthritiques (phosphore contre les affections), 747.
Artichaut (sur l'extrait d'), 715.
ARTIGUES. Traitement de la néphrite albumineuse par le lait, 749.
Association générale des médecins : doit-elle avoir un journal officiel? 734. — (séance annuelle de l'), 691, 718.
Astigmatisme et verres cylindriques (sur l'), 747.
Asymétrie des deux moitiés du corps, 541.
Ataxie. — locomotrice progressive (nitrate d'argent contre l'), 557. — locomotrice (cas d'), 28, 180, 247, 277, 348, 354. — locomotrice (recherches sur l'), 70. — musculaire (sur l'), 114.
Attentats aux mœurs (sur les), 817.
Avant-bras en arrière et en dedans (luxation de l'), 570.
AXENFELD. Cas de méningite cérébro-spinale, 668.

B

BAILLARGER. Du goître chez les animaux domestiques, 617, 820.
Bains de mer (*Traité des*), 572.
Bains de mer pour les soldats malades, 75.
BALDOU. Traitement de la folie par l'hydrothérapie, 642, 650.
BAMBERGER. Étude des crachats, 255.
BARTHEZ. Expectation dans la pneumonie des enfants, 236. — Trachéotomie chez un jeune enfant, 806.
Bassin (étude sur le), 540. — quand l'enfant traverse le détroit inférieur (écartement des os du), 554. — (version pelvienne dans certains rétrécissements du), 460. — relâchement de ses symphyses après l'accouchement, 347.
BAUCHET. Du guaco dans le pansement des plaies, 51. — Fausse ankylose de la mâchoire, 699. — Résection du coude, 429. — Rapport sur les abcès de la fosse iliaque, 35, 67.
BAYARD (T.). *Traité des maladies de l'estomac*, 606.
BEAU. Fumée de tabac comme cause d'angine de poitrine, 394. — Réflexions sur le sphygmomètre de MM. Chauveau et Marey, 787, 804.
BEAUDOIN. Consanguinité chez les animaux domestiques, 521.
BEAUGRAND. Accidents saturnins chez les émailleurs, 74.
BÉCLARD (J.). *Traité de physiologie*, 319.
BÉHIER. Traitement de la péritonite par le froid appliqué sur l'abdomen, 218.
BELHOMME. *Æsculus glabra* contre les fièvres intermittentes, 307.
BELL. Rupture de l'utérus dans l'accouchement ; guérison, 701.
Belladone dans un empoisonnement par l'opium, 701.
BENCE JONES. Présence du sucre dans l'urine naturelle, 306.
BENEDEN (van). Transformations des entozoaires, 379. — Sur la migration des entozoaires, 492.
BENOIT DE GIROMAGNY. Mutisme, avec abcès d'un lobe antérieur du cerveau, 663.
BÉRAUD. Ligament supérieur du péricarde et circulation collatérale du cœur, 60.
BERCHEN. Dangers du tatouage, 539, 269.
BEREND. Guérison d'une ankylose coxo-fémorale vraie par l'ostéotomie cunéiforme, 284.
BERGERON. De l'ictère grave, 398. — De l'ictère grave ou typhoïde, 668.
BERNARD (Claude). Études sur le grand sympathique, 520, 552, 568, 585.
BERNARD. Emploi thérapeutique de l'iode à l'état naissant, 75.
BERNUTZ (G.) et GOUPIL (E.). *Clinique des maladies des femmes*, 420, 558.
BERTHERAND. Histoire médico-chirurgicale de la campagne de Kabylie, 300.
BERTHIER. Traitement de la diarrhée des aliénés par la viande sèche, 477.
BERTILLON. Villégiature au bord de la mer, 572.
BERTRAND (Camille). Conformation osseuse de la tête chez l'homme et les vertébrés, 702.
BEZOLD (Alberto). Action du curare sur le système nerveux, 495.
BICKERSTETH. Ligature de l'iliaque primitive, 571.
BIDIE. Accidents produits par certaines espèces de miels, 129.
BIERVLIET (van). Action de la salive parotidienne sur la fécule des aliments, 126.
BILLOD. Sur la pellagre et le typhus pellagreux, 725. — De la pellagre, 714.
Biométrie (de la), 314. — et dynamoscopie, 380.
BISSELL. Paralysie diphthéritique, 706.

Blastoderme sans segmentation du vitellus (production des cellules du), 73.
Blennorrhagie (abcès péri-uréthraux suite de), 343. — (acétate de potasse dans la), 749. — (sels d'étain contre la), 658.
Blépharoplastie (nouveau procédé de) 429.
Blépharoptose (traitement de la), 122, 312.
BLOT. Tumeur congénitale du cou, 748. — Version pelvienne dans certains cas de rétrécissement, 460. — Guérison spontanée des varices, 253.
BODART. Conservation de la pommade citrine, 740.
BOECK. Des maladies syphilitiques, 491.
BOINET. Des désinfectants en thérapeutique, 826, 644, 708. — Opération d'ovariotomie, 674, 675, 698, 764.
BORELLI. Instrument pour l'opération du phimosis, 716.
BOUCHARD. Injections iodées dans l'hydarthrose chronique, 701.
BOUCHUT. *Hygiène de la première enfance*, 687. — Docimasie pulmonaire optique, 492, 539, 554. — Nouvelle méthode de docimasie pulmonaire, 153. — Thoracocentèse sans écoulement de liquide, 781.
BOUDIN. Danger des mariages consanguins, 409, 435, 499, 513, 521, 531, 714, 826.
Boulangerie au point de vue de l'hygiène, 581.
BOULEY (H.). Lésions produites par la trachéotomie chez le cheval, 625, 631.
BOULLAY. Fabrication des eaux gazeuses, 284.
BOULONGUE. Éléphantiasis des grandes lèvres, 190.
BOURDIN. Mouvement de la population en France, 113.
BOURDON (H.). Recherches sur l'ataxie locomotrice, 76.
BOURILLON. Physiologie du cervelet, 522.
BOUSQUET. Sur l'origine du vaccin, 337, 346.
BOUVIER. Rapport sur les canules à trachéotomie, 609, 618.
BOYS DE LOURY. Notice sur Cazeaux, 216. — Revue des travaux de la Société de médecine du département de la Seine, 104.
BRANVICOURT. Pleuro-pneumonie terminée par un abcès lombaire, 382.
BRANZEAU. Séjour prolongé d'un corps étranger dans l'orbite, 479.
BRETONNEAU (obsèques de), 301, 320.
BRIAU. Forme de pneumonie, 338, 374.
BRIERRE DE BOISMONT. Des secours à domicile, 331.
BRIQUET. Mort brusque par embolie de l'artère pulmonaire, 73.
Brise-pierre à levier, 269.
BROCA. Éloge de Lallemand, 61, 65. — Deux cas d'aphémie; localisation de la parole, 621. — Généralisation d'un lipome, 360. — Gangrène de la jambe ; oblitération de la fémorale, 298.—Pulsations des liquides dans le canal médullaire des os, 478. — Eschare profonde du sacrum, 124.
BROCHARD. Bains de mer de la Tremblade, 572.
Brochet (production artificielle de monstruosités dans l'œuf de), 268.
Bronches (sortie par les parois thoraciques d'un corps étranger introduit dans les), 687.
Bronchiectasie (crachats dans la), 255.
Brosse électrique, 553.
Bruit de souffle. — carotidien chez les enfants, 2. — dans l'encéphalocèle pulsatile, 108. — continu sous-sternal dans la cachexie saturnine, 108.
Bruits anormaux des vaisseaux abdominaux, 665.
BUEZ. Sur la fièvre jaune, 441. — Lettres médicales sur le Mexique, 737, 769, 785.
BUISSON. Guérison de la morve, 43.
BURLET. Inégalité des deux côtés du corps, 541.

C

CABANELLAS. Traitement de la fièvre puerpérale, 186.
Cadavérique (de la rigidité), 187.
Cadavres (pénétration des liquides dans l'estomac des), 511.
Café (procédé pour reconnaître la chicorée dans le), 308.
CAILLAT. Source minérale des Yeux, 572.
Calcul. — urinaire ayant résisté à la lithotritie, 105. — développé dans la région prostatique, 251. — intestinal énorme, enlevé par l'entérotomie, 413. — vésical (cystotomie : absence de), 158.
Calculs vésicaux (divers), 632.
CALVO. Sels d'étain contre la blennorrhagie, 658.
Campêche (vésiculation des plaies par l'extraction de), 963.
CANADAY. Remèdes contre les vomissements de la grossesse, 50.
Canal médullaire des os (pulsation des liquides dans le), 478.
Canaux. — cholédoque et pancréatique (abstraction des), 299. — excréteurs (kystes par dilatation des), 292.
Cancer. — de la langue par l'écraseur (ablation d'un), 510. — de l'amygdale (opération d'un), 749. — de la lèvre simulé par la racine d'une dent canine, 286.
Cancéreuse de la base du crâne (tumeur), avec compression de la protubérance et du bulbe, 39, 64.
Cancéreux (extirpation d'un rein), 92.
Cancroïde de la lèvre (modification de la chéiloplastie par un), 84.
Carbonate de chaux dans les eaux publiques, 681.
CARBONNEAU. Substitution de l'ergot de froment à l'ergot de seigle, 403.
Carotide interne (opération d'un cancer de l'amygdale en écartant la), 749.
Cascarille (emploi médical de l'écorce de), 130.
CASPER. *Traité de médecine légale*, 414.
CASTELAIN. Hypertrophie de l'estomac, 623.
CASTORANI. Causes des taches de la cornée, 697.
Castration pour masturbation avec épilepsie, 335.
Cataracte (méthode galvanoplastique pour l'opération de la), 122.— (pince-aiguille à), 123.
Catarrhe. — chronique (crachats dans le), 255. — *d'été* (*Traité du*), 750. — *d'été*, sans fièvre de foin (observations de), 169.
Cathéters cannelés, 42.
CAYTAN. Angine tonsillaire, mort par hémorrhagie, 360.
CAZALAS. Typhus de l'armée d'Orient, 442.
CAZEAUX (notice sur), 316.
CAZENAVE (de Bordeaux). Coryza et punaisie non syphilitiques, 728.
CAZENEUVE. Ulcère simple de l'estomac, 350.
CÉLÉRIER. Accident produit par une piqûre de guêpe dans le pharynx, 50.
Céraste. Voy. *Vipère cornue*.
Cercle ciliaire (absence du), 110.
Céréales (maladies causées par les cryptogames des), 739.
Cérébral (cas de rhumatisme), 47. — (syphilis), 521. — (mouvement circulaire, suite de lésion), 155.
Cerveau (mutisme avec abcès d'un lobe antérieur du), 663. — et cervelet (troubles de l'intelligence et de la coordination des mouvements par double lésion du), 492. — (mobilité des abcès du), 760. — tout entier, organe de l'intelligence, 760. — (guérison des paralysies par cicatrisation du), 476. — (curabilité des blessures du), 476.
Cervelet (physiologie du), 522. — (sclérose du), 724. — (sur les lésions du), 399.
CHAIRON. Oblitération congénitale du gros intestin, 298.
Chaleur. — propre des insectes, 539. — chez les animaux (transformation du mouvement en), 508. — et froid au point de vue physiologique, 826.
CHAMPENOIS. Nécrose invaginée du tibia, 429. — Fracture du col de l'humérus avec luxation, 429.
Chancre (non-identité de la syphilis et du), 92.
CHARCOT. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose, 489.
CHARCOT et VULPIAN. Traitement de l'ataxie locomotrice par le nitrate d'argent, 557. — De la paralysie agitante, 54. — Atrophie des cordons postérieurs de la moelle et des racines postérieures (ataxie locomotrice), 247, 277. — Paralysie diphthéritique du voile du palais; altération des nerfs, 387. — Nouveau cas d'ataxie locomotrice, 354.
CHARRIÈRE. Appareil pour l'éclairage laryngoscopique, 74. — Instruments pour l'ovariotomie, 139. — Pince dilatatrice à trois branches, 171. — Lithotome double, 217. — Appareil pulvérisateur, 234. — Nouveau pelvimètre, 43. — *Inciseur bilatéral* du col utérin, 410.
CHASSAGNY. Comparaison du forceps ordinaire et du forceps à tractions continues, 411, 452. — Prophylaxie de la syphilis chez les souffleurs de verre, 773, 793.
CHASSAIGNAC. Anévrysme de la fémorale guéri par la compression digitale, 716. — Antagonisme de la syphilis et de l'infection purulente, 604. — Fracture de la rotule non consolidée, 748. — *Traité des opérations chirurgicales*, 239. — Cas probable d'hydrocéphalie, 524. — Ablation d'un cancer de la langue, 510. — Anévrysme guéri par la compression digitale, 685. — Résection du premier métatarsien, 428.
Chaulmoogra contre les affections cutanées, 308.
CHAUVEAU (A.). Du pneumogastrique comme coordinateur des contractions œsophagiennes, 210. — Origine des nerfs moteurs crâniens, 379.
CHAUVEAU. Voy. MAREY.
CHAUVEAU et MAREY. Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules, 41, 294.
Chefs de clinique (concours pour les), 561.
Chéiloplastie, avec modification du procédé, pour un cancroïde de la lèvre, 84.
Chemins de fer. — leur influence sur la santé des employés, 459. — (danger du non-chauffage des wagons de), 89. — leur influence sur l'hygiène publique, 363.
Chenilles urticantes, 657.
CHEVALIER (Ch.). Nouvel ophthalmoscope, 152.
CHEVALIER-DUFAU. Modification du stéthoscope, 104.
Chicorée dans le café (procédé pour reconnaître la), 308.
CHILD (W.). Des mariages consanguins, 421.
Chirurgie (résumé de), 401.
Chirurgie navale (*Traité de*), 47.
Chloroforme (mort par le), 413, 510.
Chlorose chez les enfants, 205.
Cholédoque (obstruction du canal), 299.
Choléra (remède contre le), 521. — (*Eupatorium cannabinum* dans le), 691. — (traitement du), 761. — (remède contre le), 139.
Cholérines de l'été de 1861, 106.
CHOPIN. Folie attribuée à une fracture du crâne, 605.
Chorée avec hallucinations, 320. — son traitement par le sulfate d'aniline, 66[illegible]
CHRESTIEN. Lithotripsie chez les enfants, 864.
CINISELLI. Galvanocaustique par action chimique, 283, 827.
Circulation fœtale (influence de la pression utéro-amniotique sur la), 809.
Cirrhose (nouveau signe de la), 698.
Citron (traitement de l'ictère par le suc de), 402.
Citrouille (traitement du ténia par les graines de), 305.
CIVIALE. Compte rendu d'opérations de lithotritie en 1861, 139.
Climat. — du midi de la France (influence exercée sur les maladies de poitrine par le), 715. — de Vienne, 43.
Climats (des) sous le rapport hygiénique et médical, 717.
Clinique chirurgicale de M. Voillemier, 13[illegible]
Clitoris (troubles intellectuels disparus après l'amputation du), 335.
CLOSMADEUC (de). Lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale, 225. — Mort subite un an après une chute sur la tête, 571.
Cochinchine (fièvres pernicieuses de la), 318.
Codex (rapport à l'Empereur sur la révision du), 17.
Cœnure en ténia (transformation du), 56[illegible]
Cœur (arséniate d'antimoine dans les maladies du), 315. — (détermination graphique du temps de l'impulsion du), 41, 294. — (sur la circulation collatérale du), 60. — (cas de rupture du), 694. — (rapport réciproque des bruits et des mouvements du), 787, 804, 825, 826. — et foie (altération graisseuse du), 23. — (rhumatisme du), 541. — à travers une fissure du sternum (expériences sur les battements du), 298.
Col de la vessie (structure du muscle obturateur du), 537.
COLIN. Énorme abcès du foie, 296.
COLIN (d'Alfort). *Absorption par les vaisseaux lymphatiques*, 410. — Mouvements pulsatiles des sinus de la veine cave, 630. — Sensibilité des artères vésicales, 587.
COLIN (du Val-de-Grâce). Tænia solium fenêtré, 660. — Vertu ténifuge de l'écorce sèche de racine de grenadier, 1[illegible].
Colique. — néphrétique (lait dans la), 1[illegible]. — sèche des pays chauds (étiologie saturnine de la), 522. — sèche (nature saturnine de la), 598, 509.
COLLIN. Voy. ROBERT.
COLLINEAU. Hernies congénitales, 397, 461. — Sur les abcès de la fosse iliaque, 35, 67.
Collodion. — contre une tumeur hématique du crâne, 271. — vésical, 639.
COLLONGUES. Dynamométrie et biométrie, 380. — De la biométrie, 314.
Colonne vertébrale (guérison d'une fracture de la), 351. — (types morphologiques de la), 505.
Concours à la Faculté de médecine (projet de rétablissement du), 80, 97. — pour les chefs de clinique, 561.
Concrétion sanguine de l'artère pulmonaire, 296.
Congestion cérébrale causée par le froid et la chasse, 42.
Consanguines (danger des unions), 40[illegible] 417, 421, 435, 458, 491, 499, 513 521, 531, 538, 585, 586, 706, 71[illegible] 780, 826.
Conscience musculaire (perte de la), 621.
Constipation (traitement de la), 175.
Contractures musculaires (extensions manuelles pour la cure des), 622.
COOPER (de San-Francisco). Masturbation, amputation du clitoris, cessation des troubles intellectuels, 335.
Coqueluche (traitement de la), 79.
COQUEREL et MONDIÈRE. Larves d'œstrides chez l'homme et les animaux, 100.
Cordes vocales (paralysie d'une des), 92.

— (constatation par le laryngoscope d'un polype des), 381, 550.
Cordon (mort du fœtus par torsion du), 567.
Cornée. — artificielle (vision par une), 728. — (contre M. Kuehne, au sujet des nerfs de la), 205. — (causes des taches de la), 697.
Corps. — étranger introduit dans les voies respiratoires et sorti par les parois thoraciques, 687. — étranger du rectum (extraction d'un), 123. — humain (proportion du), 727. — (inégalité congénitale des deux moitiés du), 541. — étranger dans l'orbite (séjour prolongé d'un), 479.
Corvisart (L.). Emploi thérapeutique des lactates alcalins, 419, 502. — Action du suc gastrique et des peptones sur la lumière polarisée, 459.
Coryza. — et aphonie (eaux du Mont-Dore contre le), 324. — non vénérien (sur le), 728.
Cosmétiques au point de vue de l'hygiène, 364, 395. — (de l'intervention de l'autorité dans la vente des), 588.
Cotyloïdien (fracture du sourcil), 366.
Coude (de la résection du), 333. — (résection du), 429.
Couerbe. Composition d'ossements humains trouvés dans des tombeaux, 43.
Cours complémentaires à la Faculté de médecine (institution des), 520, 530.
Courty. Vésicatoires sur les paupières dans les inflammations de l'œil, 765.
Cousins. Invagination intestinale guérie par l'insufflation, 686.
Coutouly. Opération césarienne, 522.
Cozzi (Antonio). Empoisonnement par l'acide sulfurique, 510.
Crachats dans diverses maladies (étude des), 255.
Crâne (nouveau signe de la fracture de la base du), 125. — (folie par fracture du), 605. — (mensuration du), 600. — chez les vertébrés (os du); 508. — (bons effets du collodion dans un cas de bosse sanguine du), 271.
Cristallin dans la vision binoculaire (décentralisation du), 595, 603.
Cristallinien antérieur (absence du disque), 210.
Croissance et structure de l'homme (loi de la), 426.
Crisp (Antoine). Hypertrophie du corps thyroïde avec névropathie du cœur et exophthalmie, 547. — Du goître ophthalmique, 614. — Signes fournis par l'inspection de la langue, 822.
Croup (traitement chirurgical du), 379. — trachéal chez un enfant de trois ans et demi (trachéotomie heureuse pour un), 201. — bronchique et ascendant, 814.
Cryptogames des céréales (maladies causées par les), 789.
Cubitus (résection du), 764.
Cullerier. Rapports sur des travaux de syphilographie, 124.
Curare (traitement de l'hydrophobie par le), 701, 736. — son action sur le système nerveux, 495.
Cutter (Ephraim). Emploi thérapeutique du *Veratrum viride*, 486. — Réduction de la luxation du pouce, 643.
Cysticercus tenuicollis (expériences sur le), 698.
Cystotomie, absence de calcul, 158.
Cytisus laburnum comme purgatif et émétique, 403.
Czermak. Du traitement local à l'aide du miroir laryngien, 293.

D

Dally. Question des unions consanguines, 499, 513, 531, 706.
Danet. Hoquet grave guéri par le valérianate de zinc, 646. — Origine de l'accès et loi des intermittences, 90.
Dannecy. Association de l'huile de foie de morue à la magnésie, 130.
Dareste. Causes des monstruosités par arrêt de développement, 747. — Monstruosité hétéromorphe chez un poulet, 592.
Dartres (remède contre les), 139.
Davaine. Transformation du cœnure en ténia, 506.
Davies (Herbert). Bruit de souffle continu sous-sternal dans la cachexie saturnine, 108.
Debout. Hernies ombilicales congénitales, 397, 461. — Rapport sur la décentralisation du cristallin, 603.
Décanat (décret sur le), 257.
Dechambre. De l'ictère grave, 177, 323. — Responsabilité médicale, 640, 577. — Responsabilité des aliénistes, 724. — Nature de la dysenterie, 823, 385. — Question du service des aliénés de la Seine, 241.
Dégénération lardacée des viscères, 145.
Dégranges. Opération d'ovariotomie, 728.
Dégranges et Lafargue. Ecchymoses sous-pleurales comme signe médico-légal, 92.
Delaporte. Eaux de Luxeuil, 572.
Delasiauve. Responsabilité des aliénistes, 607.
Delbruck. Quantité d'air nécessaire à la respiration pendant le sommeil, 827.
Délire singulier dû au haschisch, 444.
Delore. Traitement des pieds bots congénitaux, 426.
Demarquay. Liquide galactoïde dans un kyste du testicule, 604. — Ablation de polypes naso-pharyngiens par un procédé ostéoplastique, 553. — Opération d'ovariotomie, 88, 104, 124.
Demarquay et Leconte. Analyse des gaz dans l'emphysème traumatique, 73. — Traitement des plaies rebelles par l'acide carbonique et l'oxygène, 210.
Demeaux. Sur la régénération des tendons, 284.
Démence (sur la), 810.
Déments paralytiques (délire hypochondriaque chez les), 534, 550.
Depaul. Imperforation de l'anus, 290. — Cas remarquable de *spina bifida*, 174. — Rapport sur les vaccinations, 60.
Desguin. Cas de rhumatisme cérébral, 46.
Désinfectants (emploi thérapeutique des), 626, 644, 708.
Désinfection des plaies par l'extrait de campêche, 363.
Desjardins. Accidents produits par l'introduction d'une sangsue dans le pharynx, 129.
Desmartis. Désinfection des plaies par l'extrait de campêche, 363.
Désormeaux. Sur l'aération des hôpitaux, 508, 522. — Extraction d'un corps étranger du rectum, 123.
Despinois et Garreau. Propriétés des eaux et extraits de foies de morue, 682.
Desponts. Huile de foie de morue contre l'héméralopie, 460.
Després. Traité de l'érysipèle, 732, 760. — Sur l'érysipèle, 314.
Deval (Ch.). Traité des maladies des yeux, 652.
Devay (F.). Danger des mariages consanguins, 499, 513, 531, 706, 780.
Devergie. Proposition d'instituer un conseil d'hygiène près le directeur de l'assistance publique, 285.
Deville. Rapport entre le nombre des mort-nés et celui des décès à Paris, 741, 774.
Devilliers. Cas de dystocie, 701, 784. — Relâchements des symphyses du bassin après l'accouchement, 347.
Diabète sucré guéri par le sucre, 444.
Diaclastique (redressement du membre inférieur par la méthode), 586.
Diagnostic médical (*Dictionnaire de*), 830.
Diarrhée chronique des aliénés (viande sèche contre la), 477.

650. — par la tanaisie, 307. — par l'acide sulfurique, 510. — par le raisin attaqué par l'oidium, 194. — par l'aconitine, 405. — par la chair des perdrix, 803.
Emprisonnement cellulaire (de l'), 665.
Encéphalocèle avec *spina bifida occipitis*, 496. — pulsatile (bruit de souffle dans l'), 108.
Enchondrome du doigt (ablation d'un), 166.
Endocardite valvulaire avec sclérose du cervelet, 724
Enfance (chlorose de l'), 205. — (hygiène de la première), 687. — (trachéotomie dans la première), 723, 743, 806.
Enfants. — assistés à Bordeaux (mortalité des), 233. —(expectation dans la pneumonie des), 236. — (bruit de souffle carotidien chez les), 2. — (lithotripsie chez les), 507, 684.
Enghien-les-Bains (notice sur), 572.
Entérotomie (calcul intestinal enlevé par l'), 413.
Entozoaires (migration des), 313, 409, 402. —(transformation des), 379.
Épicanthus (de l'), 110.
Épicurisme reconnaissable dans les plaisanteries de Molière sur les médecins, 561.
Épidémies (rapport à l'Académie sur les), 43.
Épilepsie (castration pour masturbation avec), 335. — (trois traités sur l'), 28.
Épispadias complet (opération d'un), 494.
ERDMANN. Caractères des taches de sang, 525.
Ergot de froment substitué à l'ergot de seigle, 403.
ERITCHETT. Arsenic contre l'ophthalmie pustuleuse, 816.
Érysipèle. — épidémique (sur l'), 732, 760. — (considération sur l'), 314. — traumatique (traitement de l'), 410.
Eschares produites par le perchlorure de fer, 601.
ESMEIN. Appareil pour l'aération des hôpitaux, 295.
Esquirol (inauguration de la statue d'). 708.
Estomac (de l'ulcère simple de l'), 350, 590. — (hypertrophie de l'), 623. — (Traité des maladies de l'), 606.
Étain contre la blennorrhagie (sels d'). 658
Étranglement intestinal par diverticule vrai, 78.
Exophthalmique (goitre), 460, 467, 468, 472, 477, 481, 492, 508, 522, 539, 545, 547, 554, 562, 569, 600, 748. — (influence de la grossesse sur le goitre), 562, 600.
Expectoration dans diverses maladies (étude sur l'), 255.
Exposition universelle de Londres (sur l'). 529, 609, 625, 657, 705, 810, 831.

F

FABRE. Rôle du tissu adipeux dans la sécrétion urinaire chez les insectes, 538.
Faculté de médecine (séance de rentrée de la), 737, 753. — (cours complémentaires à la), 529, 530. — de médecine de Paris (l'ancienne), 577, 593.
FARGE. Ossification de la trachée par la canule à la suite de la trachéotomie, 641.
FAUVEL (Ch.). Du laryngoscope au point de vue pratique, 148, 166, 212. — Polype des cordes vocales constaté à l'aide du laryngoscope, 331, 558. — Polype du larynx, 634.
FAVRE (de Marseille). Recherche des corps métalliques dans les plaies au moyen des courants électriques, 746, 747, 755.
Fébrifuge laxatif (sirop), 281.
FÉE. Non existence du règne humain, 145.
FELDMANN. Traitement du furoncle et de l'anthrax, 453.
FELLENBERG. Emploi médical de l'écorce de cascarille, 130.
Femmes (clinique sur les maladies des), 429, 558.
Fémur (redressement par la méthode diaclastique dans l'ankylose angulaire du), 586. — (résection de la tête du), 604.
FERGUSSON. Ovariotomie double, 700.
FERMOND. Procédé pour reconnaître la chicorée dans le café, 308.
FÉRON. Croup bronchique et ascendant, 814.
Fièvre. — *de foin* (Traité de la), 750. — jaune à Saint-Nazaire, 15. — jaune à Lisbonne (sur la), 61, 93. — jaune (nature des taches noires de la muqueuse gastrique dans la), 458. — jaune à la Vera-Cruz (épidémie de), 441. — jaune au Mexique, 457. — puerpérale (traitement de la), 186. — typhoïde (épidémie de), 284, 313. — intermittentes (Traité des), 637, 670. — intermittentes (*Æsculus glabra* contre les), 307. — intermittentes (influence des terrassements et démolitions sur la production des), 105. — pernicieuses de la Cochinchine, 318. — (opinion de MM. Louis et Chomel sur l'essentialité des), 1.
FIGUIER. Préparation de la pommade mercurielle, 739.
FILHOL. Conservation des plantes médicinales, 307.
Fistule. — vésico-vaginale guérie par le procédé de Marion Sims, 123, 173. — stercorale suivie de tuberculisation de l'intestin, 45. — vésico-vaginale guérie par la méthode américaine, 510. — vésico-uréthro-vaginale guérie par cautérisation avec le nitrate d'argent, 684. — uréthro-péniennes consécutives à l'étranglement circulaire de la verge (opération des), 305, 516.
FLANDIN. Chaleur et froid au point de vue physiologique, 826.
FLEURY (de Clermont). Pseudarthrose du bras, bons effets du séton, 571. — — Kystes des bourses en dehors de la tunique vaginale, 173. — Emphysème général spontané, 254.
FLIÈS. Suc de citron contre l'ictère, 402.
FLOURENS. Coloration d'os d'animaux *allaités* par des mères nourries à la garance, 59. — Curabilité des blessures du cerveau, 476. — Détermination du nœud vital dans les vertébrés à sang froid, 138. — Curabilité des abcès du cerveau, 760.
FOCK. Proportion du corps humain, 727.
Fœtale (sur la circulation), 809.
Foie (atrophie aiguë du), 75, 106, 177, 238, 323, 398, 623. — (énorme abcès du), 298. — (injections iodées dans un kyste du) ; état anatomique, 107. — et cœur (altération graisseuse du), 23. — de morue (propriété et composition des eaux et extraits de), 682.
Folie (études médico-psychologiques sur la), 207. — par fracture du crâne (trépanation et mort dans un cas de), 605. — Voy. *Aliénation*.
FOLLIN. Opération d'un épispadias complet, 492.
FONTAN. Recherche des corps métalliques dans les plaies, 770.
Forceps (aide-), 140. — ordinaire et forceps à traction continue comparés, 411, 452. — (nouveau), 618.
FOURNIÉ (de l'Aude). Pénétration des corps pulvérulents dans les bronches, 103.
FOURNIÉ (Ed.). Du laryngoscope et de l'application de topiques dans les voies respiratoires, 746.
Fractures. — de la rotule (appareil pour les), 814. — de la rotule non consolidée, 748. — de la base du crâne (nouveau signe de la), 125. — du crâne (folie par), 605. — du maxillaire supérieur (appareil prothétique pour une), 570. — du col huméral avec luxation, 429. — du sourcil cotyloïdien, 366. — de la colonne vertébrale (guérison d'une), 351. — (Manuel de la science des), 335.
FRANQUE. Injection hypodermique de morphine dans l'éclampsie, 525.
FREMY. Du *malt* comme médicament, 50.
Froment (du pain de), 152.
FROHMANN. Cas d'*argyriasis* avec dépôts métalliques dans les viscères, 79.
Fucus vesiculosus contre l'obésité, 193.
Furoncle faux produit par des larves d'œstrides, 100. — et anthrax (traitement du), 453.

G

Galactogogue (feuilles de ricin comme), 658.
GALINZOWSKY. Nouvel ophthalmoscope, 27.
GALLARD. Empoisonnement par la strychnine, 603, 642, 650. — Influence des chemins de fer sur l'hygiène publique, 362.
Galvanique portative (pile), 727.
Galvanocaustique par action chimique (sur la), 283, 827. — (traitement du lupus par la), 817.
GAMBERINI (P.). Albuminurie guérie par le tannin et la noix vomique, 125.
GANET. Paraplégie des femmes grosses, 690.
Gangrène par les bains d'oxygène (traitement de la), 295. — de la jambe, avec oblitération de la fémorale, 298.
GARIBALDI (rapports et documents sur la blessure de), 640, 720, 735, 747, 753, 761.
GARREAU. Voy. DESPINOIS.
GAVARRET. Rapport sur un projet de rétablissement des concours à la Faculté, 97.
Gazette hebdomadaire comme journal officiel (situation de la), 753.
Génération spontanée (sur la), 620, 630, 664, 698.
Genou (cas de résection du), 716, 721.
GÉNYES. *Indicateur médical d'Amélie-les-Bains*, 572.
GERMAIN. Mort du fœtus par torsion du cordon, 567.
GIGOT-SUARD. Des climats sous le rapport hygiénique et médical, 717.
GILFILLAN. Extrait de feuilles de ricin comme galactogogue, 658.
GINTRAC (Henri). Mensuration de la poitrine chez les phthisiques, 609, 614, 618. — Pellagre dans la Gironde, 770.
GINTRAC (E.). Sur l'hydrophobie spontanée, 731.
GIRARD. Chaleur propre des insectes, 539.
GIRARD DE CAILLEUX. Influence de la translation des aliénés, 252, 256, 269, 391, 437.
GIRAUD-TEULON. Physiologie de la vision, 295. — Décentralisation du cristallin dans la vision binoculaire, 595, 603. — réponse à M. van Kempen sur une question de priorité, 363.
GLATTER. Transmission de la syphilis par la vaccine, 287.
Glaucome (du), 652.
GLÉNARD. Présence de l'arsenic dans l'acide chlorhydrique du commerce, 636.
Glycérolé. — d'iodure de fer, 659. — (formule de quelques), 306.
GOFFRES. Appareil de prothèse pour une fracture de maxillaire supérieur, 570.
Goître. — exophthalmique (influence de la grossesse sur le), 562, 748. — chez les animaux domestiques (du), 617, 820. — exophthalmique (du), 460, 467, 468, 472, 477, 481, 492, 508, 522, 539, 545, 547, 554, 562, 569, 614, 624. — par le changement de climat (guérison du), 345.
GOUPIL. Voy. BERNUTZ.
GOURAUD (fils). Embolie de l'artère pulmonaire, 756.
GOURDON. Consanguinité chez les animaux domestiques, 538.
GRAF. Moyen de prévenir le danger des poussières minérales dans la fabrication des aiguilles, 152.
Grand sympathique et ses ganglions (études sur le), 520, 552, 568, 585.
Gravelle (transformation alternative de la), 632.
GRAVES. *Leçons cliniques* traduites par M. Jaccoud, 542.
GREENHOW. Kyste hydatique abdominal communiquant avec la vésicule biliaire, 615.
GRÉHANT. Renouvellement de l'air dans les poumons, 538.
Grenadier (traitement du ténia par l'écorce sèche de racine de), 121.
GRIMAUD (de Caux). Climat de Vienne, 43. — Carbonate de chaux dans les eaux publiques, 681.
Grippe (hémoptysie dans la), 413.
GRISOLLE. *Traité de pathologie interne*, 8e édition, 79.
Grosses (paraplégie des femmes), 690.
GRUBER (Wenzel). Étranglement intestinal par diverticule vrai, 78.
GRUNEWALDT. Affection puerpérale à la maternité de Saint-Pétersbourg, 525.
Guaco dans le pansement des plaies (du), 51.
GUBLER. Tumeur cancéreuse de la base du crâne comprimant la protubérance et le bulbe, 35, 64.
Guêpe (piqûre du pharynx par une), 50.
GUÉRARD. Dangers d'un remède populaire contre les gerçures du sein, 286.
GUÉRARD. Ecchymoses spontanées, 541.
GUÉRIN (Alph.) Nouveau procédé de blépharoplastie, 429.
GUITTEAU. Analyse de l'artichaut, 715.
GUYON. Procédé pour la cure de l'ongle incarné, 748, 797.
GUYON. Enrayement de la lèpre par le changement de climat, 293. — Nature des taches noires de la muqueuse gastrique dans la fièvre jaune, 458. — Effets des morsures de céraste, 27. — Guérison du goître par le changement de climat, 345.
Gymnastique suédoise (de la), 353, 385, 401.

H

HALDANE. Ulcères perforants du duodénum, 624.
Hallucination (chorée avec), 526. — (formes des), 105.
HARLEY. Obstruction des canaux cholédoque et pancréatique, 299.
Haschich (emploi médical du), 52. — son action sur l'économie, 681. — (délire singulier par le), 444.
HEAT. Opération d'Esmarch pour l'ankylose des mâchoires, 815.
HECKER. De l'emphysème congénital, 625.
Helminthiasis (cas rare d'), 46.
Héméralopie (huile de foie de morue contre l'), 460.
Hémoptysie dans la grippe, 413.
Hémorrhagie. — de la moelle (deux cas d'), 189. — à la suite de l'ouverture d'un panaris (cause de l'), 612. — intestinale (acide gallique contre l'), 658. — dans l'angine tonsillaire (mort par), 300.
Hémostatique (*Penghawar-djambi* comme), 194.
HÉRARD. Kyste du foie traité par les injections iodées, 107.
HERGOTT. Histoire de la périnéorrhaphie, 417.
Herniaire (oblitération complète du sac), 426.
Hernie crurale (vésicule biliaire contenue dans une), 351. — irréductible (section sous-cutanée de l'anneau inguinal externe pour une), 687.
Hernies ombilicales congénitales (sur les), 397, 401.

Hervez de Chégoin. Moyen d'éviter l'hémorrhagie dans la trachéotomie, 463.
Hervier. Cas de *catarrhe d'été* sans fièvre de foin, 169.
Hervieux. Phlébite utérine avec infection purulente, 540.
Hétérogénie (expériences sur l'), 629, 630, 664, 698.
Hétéromorphe chez un poulet (monstruosité), 522.
Heurteloup. Sur la lithotripsie, 409.
Hiffelsheim. Sur la nature du goître exophthalmique, 468, 477.
Hillairet. Affection non classée de la peau, 590.
Histologie (création d'une chaire d'), 257, 258.
Hoffman (de Berlin). Brosse électrique, 27.
Hôpitaux (comité consultatif d'hygiène pour les), 562. — (statistique chirurgicale des), 403. — (aération des salles d'), 700. — russes (statistiques des opérations chirurgicales dans les), 3. — au moyen âge, 250. — (secours à domicile à propos de l'encombrement des), 331. — (appareil d'aération pour les), 395. — (discussion sur l'hygiène des), 3, 10, 33, 44, 60, 66, 81, 88, 103, 113, 123, 130, 140, 153, 161, 172, 180, 187, 194, 195, 202, 204, 211, 215, 217, 218, 229, 235, 252, 258, 269, 285, 288, 508, 522.
Hoquet (valériannate de zinc contre le), 648.
Horrow. Corps é ranger introduit dans les voies respiratoires et sorti par les parois thoraciques, 687.
Hottot. Voy. Liégeois.
Houssard. Traitement de l'alcoolisme chronique par le quinquina, 698.
Huguier. Anévrysme poplité traité par la ligature après l'insuccès de la compression, 174. — Cas de tumeur fibreuse du cou, 828.
Huile. — de *Chaulmoogra* contre les affections cutanées, 308. — de croton (emploi médical de l'), 49. — de foie de morue associée à la magnésie, 130. — dite *des Alpes* (propriétés thérapeutiques de l'), 132. — de ricin substituée à l'axonge dans les pommades, 405. — de foie de morue contre l'héméralopie, 460.
Hulke. Suture de la sclérotique dans l'opération du staphylôme, 605.
Humérus (fracture, avec luxation, du col de l'), 429.
Husson. Lettres sur l'hygiène des hôpitaux, 60, 235, 522.
Hydarthrose chronique (injections iodées dans l'), 701.
Hydrocèle (moyen d'éviter le testicule dans la ponction de l'), 379.
Hydrocèles vaginales (translucidité complète de certaines), 379.
Hydrocéphalie (cas douteux d'), 524.
Hydrophobie. — spontanée (sur l'), 731. — par le curare (traitement de l'), 701, 736.
Hydrothorax latent (mort subite dans l'), 729.
Hygiène. — au bord de la mer, 417, 433, 305, 321, 327. — de la première enfance, 687. — hospitalière (discussion sur l'), 3, 10, 33, 44, 60, 66, 81, 88, 103, 113, 123, 130, 140, 153, 161, 172, 180, 187, 194, 195, 202, 204, 211, 215, 217, 218, 229, 235, 252, 258, 269, 285, 288, 508, 522. — publique (influence des chemins de fer sur l'), 363. — (cosmétiques au point de vue de l'), 395. — pour les hôpitaux (comité consultatif d'), 562. — (boulangerie au point de vue de l'), 581.
Hypertrophie de l'estomac, 622.
Hypochondriaque chez les déments (délire), 534, 550.

I

Ichthyose (sur l'), 780.
Ictère. — hémorrhagique essentiel (sur l'), 75, 106, 177, 238, 323, 398, 411, 668. — (utilité des frictions sur la vésicule biliaire dans l'), 698. — (suc de citron contre l'), 402. — grave (de l'), 75, 106, 177, 238, 323, 398, 411, 623, 668.
Iliaque (guérison d'un anévrysme), 511.
Incisеur bilatéral du col utérin, 410.
Inégalité des deux moitiés du corps, 541.
Infanticide et grossesse cachée, 817.
Infection purulente (influence de l'aortite sur l'), 11.
Inflammation considérée comme embolie des capillaires, 303.
Insufflateur de M. Mathieu, 204.
Intermittents (loi des accès), 90.
Intestin (étranglement par diverticules vrais de l'), 78. — (fistule suite de tuberculisation de l'), 55. — (traitement des plaies de l'abdomen avec lésion de l'), 427. — (oblitération congénitale du gros), 298. — (guérison d'une invagination d'), 728.
Intestinale (insufflation contre l'invagination), 686. — (embolie de l'artère mésentérique donnant lieu à la gangrène), 637.
Invagination intestinale (guérison d'une), 728. — guérie par l'insufflation, 686.
Iode à l'état naissant (emploi thérapeutique de l'), 75.
Iodées. — dans les kystes ovariques (injections), 90. — (traitement de l'hydarthrose chronique par les injections), 701.
Iodure de fer (glycérolé d'), 859.
Ipécacuanha (action physiologique de l'), 760.
Iris (absence de l'), 110.
Iroquois et Peaux rouges (médecine chez les), 641.
Irwin. Transfixion de l'abdomen par une baïonnette, guérison, 524.
Isidor. Surdi-mutité chez les Israélites, dans ses rapports avec les mariages consanguins, 491, 521.
Ivrognerie (affection cérébrale aiguë, avec déformation des globules du sang dans un cas d'), 23.

J

Jaccoud. Traduction des *Leçons cliniques* de Graves, 542. — Sur l'ataxie musculaire, 114.
Jaumes (Alph.). Du glaucome, 659.
Jaunisse. Voy. *Ictère*.
Jeannel. Prostitution à Bordeaux, 817.
Jobert (de Lamballe). Régénération et cicatrisation des tendons, 26, 170, 203, 210, 232, 251. — Lithotripsie chez les enfants, 507.
Jolly. Rapport sur les épidémies, 43.
Joly et Musset. Sur l'hétérogénie, 629, 620.
Jorет. Emploi médical de l'huile de croton, 49.
Joulin. *Aide forceps*, 140. — *Diviseur céphalique*, 290.
Jourdanet. Influence de l'air raréfié, 362. — Les altitudes de l'Amérique tropicale, 126.

K

Kabylie (histoire médico-chirurgicale de la campagne de), 200.
Katt (de). Sur les vaccinations infectantes de Rivalta, 34.
Keffer. Substitution de l'huile de ricin à l'axonge dans les pommades, 405.
Kéloïde (cas de tumeur), 633.
Kempen (van). Nerf pneumogastrique comme excitateur de l'œsophage, 315.
Kœberlé. Opération d'ovariotomie, 436, 681, 715, 779.
Kosman. Ozone exhalé par les plantes, 747.
Kreuznach (eaux de), 572.
Kuehne. Nouvel ordre de nerfs moteurs, 234.
Kyste. — alvéolo-dentaire (résection du maxillaire inférieur pour un), 523. — (sur les), 557. — du testicule (liquide galactoïde dans un), 604. — du foie traité par les injections iodées (état anatomique d'un), 107. — des bourses en dehors de la tunique vaginale, 173. — ovarique ouvert dans le vagin, 721. — de l'ovaire (traitement des), 104. — de l'ovaire par les injections iodées et la sonde à demeure (traitement des), 90. — hydatique abdominal communiquant avec la vésicule biliaire, 815.

L

Laborde. Trachéotomie chez les jeunes enfants, 807.
Laborie. Études sur le bassin, 540.
Lachèze. Syphilis transmise par vaccination, 652.
Lactates alcalins sur les maladies de l'appareil digestif (emploi thérapeutique des), 388, 404, 419, 450, 502, 503.
Lactation de mères nourrices à la garance (coloration des os par la), 59.
Lafargue. Voy. Dégranges.
Lagneau (G.). Abcès péri-uréthraux, 343.
Lailler. Maladies régnantes, 188, 813. — en mars, 265. — en avril, 349. — en mai, 412. — en juin, 463. — en juillet et août, 590. — en septembre, 668. — en octobre, 729. — en novembre, 813.
Lallemand (éloge de), 61, 65. — (appendice à la biographie de), 112.
Lambert. Voy. Poggiale.
Lancereaux. Sur les embolies artérielles et veineuses, 237. — Syphilis cérébrale, 521. — Rapport sur la question des embolies, 756. — Emploi médical du haschich, 52. — Examen des taches de sang, 695.
Landouzy. Valeur de l'égophonie dans la pleurésie, 108. — De la pellagre, 698.
Langlois. Recherche des corps métalliques dans les plaies au moyen de courants électriques, 747.
Langue (ablation par l'écrasement d'un cancer de la), 510. — du voile du palais et des lèvres (paralysie progressive de la), 685. — (signes fournis par l'inspection sur la), 822.
Larcher. De quelques phénomènes cadavériques, 187.
Lardacée des viscères (dégénération), 145.
Larghi. Extensions manuelles pour la cure des contractures musculaires, 622.
Larves d'œstrides (accidents produits par les), 100.
Laryngoscope. — au point de vue pratique, 148, 166, 212. — (traitement local à l'aide du), 293. — (polype des cordes vocales constaté par le), 331, 556. — et application de topiques dans les voies respiratoires, 746.
Laryngoscopie dans un cas d'anévrysme de l'aorte, 12.
Laryngoscopique (appareil pour l'éclairage), 74.
Larynx (traitement de la congestion locale de la muqueuse du), 425. — (polype du), 634.
Lasègue. Mort subite dans l'hydrothorax latent, 729.
Laugier. Traitement de la gangrène par les bains d'oxygène, 295.
Laurier-cerise (variétés de l'eau de), 659.
Laveran. Réflexions sur l'hygiène des hôpitaux, 215.
Lavocat. Revue des os de la tête des vertébrés, 263. — Os de la tête chez les vertébrés, 508.
Laxatif fébrifuge (sirop), 381.
Leared. Hémoptysie dans la grippe, 413.
Lebarillier. Mortalité des enfants assistés à Bordeaux, 232.
Leconte. Voy. Demarquay.
Lecoq. Transformation du mouvement en chaleur chez les animaux, 508. — Empiriques, somnambules et rebouteurs beauccrons, 817.
Ledru. Croup chez un enfant de trois ans et demi, guéri par la trachéotomie, 101.
Lefèvre. Étiologie saturnine de la colique sèche des pays chauds, 523. — Moyen d'assurer la pureté de l'eau des hommes embarqués, 598. — Nature saturnine de la colique sèche, 598, 599.
Le Fort (Léon). Sur l'hygiène des hôpitaux, 88, 180, 194, 202. — Exposition de Londres, 609, 625, 657, 705, 816.
Lefort. Sur l'aération des eaux potables, 761.
Legouest. Kyste alvéolo-dentaire, 523. — Résection de la malléole externe, 796.
Legrand. Troubles de l'intelligence et des mouvements, avec lésion du cerveau et du cervelet, 492.
Legrand (Al.). Inflammation des tendons fléchisseurs de la main, 43.
Legrand (du Saulle). Influence du froid et de la chasse sur la congestion cérébrale, 42. — Étude sur Contrexéville, 526. — Délire des pellagreux, 809.
Lélut. Physiologie de la pensée, 465, 481, 497.
Lèpre enrayée par le changement de climat, 221. — (documents relatifs à la), 682.
Lereboullet. Production artificielle de monstruosités dans l'œuf du brochet, 208.
Leroy (d'Étiolles). Tumeur hématique du crâne ; bons effets du collodion, 271. — Transformation alternative de la gravelle, 031.
Letenneur. Staphylorrhaphie par les sutures d'argent, 118.
Leucémique (rétinite), 319.
Leudet (E.). Influence de l'aortite sur la production de l'infection purulente, 11.
Lèvre (racine de deux canines simulant un cancer de la), 286.
Lèvres (éléphantiasis des grandes), 199. —, du voile du palais et de la langue (paralysie des) 685.
Lévy (Michel). Discours sur l'hygiène des hôpitaux, 195.
Libermann. Fièvres pernicieuses de la Cochinchine, 318.
Lichtenstein. Emploi de l'ozonométrie en médecine, 394.
Liégeois et Hottot. Effets toxiques de l'aconitine, 405.
Liétard. Médecine chez les Hindous, 272.
Ligature. — des artères iliaques primitives interne et externe (guérison d'un anévrysme iliaque par la), 511. — de l'artère iliaque primitive, 571. — de l'artère sous-clavière pour une plaie de l'axillaire, 571.
Liman. Pénétration de liquides dans l'estomac des cadavres, 411.
Linas (A.). Études sur les eaux de Paris, 209, 225, 259, 289, 355, 369.
Lipkan. Instrument *réguleur*, 123.
Lipome (généralisation d'un), 366.
Liquides animaux (instruments pour reconnaître les altérations des), 410.
Lisle. Cas d'aliénation mentale, 462.
Lithotome double, 217.
Lithotripsie (sur la), 409. — chez les enfants, 507, 604.
Lithotritie (compte rendu d'opérations de), 139.
Littérature médicale (lacunes, erreurs et imperfections de la), 225.
Longet. *Traité de physiologie*, 300, 383.
Longmore. Tumeur kéloïde, 633.

LOWE (E.). Rupture du cœur, 634.
LOWE (G.). Quatre anévrysmes chez le même malade, 687.
LUCA (de). Action du haschich sur l'économie, 631. — Traitement de la blépharoptose, 122, 312.
LÜER. Appareil pulvérisateur, 728, 809, 826.
Lupus, son traitement par la galvanocaustique, 817.
Luxation. —, avec fracture, du col huméral, 420. — de l'avant-bras en arrière et en dedans, 570. — métacarpo-phalangienne du pouce (réduction de la), 643. — de la mâchoire (sur la), 713.
Luxeuil (bains de), 572.
Lymphatiques (absorption par les), 410.

M

Mâchoires (opération des tumeurs à myéloplaxes des), 557. — inférieure (traitement de la rétraction de la), 605. — inférieure (résection de la), 634. — (opération de la fausse ankylose de la), 699. — inférieure (recherches sur la luxation de la), 712. — (opération d'Ermach pour l'ankylose des), 815.
MACKENZIE (Morell). Paralysie d'une corde vocale, 99. — Traitement de la congestion de la muqueuse laryngée, 495.
MAISONNEUVE. Redressement du membre inférieur par la méthode diaclastique dans le cas d'ankylose angulaire du fémur, 586. — Recherches sur la luxation de la mâchoire, 713.
Maladie de Basedow. Voy. *Goître exophthalmique.*
Maladie lardacée ou *altération cireuse* des viscères, 145.
Maladies régnantes à Paris, en février 1868, 188. — en mars, 285. — en avril, 349. — en mai, 413. — en juin, 465. — en juillet et août, 590. — en septembre, 668. — en octobre, 739. — en novembre, 813. — prédominantes de l'automne, 107.
MALGAIGNE. Leçons d'orthopédie, 271.
Malléole externe (résection de la), 706.
Malt comme médicament (du), 50.
MANTEGAZZA. Température des urines à diverses heures et sous différents climats, 521.
MARCHAND. Bruit de souffle carotidien chez les enfants, 2.
MAREY et CHAUVEAU. Physiologie du cœur, 825.
Mariages consanguins (dangers des), 409, 417, 421, 435, 453, 491, 499, 513, 521, 531, 538, 585, 588, 706, 714, 780, 826.
MARIT. *Hygiène de l'Algérie*, 222.
MARJOLIN (R.). Sur l'hygiène des hôpitaux, 130. — Traitement de la rétraction de la mâchoire inférieure, 605. — Opération d'anus imperforé, 684.
Marlioz (eaux de), 572.
MARMISSE. Mortalité à Bordeaux, spécialement par diphthérite, 728.
MARQUEZ (de Colmar). Cas d'opération césarienne *post mortem*, 10.
MARROTTE. Cas d'ataxie locomotrice, 248.
MARTENS. Pureté de l'eau des glaciers, 363. — Observations d'ostéologie comparée, 73.
MARTIN (A.). Cathéters cannelés, 42. — Médication topique des affections de l'urèthre, 206.
MASCAREL (Jules). Eaux du Mont-Dore contre le coryza et l'aphonie, 824.
Masturbation; castration dans un cas et amputation du clitoris dans un autre, 335.
MATHIEU. Instruments pour l'ovariotomie, 103. — Pince-aiguille à cataracte, 123. — Insufflateur à liquide pulvérisé, 204. — Roue révulsive, 588.
MATTEI. Dystocie par oblitération du col, 442.
MATTEUCCI. Fonctions électriques de la torpille, 202.
MAUCHE. Vingt cas de ténia sur les hommes d'un bataillon, 180. — Traitement du ténia par les graines de citrouille, 305.
Maxillaire. — inférieur (mort par épuisement nerveux après la résection du), 366. — inférieur (résection du), 523. — supérieur (appareil de prothèse pour une fraction du), 570. — inférieur (ablation pour une nécrose phosphorée du), 572.
Médecine. — comparée (création d'une chaire de), 257, 258. — chez les Hindous (lettres sur la), 273. — chez les Iroquois et les Peaux rouges, 641. — légale (Traité de), 414. — au temps de Molière, 561, 577, 593. — légale et hygiène (questions diverses de), 817.
MEDER. Eaux de Kreuznach, 579.
MEDING. Gymnastique suédoise, 353, 385, 401.
MÈGE-MOURIÈS. Du pain de froment, 152.
MELCHIORI. Tuméfaction du muscle sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés, 605.
Méningite cérébro-spinale (cas de), 668.
Menstruation (influence des pyrexies sur la), 109.
Mer (hygiène au bord de la), 305, 321, 337, 417, 433. — (bains et villégiature sur les bords de la), 572.
MERCIER (Aug.). Procédé pour franchir les rétrécissements traumatiques, 190. — Structure des muscles obturateurs du col de la vessie, 537.
Mercurielle (préparation de la pommade), 739.
MESNET. Altération cérébrale avec mouvement circulaire, 155.
Métatarsien (résection du premier), 428.
Mexique (lettres médicales sur le), 737, 769, 785.
MEYNIER et d'EICHTHAL. *Tumuli* de Sibérie, 187.
MICHÉA. Délire hypochondriaque chez les déments paralytiques, 534, 550.
Microscope (instrument destiné à pratiquer des coupes minces de tissu pour l'examen au), 74.
Miels (accidents produits par certaines espèces de), 129.
MILES (CHALMERS). Remède indien contre la variole, 157.
Moelle (deux observations d'hémorrhagie de la), 182. — (ataxie locomotrice avec atrophie des cordons postérieurs de la), 247, 277.
Molière (les médecins du temps de), 561, 577, 593.
MONOCHE. Voy. COQUEREL.
MONNERET. De l'ictère hémorrhagique essentiel, 76, 177, 323.
Monstruosité. — hétéromorphe chez un poulet, 522. — (cas de), 698.
Monstruosités. — dans l'œuf du brochet (production artificielle de), 268. — (production artificielle des), 409. — par arrêt de développement (causes des), 747.
MORAND. Éruption vaccinale secondaire, 498.
MOREAU (Ar.). Source électrique de la torpille, 314.
MOREL (C.). Goître exophthalmique, 624.
MOREL-LAVALLÉE. Opération de fistule vésico-vaginale, 122. — Guérison d'une fistule vésico-vaginale par le procédé de Marion Sims, 173. — Luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans, 570. — Du décollement traumatique de la peau, 714.
Morphine dans l'éclampsie (injection hypodermique de), 525.
Morphologie de la colonne vertébrale chez les mammifères, 565.
Mort subite. — un an après une chute sur la tête, 571. — dans l'hydrothorax latent, 729.
Mortalité des accouchées à l'hôpital de Lourcine, 228. — des enfants assistés de Bordeaux, 233.
Mort-nés à Paris (statistique des décès et des), 741, 774.
Morve (guérison de la), 43.
MOUAT. Huile de *Chaulmoogra* contre les affections de la peau, 309.
MOUTARD MARTIN. Concrétion de l'artère pulmonaire, 298. — Rhumatisme du cœur, 541.
Mouvement (transformation du) en chaleur chez les animaux, 508.
Muscles (terminaison des nerfs moteurs dans les), 649.
Musculaire (perte des sens ou conscience), 621.
Musculaires chez les vertébrés (développement embryonnaire des tissus), 458.
MUSSET. Voy. JOLY.
Myéloplaxe des mâchoires (opération des tumeurs à), 557.

N

Nasales (extirpation des polypes muqueux des fosses), 765.
Nécrose phosphorée (ablation du maxillaire inférieur pour une), 572. — invaginée du tibia, 439.
NÉLATON. Rhinoplastie à lambeaux périostiques, 99. — Opérations d'ovariotomie, 401, 410, 483, 494. — Stylet explorateur à bout de porcelaine pour l'examen des plaies d'armes à feu, 764, 781.
Néokératoplasie (de la), 728.
Néphrite albumineuse traitée par le lait à haute dose, 749.
Nerfs. — moteurs dans les muscles (terminaison des), 649. — de la cornée (contre M. Kuehne, au sujet des), 225. — pneumogastrique comme excitateur de l'œsophage, 315. — moteurs crâniens (origine des), 379. — de la cornée (sur les observations de M. Kuehne relatives aux), 283. — vaso-moteurs des extrémités (sur les), 587. — des membres inférieurs, 599. — moteurs (nouvel ordre de), 234. — vaso-moteurs (influence de l'action réflexe sur les), 649. — vasculaires des extrémités (influence des centres nerveux sur les), 610. — vasculaires et calorifiques, du grand sympathique, 520, 552, 585.
Nerveux (mort par épuisement), 366.
NEUMANN. Traitement du lupus par la galvanocaustique, 817.
Névralgies (valérianate d'ammoniaque dans les), 109.
Nez (nécrose de la cloison du), 729. — (extraction de polypes fibro-muqueux du), 820.
Nitrate d'argent contre l'ataxie locomotrice, 557. — (traitement de l'angine par les inhalations d'une solution de), 740.
Nœud vital dans les vertébrés à sang froid (détermination du), 138.
Noix vomique contre l'albuminurie, 125.
NONAT. Chlorose chez les enfants, 205. — Coexistence fréquente des maladies de l'utérus et des lésions péri-utérines, 235. — Sur l'hygiène des hôpitaux, 66. — Hygiène hospitalière, 152. — *Traité des dyspepsies*, 143.
Nouveau-nés (tuméfaction du muscle sterno-mastoïdien chez les), 605.

O

Obésité (*Fucus vesiculosus* contre l'), 193.
O'CONNOR. Valérianate d'ammoniaque contre les névralgies, 109.
Oculaire (sur la paracentèse), 826.
Oculaires (vésicatoires sur les paupières dans les inflammations), 205.
Œil humain (histoire du développement de l'), 110. — sur le cadavre (putréfaction de l'), 187.
Œnanthe crocata (empoisonnement par l'), 659.
Œsophage (nerf pneumogastrique comme excitateur de l'), 315. — (anévrysme de l'aorte ayant perforé l'), 70. — (du nerf pneumogastrique comme coordinateur des contractions de l'), 210.
Œstrides dans des tumeurs d'apparence furonculeuse (larves d'), 400.
Œuf du brochet (production artificielle de monstruosités dans l'), 268.
Oïdium (empoisonnement par le raisin attaqué par l'), 194.
OLLIER. Rhinoplastie à lambeau périostique, 124, 98. — Sur les sutures métalliques et leur supériorité sur les sutures ordinaires, 135, 181, 261, 359. — Guérison d'un anévrysme poplité par la compression digitale, 479.
Omoplate (résection heureuse de l'), 109.
Ongle incarné (nouveau procédé pour la cure de l'), 748, 797.
Opération césarienne *post mortem* (cas d'), 10. — césarienne pour un rétrécissement du bassin par une tumeur fibreuse, 528. — (accouchement forcé substitué à l'), 667.
Opérations chirurgicales (Traité) cliniques des), 239. — dans les hôpitaux russes, 2.
Ophthalmie pustuleuse (arsenic contre l'), 815.
Ophthalmoscope, son influence sur la thérapeutique des maladies des yeux, 682. — (nouvel), 152, 27.
Opium (belladone antidote de l'), 701.
OPPOLZER. Embolie de l'artère mésentérique supérieure, 637.
Orbite (séjour prolongé d'un corps étranger dans l'), 479.
Orthopédie (leçons d'), 271.
Os. — de la tête des vertébrés (revue des), 362. — de la tête chez les vertébrés, 508. — colorés par la *lactation* de mères nourries à la garance, 59. — (pulsation des liquides dans le canal médullaire des), 478. — par la garance (coloration des), 315.
Ossements humains trouvés dans des tombeaux (composition d'), 43.
Ostéologie comparée (observations d'), 73.
Ostéoplastie périostique (sur l'), 98.
Ostéoplastique (ablation des polypes nasopharyngiens par un procédé), 553.
Ostéotomie cunéiforme (guérison de l'ankylose coxo-fémorale par l'), 284.
OTSOLIG. Statistique des opérations dans les hôpitaux russes, 2.
OULMONT. Cas d'ataxie locomotrice, 189. — Influence des chemins de fer sur la santé des employés, 459.
Ovaire (injections iodées et sonde à demeure dans les kystes de l'), 90. — (traitement des kystes de l'), 104.
Ovariotomie (instruments pour l'), 139. — (cinq opérations d'), 141. — à Londres (l'), 801. — à Londres (discussion sur l'), 206. — (opérations d'), 68, 104, 124, 401, 410, 436, 483, 494, 588, 611, 674, 675, 681, 698, 700, 715, 728, 764, 770. — (instruments pour l'opération de l'), 103. — chez une femme enceinte, 700. — double, 700.
Ovarique (kyste) ouvert dans le vagin, 721.
Ovule (sur les globules polaires de l'), 59.
Oxygène (traitement des plaies par l'), 210. — traitement de la gangrène par les bains d'), 295.
OZANAM. Acide carbonique comme anesthésique, 270.
OZONE exhalé par les plantes, 717.
Ozonométrie en médecine (emploi de l'), 394.
Ozonométriques (relevés), 87.

P

PACCHIOTTI. Sur les vaccinations infectantes de Rivalta, 133, 241.
PAGET (de Leicester). Cystotomie, absence de calcul, 158.
Palatoplastie (sur la), 604.

Digitized by Google

Panaris (hémorrhagie à la suite de l'ouverture d'un), 642.
Pancoast. Hernie irréductible, section sous-cutanée de l'anneau inguinal externe, 687.
Pancréatique (obstruction du canal), 209.
Paolini. Sur la coloration des os par la garance, 315. — Sur l'ichthyose, 780.
Pappenheim. Contre les opinions de M. Kuehne sur les nerfs de la cornée, 225.
Paracentèse oculaire (sur la), 826.
Paralysie. — du sens d'activité musculaire, 621. — diphthéritique du voile du palais (altération des nerfs dans la), 387. — musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, 685. — localisée au voile du palais, à l'orbiculaire des lèvres et au buccinateur, 105. — d'une des cordes vocales, 92. — agitante (de la), 54. — diphthéritique (de la), 706.
Paralysies guéries par cicatrisation du cerveau, 476.
Paralytiques (délire hypochondriaque chez les déments), 534, 550.
Paraplégie des femmes grosses, 690.
Parasites épizootiques, 631.
Parise. Opération d'ovariotomie, 588, 611.
Parole (localisation de la), 610, 619, 621, 663.
Patézon. Sur les maladies traitées aux eaux de Vittel, 526.
Pathologie interne (Traité de), 70.
Pavesi. Sirop fébrifuge laxatif, 381.
Peau (affection non classée de la), 590. — (*Chaulmoogra* contre les affections de la), 208. — (décollement traumatique de la), 714.
Pécholier. Action physiologique de l'ipécacuanha, 760.
Pellagre dans la Gironde, 779. — sporadique (cas de), 619, 699. — (sur la), 698, 714. — et typhus pellagreux, 725.
Pellagreux (sur le délire des), 809.
Pellizzari. Transmission de la syphilis par inoculation du sang, 349.
Pelvimètre (nouveau), 42.
Pendleton. Empoisonnement par la tanaisie, 307.
Peptones : leur action sur la lumière polarisée, 459.
Perchlorure de fer en topique (accidents produits par le), 105. — (eschares produites par le), 604.
Péricarde (ligament supérieur du), 60.
Périnéorrhaphie (histoire de la), 369, 417, 449. — (opération de), 305.
Péritonite (application du froid sur l'abdomen dans le traitement de la), 218.
Perroud. Influences des pyrexies sur la menstruation, 109. — Pessaire de M. Grandcollot, 18, 27, 43.
Pétiteau. Observation d'empoisonnement par le raisin attaqué de l'oïdium, 194.
Pétrequin. Emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies de l'appareil digestif, 388, 404, 450, 503.
Peyral. Dangers du non-chauffage des wagons de chemins de fer, 89.
Pfeiffer. Sur la rhinonécrosie, 729.
Pharmacie à l'exposition de Londres, 831.
Pharynx (sangsues introduites dans le), 129. — (accidents par piqûre de guêpe dans le), 50.
Phimosis (procédé d'opération du), 716.
Phlébite utérine avec infection purulente, 540.
Phoebus. Du *catarrhe d'été* ou *fièvre de foin*, 750.
Phosphorées (traitement des affections arthritiques par les préparations), 747.
Photographies pathologiques (album de), 271.
Phthisie pulmonaire (note statistique sur la), 231.
Phthisiques (mensuration de la poitrine chez les), 609, 614, 618.
Physiologie. — de la pensée (sur la), 465, 481, 497. — humaine (Traité de), 319. — (Traité de), 366, 383.
Physionomie humaine (mécanisme de la), 9, 445.
Picard. Doctrines modernes de la syphilis, 243, 273, 308. — Exposition de Londres, 529.
Pieds bots congénitaux (guérison de), 428.
Pierlot. Emploi médical de la valériane, 120.
Pietra-Santa (de). Climat du midi de la France, 715. — Emprisonnement cellulaire, 605. — Des Eaux-Bonnes, 572. — Thermalité des Eaux-Bonnes et relevés ozonométriques, 87. — Influence de l'air des Pyrénées sur les affections de poitrine, 697.
Pince aiguille à cataracte, 123.
Pince dilatatrice à trois branches, 171.
Piorry. Nouveau signe de la cirrhose, 698. — Frictions sur la vésicule biliaire dans l'ictère, 698.
Plaie pénétrante de l'abdomen par une baïonnette (guérison d'une), 524.
Plaies. — leur désinfection par l'extrait de campêche, 362. — du cerveau (curabilité des), 470. — de l'abdomen avec lésion de l'intestin (traitement des), 427. — (du guaco dans le pansement des), 51. — rebelles (acide carbonique et oxygène dans le traitement des), 216. — d'armes à feu (recherche des projectiles dans les), 769. — (recherche par les courants électriques des corps métalliques dans les), 740, 747, 755. — (stylet à bout de porcelaine pour l'examen des), 761.
Plantes médicinales (conservation des), 307. — (sophistication des), 123.
Pleurésie (valeur de l'égophonie dans la), 108.
Pleuro-pneumonie terminée par un abcès lombaire, 382.
Plique (?) (cas de), 350.
Plomb dans l'urine (procédé pour constater la présence du), 623.
Pneumogastrique (du nerf) comme coordinateur des contractions œsophagiennes, 216.
Pneumonie chronique (sur une forme de), 338, 374. — des enfants (expectation dans la), 236.
Podesta. Traitement du ténia par la graine de citrouille, 305.
Podophyllum peltatum comme purgatif, 402.
Poggiale. Rapport sur les eaux potables, 761. — Rapport sur la pulvérisation des liquides, 18, 19.
Poggiale et Lambert. Analyse de l'eau du puits artésien de Passy, 245.
Poirret. Appareil pour prévenir l'introduction des poussières dans les voies respiratoires, 664.
Poitrine. — chez les phthisiques (mensuration de la), 609, 614, 618. — (influence de l'air des Pyrénées sur les affections chroniques de la), 697. — (influence du climat du Midi sur les maladies de), 715.
Pollock. Ovariotomie chez les femmes enceintes, 700.
Polyopie monoculaire (de la), 329.
Polype du larynx, 634.
Polypes. — muqueux des fosses nasales (extirpation des), 765. — fibro-muqueux des fosses nasales (extraction des), 820. — naso-pharyngiens par un procédé ostéoplastique (ablation des), 553.
Pommade. — citrine (conservation de la), 740. — mercurielle (préparation de la), 739.
Pommades (huile de ricin substituée à l'axonge dans les), 405.
Poplité (anévrysme) guéri par la compression digitale, 470.
Population en France (mouvement de la), 113.
Potain. Paralysie du sens d'activité musculaire, 621.
Pouce (réduction de la luxation du), 643.
Pouchet (Georges). Voy. Duménil.
Pouchet et Verrier. Migration des entozoaires, 213, 400.
Poumons (renouvellement de l'air dans les), 538. — (docimasie optique des), 589, 593, 601, 773.
Poussières : leur pénétration dans les bronches, 103. — siliceuses et ferrugineuses dans la fabrication des aiguilles (moyen de prévenir le danger des), 152. — dans les voies respiratoires (appareil pour prévenir l'entrée des), 664.
Prétterre. Prothèse de la division du voile du palais, 495.
Pridie. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée, 702.
Proportions du corps humain (sur les), 727.
Prostitution à Bordeaux (de la), 817.
Protubérance cérébrale et le bulbe (tumeur de la base du crâne comprimant la), 39, 64.
Pseudarthrose du bras traitée avec succès par un séton, 571.
Puerpérale. — (résorption purulente), 412. — à la Maternité de Saint-Pétersbourg, 525.
Pulvérisateur (nouvel appareil), 728, 810, 820.
Pulvérisation des liquides médicamenteux (sur la), 285, 290, 297, 315. — des liquides, 18, 19. — (insufflateur à), 204. — (nouvel appareil pour la), 224.
Purgatif (*Podophyllum peltatum* comme), 402. — (faux ébénier comme), 402.
Purulente (phlébite utérine avec infection), 540. — puerpérale (résorption), 412. — (antagonisme de la syphilis et de l'infection), 601.
Putréfaction de l'œil sur le cadavre (de la), 187.
Pyrexies : leur influence sur la menstruation, 109.

Q

Quesneville. Sous-nitrate de bismuth en crème, 130.
Quinquina (traitement des accidents alcooliques par le), 698.

R

Rachitisme et scrofule, 649.
Radcliffe. Des affections épileptiques, 28.
Rage (note sur la), 283. — (arsenic contre la), 664. — canine en Orient, 779.
Rambaldi. Documents relatifs à la lèpre, 682.
Ranes. Guérison d'une fistule vésico-vaginale, 510.
Ranse (de). Question des mariages consanguins, 588.
Raynaud (Maurice). Les médecins au temps de Molière, 561. — L'ancienne Faculté de médecine, 577.
Rectum (extraction d'un corps étranger du), 123.
Reder. Non-identité du chancre et de la syphilis, 92.
Reeves. Procédé pour constater le plomb dans l'urine, 623.
Règne humain : existe-t-il? 145.
Rein cancéreux extirpé, 92.
Remak. Emploi des courants électriques dans la pratique médicale, 46. — Pile galvanique portative, 727.
Remèdes secrets et nouveaux (incident relatif aux attributions de la commission des), 31. — (demande d'une commission pour empêcher la vente des), 210.
Renault. Note sur la rage, 283.
Résection. — du coude (de la), 223. — du maxillaire inférieur (mort par épuisement nerveux après la), 360. — du premier métatarsien, 428. — du coude, 429. — du maxillaire inférieur pour un kyste alvéolo-dentaire, 523. — de la tête du fémur, 604. — de la mâchoire inférieure, 634. — du cubitus, 764. — du genou (cas de), 716, 721. — totale de la malléole externe, 796.
Respiration (renouvellement de l'air dans la), 538. — pendant le sommeil (quantité d'air nécessaire à la), 827.
Respiratoires (application de topiques dans les voies), 746.
Responsabilité médicale (de la), 577, 640. — des aliénistes, 607, 704, 724.
Rétinite leucémique (de la), 319.
Rétraction des doigts (opération nouvelle contre la), 829.
Rétrécissements traumatiques (procédé pour franchir les), 120.
Réveil. Cosmétiques au point de vue de l'hygiène, 364.
Révulseur (instrument), 123.
Révulsive (roue), 588.
Rey (A.). Goître chez les animaux domestiques, 820.
Reybard. Traitement des plaies de l'abdomen avec lésion de l'intestin, 427.
Reynolds (Russell). Traité de l'épilepsie, 28.
Rhinonécrosie (cas de), 729.
Rhinoplastie. — à lambeau périostique frontal, à double plan de lambeaux superposés et à lambeaux latéraux maxillaires, 98. — à lambeau périostique, 124. — périostique, 174.
Rhubarbe de Chine (falsification de la), 49.
Rhumatisme cérébral (cas de), 47. — articulaire aigu (alcalins à haute dose contre le), 466, 489. — du cœur, 541.
Richard (Ad.). Cas de tumeur fibreuse du cou, 828.
Richet. Fracture du sourcil cotyloïdien, 366. — Eschares produites par le perchlorure de fer ; palatoplastie, 604. — Résection de la mâchoire inférieure, 634. — Tumeur hématique, 625.
Ricin comme galactogogue (feuilles de), 656.
Ricord. Leçons sur la transmission de la syphilis par le vaccin, 52.
Rigaud. Note statistique sur la phthisie pulmonaire, 231. — Boulangerie au point de vue de l'hygiène, 581.
Rigodin. Guérison d'un diabète sucré par le sucre à haute dose, 444.
Rillot. Falsification de la rhubarbe de Chine, 49.
Robert et Colin. Instrument à pratiquer des coupes minces de tissu, 71. — Urétrotome, 477.
Robin (Ch.). Sur les globules polaires de l'ovule, 52. — Production des cellules du blastoderme sans segmentation du vitellus, 73.
Robinet. Sur la congélation de l'eau, 315. — Résultats de la congélation des eaux potables, 329.
Roccas. Bains de mer, 579.
Rochard (de Brest). Résultats d'une opération d'anus artificiel, 254. — Ulcère de Cochinchine (sur l'), 254.
Rœser. Bruits anormaux des vaisseaux abdominaux, 665.
Roger (H.). De l'emphysème généralisé, 171, 287, 443. — Nouvelles observations d'emphysème généralisé, 540.
Rollet (J.). Recherches cliniques sur la syphilis, 13.
Rooker. Castration pour masturbation avec épilepsie, 335.
Rotule (appareil pour les fractures de la), 814. — non consolidée (fracture de la), 748.
Rouch. Nouveau forceps, 618.
Roue révulsive, 588.
Rouget. Développement des tissus musculaires chez les vertébrés, 458. — Terminaison des nerfs moteurs dans les muscles, 649.

Digitized by Google

ROUYER (Jules). Sur les tumeurs stercorales, 660, 692.

S

Sacrum (carie du), 124.
SALES-GIRONS. Sur la pulvérisation des liquides, 296.
Salins (emploi de l'eau de), 572.
SALISBURY. Maladies produites par les cryptogames des céréales, 739.
Salive parotidienne ; son action sur la fécule des aliments, 126.
SALMON. Indications de l'accouchement prématuré artificiel, 478.
Salsepareille en poudre contre les inflammations, 394.
SANCHEZ DE TOCA. Ablation d'un calcul intestinal par l'entérotomie, 413.
Sang — dans un cas d'ivrognerie (déformation des globules du), 23. — de la veine porte (cristaux dans le), 495. — (caractères des taches de), 525. — (examen des taches de), 635.
Sangsues introduites dans le nez et la bouche, 129.
SANSON (A.). Notes sur la consanguinité et sur la zootechnie, 491, 585.
Sarracenia purpurea contre la variole, 157.
Saturnin. Voy. *Plomb.*
Saturnine (murmure veineux sous-sternal dans un cas de cachexie), 106. — de la colique sèche des pays chauds (étiologie), 522. — de la colique sèche (nature), 598, 599.
Saturnins. — chez les émailleurs (accidents), 74. — (danger d'un remède populaire contre les gerçures du sein, pouvant produire des accidents), 286.
SAUREL (L.). *Traité de chirurgie navale*, 47.
SAUZE. Études médico-psychologiques sur la folie, 207.
SAVALLE. Angine de poitrine des fumeurs, 420.
Scarlatine (température cutanée et caractères de l'urine dans la), 317.
SCHIFF. Influence de l'action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs des extrémités, 149. — Sur les nerfs vaso-moteurs, 587. — Nerfs vaso-moteurs des membres inférieurs, 599. — Nerfs vasculaires des extrémités (influence des centres nerveux sur la température et les), 616.
SCHOTT. Fistule stercorale suite de tuberculisation de l'intestin, 45.
Sclérose du cervelet, 724.
SCOTT GRAY. Emploi médical du faux ébénier, 403.
SCOUTETTEN. Trachéotomie chez un enfant de six semaines, 723.
Scrofules (eaux de Forges contre les), 321, 329, 353.
Secours à domicile (des), 331.
SÉGALAS. Extraction d'un fragment de sonde engagé dans la vessie, 589.
SECOND. Types morphologiques de la colonne vertébrale, 565.
Sein (dangers d'un remède populaire, avec calotte de plomb, contre les gerçures du), 286.
SEMELAIGNE. Sur le service des aliénés de la Seine, 809.
SERRES. Sur la guérison des paralysies par cicatrisation du cerveau, 476.
SHEARER. Lésions du cervelet, 399.
SIEVEKING. De l'épilepsie et des attaques épileptiformes, 28.
Sinus de la veine cave supérieure (mouvements pulsatifs des), 630.
SKEY. Hernie crurale contenant la vésicule biliaire, 351.
Société de médecine de Lille (analyse des *Bulletins de la*), 698. — *de médecine de la Seine* : Revue des travaux pour 1861, 104. — *de chirurgie* (séance annuelle de la), 61. — *d'anthropologie de Paris* (analyse des *Bulletins de la*), 765, 797.
Sociétés de chirurgie, de biologie et anatomique (analyse des comptes rendus des), 591.
Somnambulisme au point de vue de la jurisprudence (pratique médicale de), 33.
Sonde dans la vessie (extraction d'un fragment de), 589.
Sophistication de quelques plantes (moyen de reconnaître la), 193.
SOUBEIRAN (L.). La pharmacie à l'exposition de Londres, 831.
Souffleurs de verre (prophylaxie de la syphilis chez les), 773, 793.
Sous-nitrate de bismuth en crème, 130.
SPATH. Statistique sur l'accouchement prématuré artificiel, 47.
SPENCE. Tube à trachéotomie tombé dans la bronche gauche et extrait, 605.
SPENCER WELLS. Cinq opérations d'ovariotomie, 141.
SPERINO. Sur la paracentèse oculaire, 826.
Sphincter du col vésical, 537. — de la vessie (sur le), 494.
Sphygmomètre de MM. Chauveau et Marey (réflexions sur le), 787, 804, 825.
Spina-bifida (cas de), 174.
Spina bifida occipitis, encéphalocèle et hernie diaphragmatique, 490.
Squelettes des *tumuli* de Sibérie, 187.
Stage dans les hôpitaux (décret sur le), 433, 434, 449, 545, 705.
STANSKY. Acupuncture comme moyen préalable de la cure radicale des tumeurs abdominales, 748.
Staphylôme (suture de la sclérotique dans l'opération du), 605.
Staphylorrhaphie avec les sutures d'argent, 118.
Statistique. — chirurgicale des hôpitaux, 463. — mortuaire à Bordeaux, 728. — des mort-nés et des décès dans la ville de Paris, 741, 774.
STEELE. De l'hygiène des hôpitaux de Londres, 195.
Sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés (tuméfaction du muscle), 605.
Sternum (fissure congénitale du), 298.
Stéthoscope (modification du), 104.
Strychnine (empoisonnement par la), 603, 642, 650. — (lait dans l'empoisonnement par la), 715.
Suc gastrique, son action sur la lumière polarisée, 459.
Sucre et amidon (métamorphoses du), 476.
Surdi-mutité conséquence des mariages consanguins, 409, 435, 458, 491, 521.
Suture intestinale (mode de guérison après la), 427.
Sutures. — métalliques, leur supériorité sur les sutures ordinaires, 135, 181, 261, 359. — d'argent (staphylorrhaphie au moyen des), 118. — métalliques (emploi des), 673.
SWAN. Sirop de *Diplotaxis muralis*, 665.
SYDNEY RINGER. Température de la peau et caractères de l'urine dans la scarlatine, 317.
SYME (d'Édimbourg). Guérison d'un anévrysme iliaque ; ligature des artères iliaques primitives interne et externe, 511.
Symphyses du bassin après l'accouchement (relâchement des), 347.
Syphilis (recherches cliniques et expérimentales sur la), 12. — non-identité du chancre et de la), 92. — son inoculation par la vaccine, 34, 52, 132, 241, 287, 652. — (discussion sur les doctrines de la), 124. — (doctrines modernes sur la), 243, 273, 308. — sa transmission par inoculation du sang, 349. — cérébrale, 521. — et infection purulente ; leur antagonisme, 604. — (prophylaxie de la), 715. — chez les souffleurs de verre (prophylaxie de la), 773, 793.
Syphilitiques (coryza et punaisie non), 728. — (maladies), 401.
Syphilographiques (rapport sur des travaux), 124.

T

Tabac, cause d'angine de poitrine, 324, 420.
Taille. Voy. *Cystotomie.*
Tanaisie (empoisonnement par la), 307.
Tannin contre l'albuminurie, 125.
TARDIEU. Ecchymoses sous-pleurales comme signe médico-légal, 102. — Rapport sur le service des eaux minérales de France, 75. — Sur l'analyse et le captage des eaux minérales, 235. — Sur les attentats aux mœurs, 817.
TARNIER. Sur l'accouchement prématuré artificiel, 716, 728.
Tatouage (dangers du), 269, 530.
TAVIGNOT. Méthode galvano-plastique appliquée à l'opération de la cataracte, 122.
Teigne (remède contre la), 740.
Température cutanée dans la scarlatine, 317.
Tendons (régénération et cicatrisation des), 26, 170, 203, 216, 233, 251, 284. — fléchisseurs de la main (inflammation des), 43.
Ténia. — sur les hommes d'un bataillon (vingt cas de), 180. — (transformation du cœnure en), 508. — (graines de citrouille contre le), 305. — solium fenêtré (observation de), 690. — (écorce sèche de racine de grenadier contre le), 121.
Térébenthines (sur les), 269.
Testicule (liquide galactoïde dans un kyste du), 604.
Tête chez l'homme et les vertébrés (conformation de la), 702.
THENARD (éloge de), 785.
Thérapeutique générale (essai de), 269.
Thoracocentèse sans écoulement de liquide, 781.
Tibia (nécrose invaginée du), 429.
TICHBORNE. Collodion vésicant, 658.
TILLARD. Valeur thérapeutique des eaux de Forges, 353.
TIMBAL-LAGRAVE. Sophistication de certaines plantes, 193.
TIRMAN. Encéphalocèle pulsatile, bruit de souffle, 108.
TOMMASI. Paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, 685.
TOPINARD. Revendication et remarques relatives à l'hygiène des hôpitaux, 202, 217.
TORELLI. Ligature de l'artère sous-clavière pour une plaie de l'axillaire, 571.
Torpille (fonctions électriques de la), 262. — (source de l'électricité de la), 314.
TOULMOUCHE. Infanticide et grossesse cachée, 817.
TOUTANT. Recherche des projectiles dans les plaies d'armes à feu, 769.
Trachée (anévrysme de l'aorte ouvert dans la), 702.
Trachéotomie (lésions produites par les canules dans la), 609, 618, 625, 631, 641. — chez l'enfant (chances de la), 723, 745, 806. — chez un enfant de trois mois, 702. — (canules diverses pour la), 609, 618. — chez le cheval (ossification de la trachée produite par la canule dans la), 625, 631. — (moyen d'éviter l'hémorrhagie dans la), 463. — (tube à) tombé dans la bronche gauche et extrait, 605.
Transfusion chez une nouvelle accouchée, 497.
TRAUBE. Laryngoscopie dans un cas d'anévrysme de l'aorte, 12.
TRÉLAT (U.). Cancroïde de la lèvre : chéiloplastie, modification du procédé, 84. — Kystes alvéolo-dentaires, 557. — De la résection du coude, 333. — Résultats statistiques des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris, 204. — Appareil pour les fractures de la rotule, 814.
Trépanation du crâne, 605.
TROMPES. Influence de l'électricité sur l'absorption, 669, 770.
TROUESSART. Polyopie monoculaire, 3[illegible]
TROUSSEAU. Rapport sur le goître exophthalmique, 472. — Moyen de provoquer l'adhérence des parois du ventre avec les tumeurs abdominales, 729, 74[illegible]. — Traitement de la constipation, 1[illegible]. — Abcès de la fosse iliaque, 81.
Tubercule anatomique (du), 690.
Tuberculisation de l'intestin (fistule suite de), 45.
Tumeur. — kéloïde (cas de), 633. — [illegible]tique, 635. — congénitale du cou, 7[illegible] — abdominales (moyen de provoquer l'adhérence des parois du ventre avec le[s]), 729. — fibreuses du cou (sur les), 8[illegible].
Tumeurs stercorales (sur les), 660, 69[2].
TURNBULL. Traitement de la chorée par le sulfate d'aniline, 606.
Typhiques de l'armée d'Orient (affections), 442.
Typhus pellagreux (sur le), 725.

U

Ulcères. — perforants du duodénum, 6[illegible] — simple de l'estomac (de l'), 350. — du *de Cochinchine*, 254. — simple de l'estomac (cas de), 590. — de Mozambique (sur l'), 73.
Uréthraux (abcès péri-), 343.
Urèthre (procédé pour franchir les rétrécissements traumatiques de l'), 190. — absence congénitale de l'), 251. — médication topique des affections de l'), 39[illegible]
Uréthro-péniennes suite d'étranglement circulaire de la verge (opération des fistules), 505, 516.
Uréthrotome de M. Maisonneuve, 477.
Urinaire chez les insectes (rôle du tissu adipeux dans la sécrétion), 538.
Urine (procédé pour constater la présence du plomb dans l'), 623. — normale (présence du sucre dans l'), 306. — dans la scarlatine, 317. — à diverses heures sous différents climats (température de l'), 521.
Utérin (dystocie par oblitération du col), 442.
Utérine (phlébite), 540.
Utérus (coexistence fréquente des lésions péri-utérines et des maladies de l'), 235. — dans l'accouchement (guérison après une rupture de l'), 701.

V

Vaccin (*eaux aux jambes* origine du), 337, 346, 364, 380.
Vaccinale secondaire (éruption), 496.
Vaccinations hâtives (sur les), 60. — (rapport académique sur les), 60.
Vaccine (inoculation de la syphilis par la), 65, 52, 132, 241, 287, 342.
Vaisseaux abdominaux (bruits anormaux des), 665.
Valérianate. — de zinc (hoquet guéri par le), 648. — d'ammoniaque contre les névralgies, 109.
Valériane (emploi médical de la), 130.
VALLÉE. Sur les observations de Koehler relatives aux nerfs moteurs de la cornée et sur la vision des objets réfléchis, 283.
VANNER. Inflammation considérée comme embolie des capillaires, 363.
VANZETTI. Anévrysmes traités par la compression digitale, 796.
Varices des femmes enceintes (guérison spontanée des), 253.
Variole (remède indien contre la), 157. — chez les moutons (épidémie de), 651.
Varioloïde (contagion de la), 269.

Digitized by Google

Vaullegeard. Opération d'ovariotomie, 484.
Veine.—cave supérieure (mouvements pulsatiles des sinus de la), 630.—porte (cristaux dans le sang de la), 495.
Veith. Traitement du lupus par la galvanocaustique, 817.
Velpeau. Mort par embolie de l'artère pulmonaire, 266, 268. — De la reproduction des tendons, 216.
Veratrum viride (emploi thérapeutique du), 480.
Verneuil (Ar.). Rhinoplastie à lambeaux périostiques, 98, 125. — Statistiques chirurgicales en Russie, 3. — Histoire de la périnéorrhaphie, 369, 449.—Opération des fistules uréthro-péniennes suite d'étranglement circulaire de la verge, 505, 516. — Opération de périnéorrhaphie, 365. — Emploi des sutures métalliques, 673. — Hémorrhagie à la suite de l'ouverture d'un panaris : cause et moyen d'y remédier, 642. — Opération nouvelle contre les rétractions des doigts, 820. — Sur la résection du genou, 721.
Verrier. Voy. Pouchet.
Verruca necrologica, 690.
Version pelvienne dans certains cas de rétrécissement, 460.
Vésicatoires sur les paupières dans les ophthalmies, 765.
Vésico-utéro-vaginale (guérison à l'aide de la cautérisation avec le nitrate d'argent d'une fistule), 684.
Vésico-vaginale (guérison par la méthode américaine d'une fistule), 510.
Vésicule biliaire.— contenue dans une hernie crurale, 354. — (kyste hydatique abdominal communiquant avec la), 815.
Vessie (extraction d'un fragment de sonde engagé dans la), 589. — (section de l'abdomen et évacuation de l'urine dans un cas de rupture de la), 287. — (sphincter de la), 494.
Vézu. Glycérolé d'iodure de fer, 659.
Vicherat. Epidémie d'angine couenneuse, 43.
Vidal. Eaux de Marlioz, 573. — Cas de pellagre sporadique, 699.
Vienne (Autriche) (climat de), 43.
Vinci. Médication topique des affections de l'urèthre, 390.
Vinson. Ulcère de Mozambique, 73.
Viollet-Leduc. Hôpitaux au moyen âge, 250.
Vipère cornue (effets de la morsure de la), 27.
Virchow. *Spina bifida occipitis*, encéphalocèle, hernie diaphragmatique, 496.
Vision.— par une cornée artificielle, 728.— (physiologie de la), 295, 329. — des objets réfléchis (sur les observations de Kuehne relatives à la), 283. — binoculaire (décentralisation du cristallin dans la), 595, 603.

TABLE DES FIGURES CONT

Ophthalmoscope du docteur Galezowski, p. 27.
Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules, p. 42.
Compas destiné à mesurer les parties externes et internes du bassin pour les cas de rétrécissements, etc., p. 43.
Instrument destiné à faire des coupes très minces dans les tissus pour les étudier, par transparence sous le microscope, p. 74.
Appareil d'éclairage laryngoscopique, p. 74.
Cancroïde récidivé occupant toute la lèvre inférieure et les deux commissures, p. 80.
Instruments relatifs à l'opération de l'ovariotomie, p. 103.
Pince-aiguille à cataracte, p. 123.
Instruments d'après l'idée de ceux employés en Angleterre pour l'ovariotomie, p. 139.
Aide-forceps pour terminer l'accouchement dans les cas de rétrécissements du bassin, p. 140.
Pince dilatatrice à trois branches, p. 171.
Éléphantiasis des grandes lèvres, fig. 1, p. 190 ; fig. 2, p. 191.
Instrument destiné à projeter une substance pulvérisée sur différents organes, p. 201.
Lithotome double, p. 217.

PARIS. — IMPRIMERIE DE I

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google